



DE LA MEDICINA Y EL MÉDICO

JOSÉ DE PORTUGAL ÁLVAREZ

A mi padre, que me enseñó a ser médico y persona...

Edita: Kos, Comunicación Científica y Sociedad, S.L.
Plaza de la Meseta, 3 - 28008 Madrid
E-mail: pgn@kos.es

© **de los textos:** el autor

Depósito legal:
ISBN: 978-84-937997-6-2

Reservados todos los derechos.

Diseño y maquetación: Pauta Taller de Comunicación, S.L.
Impresión: Villena A.G.



DE LA MEDICINA Y EL MÉDICO

JOSÉ DE PORTUGAL ÁLVAREZ

PRESENTACIÓN

Suele ser frecuente que al hacer un libro que recopile trabajos ya publicados, el autor lo justifique diciendo que ha sido inducido, incluso presionado, por amigos, compañeros, discípulos, familiares, editores, a veces todos juntos en clamoroso tropel, para que su obra no quede dispersa y mal aprovechada, perdida en páginas más o menos volanderas. Este no es el caso de este libro y de su autor, que no ha recibido sugerencia o incitación alguna, ya que nadie se ha sentido alarmado por el posible olvido de lo que contiene el libro. Incluso ni el mismo autor, que ha actuado, más que por el altruismo de “donar su pensamiento a la posteridad”, por la personal satisfacción de ver reunidos en un libro trabajos que tiempo atrás fueron escritos con entusiasmo e ilusión. Parece inevitable la comparación con el padre que felizmente ve reunidos a sus hijos antes dispersos, a pesar de que a casi todos los encuentra más feos y tontos de lo que antes eran, porque el amor de un padre o de un autor por sus engendros es ciego casi siempre.

Al reunir publicaciones para la oposición a Cátedra que me permitió el traslado de Salamanca a Madrid recopilé en una carpeta casi un centenar de trabajos de temática relacionada con la Medicina, pero no de contenido científico o clínico, que había ido publicando en el transcurso de los años. De ellos seleccioné unos cuantos, que son el contenido de este libro, con el triple criterio de que fueran diversos, no erosionados demasiado por el tiempo y de aceptable interés para un lector actual. Sin embargo, no he conseguido cumplir del todo estos criterios. Aunque los temas escogidos son de contenido diverso, con frecuencia se solapan y se repiten conceptos, mas que por su importancia, como pobre recurso del autor. Indudablemente en algunos el tiempo ha dejado su huella erosiva, pues la mayoría fueron escritos hace más de quince años y ha menguado lo que podían tener de actualidad. Afortunadamente, bastantes de estos trabajos están al margen del tiempo y tienen que ver poco con el concepto de actualidad: la pudieron tener o no en su día y la pueden tener o no ahora. No obstante, no han sido retocados, revisados o actualizados, no por el prurito de mantenerlos en el estado en el que fueron publicados, sino por la irremediable pereza del autor. Sin embargo, en algunos se han hecho livianos retoques y oportunas actualizaciones como en “Médicos malos, perversos y malvados”, incluso alguno, como el incluido bajo el epígrafe “Después de todo” puede considerarse un producto neonato de hace pocos días. Dejando aparte la noción de actualidad, sometida inexorablemente a la sentencia heraclitana, si creo que la mayoría de estos trabajos conservan el interés de su lectura por encima del tiempo transcurrido. En esto albergo mi ilusión y mi deseo de que el libro sea capaz de

remover sentimientos y pensamientos en algún lector y la esperanza de que se entretenga con ello (“Del deseo y la ilusión come la esperanza” dejó dicho Filadelfo*).

El índice sólo representa un orden táxico aproximadamente lógico, pues el contenido de los trabajos es diverso e independiente. Lo más fácil hubiera sido ordenarlos cronológicamente, pero he optado por acoplarlos, casi aleatoriamente, en relación a la comunidad o proximidad de los temas. He suprimido las citas bibliográficas de cada trabajo, por cautela con la expansión de volumen, pero el lector puede encontrarlas en las publicaciones originales.

Debo agradecimiento a varias personas por su colaboración, pero ellos ya lo saben y no es necesario insistir en ello.

El prólogo se lo he pedido a José González Núñez, editor y apasionado de las Humanidades Médicas, y el riesgo que para mi podría llevar su juicio inteligente y crítico ha sido mitigado por su generosa amistad.

El Añojal, Valdemorillo 2010

*Hombre de natural sabiduría y peluquero de profesión

PRÓLOGO

*Pese a toda duda, creo y espero en el hombre,
como espero y creo en otras cosas, en la verdad,
en la belleza, en la rectitud, en la libertad.*

Antonio Buero Vallejo

El profesor José de Portugal Álvarez ha tenido la generosidad de pedirme que escribiera el prólogo a este libro verdaderamente singular. **De la Medicina y el Médico** es una estupenda gavilla de artículos seleccionados entre los muchos publicados por el autor a lo largo de su vida profesional, en medio de una intensa actividad docente, clínica e investigadora, muchas veces en el tiempo robado al sueño y a la familia.

Con gran osadía por mi parte he aceptado el reto, aun a sabiendas de que el riesgo de naufragio es elevado y en el convencimiento de que tan buena nave hubiera merecido otro timonel más experto y menos atrevido.

Sin duda, la Medicina puede ser considerada como el paradigma de las profesiones y añade a las condiciones del exclusivo saber técnico especializado el hecho de que su ejercicio se realiza en beneficio de otros. Por eso, el médico necesita interesarse por todo lo humano para ejercer de manera óptima su profesión, pues nada de lo humano puede serle ajeno. No se puede ser un médico completo si, al mismo tiempo que se aprenden las bases científicas de la medicina y las habilidades prácticas en la atención al enfermo, no se interesa también por todos los aspectos del ser humano.

Pues bien, en la Medicina española del último medio siglo son muy pocos los médicos de prestigio que han tenido una idea tan clara como el profesor José de Portugal de la necesidad de volver a la “hominización de la patología”, de tratar a los enfermos como “un todo” y de atajar la creciente deshumanización de la práctica médica, a la que ha conducido, por una parte, la interpretación molecular de la enfermedad, la tecnificación del quehacer médico y la subespecialización profesional, y por otra, la masificación de las consultas y la burocratización de la asistencia. Él mismo lo explica de forma rotunda: “La medicina cuyo acto fundamental es la relación congruente entre un hombre que padece (*homo patiens*) y otro que le ayuda mediante su adecuada formación (*homo medendi peritus*) es una actividad llena de hombre, de ser humano, y si pierde este

contenido se quedará en una técnica, físicamente eficaz pero humanamente pobre y peligrosa". Para ello no hay nada mejor que la elaboración de una buena historia clínica, en la cual se refleja la vivencia del médico en relación con el enfermo en una triple vertiente, sensorial, intelectual y científica. Sin embargo, realizar una buena historia clínica requiere silla ("el mejor instrumento del médico", según Gregorio Marañón), palabra (sin ella no es posible el diálogo con el enfermo) y tiempo (Michael Balint nos recordaba lo provechoso que resulta dedicar "seis minutos más al enfermo"), herramientas tan sencillas como ausentes muchas veces en la medicina actual.

En el cañamazo de la obra uno va descubriendo que José de Portugal siempre quiso ser médico y bien podía haber hecho suya la afirmación de Maurice Maeterlinck: "Todo mi instinto, toda mi eficacia, me empujaban desde niño a la medicina, porque ésta, cada vez estoy más cierto de ello, es la llave más segura para dar acceso a las profundas realidades de la vida". Pero, a diferencia del premio Nobel de Literatura, él sí pudo ver hecha realidad esta temprana vocación, sin duda alimentada por la admiración ante la manera de hacer medicina de su padre: "Dos fueron las razones de ser médico de mi padre que me cautivaron prontamente: una, su entrega en la ayuda al enfermo y otra, su saber y su deseo constante de aumentarlo". Entrega que el autor ha hecho extensiva al desempeño de las tres funciones distintas y complementarias de lo que él considera "una sola profesión verdadera": la asistencia, la docencia y la investigación, al servicio de las cuales ha puesto su sólida formación científica y técnica. Saber, que ha enriquecido con otras disciplinas no médicas, como la Filosofía, la Historia, la Literatura y el Arte, con las cuales la Medicina forma la fecunda trabazón del humanismo médico, ese impresionante microscopio que con tanta destreza él ha sabido manejar para descubrir "los jardines secretos del yo" de los que hablaba el médico y poeta William C. Williams, para contemplar la naturaleza humana desnuda, desde la superficie de la piel hasta el fondo mismo del alma, en cuyo último recodo, decía Ramón Gómez de la Serna, se encuentra el corazón.

El buen médico, nos enseña el profesor José de Portugal, emerge desde la condición de *buena persona*, cuya esencia viene determinada por tres actitudes fundamentales: el respeto, la tolerancia y la solidaridad. La primera responde al comportamiento de quien actúa de forma cuidadosa para no ofender a nadie y trata con miramiento y consideración a los demás, al tiempo que no consiente que otros le traten con desconsideración o le priven de sus derechos (respeto a los demás y a sí mismo). Esta actitud de mesura ante las personas y las cosas queda exquisitamente recogida en los versos de Antonio Machado: "Es el mejor de los buenos/quien sabe que en esta vida/todo es cuestión de medida:/un poco más, algo menos...".

La tolerancia es una cualidad o actitud del que respeta las creencias, opiniones o prácticas de los demás, aunque sean diferentes a las suyas, del que comprende el valor de las diferentes formas de entender la vida, siempre y cuando no atenten contra los derechos de los otros. "El bueno es el que guarda cual venta del camino,/para el sediento el agua, para el borracho el vino" nos dirá el sabio poeta andaluz.

Por último, la solidaridad es la actitud del que se siente moralmente obligado a ayudar a los demás y a compartir sus problemas. El creador de Juan de Mairena nos da una buena pista: “Moneda que está en la mano/quizá se deba guardar;/la moneda del alma/se pierde si no se da”.

José de Portugal no solo teoriza acerca de la bondad humana, sino que también, y sobre todo, la pone en práctica a través del ejercicio diario de los valores morales anteriormente comentados. Buena persona es “quien de verdad quiere serlo” y, en ese sentido, podría decirse que a él le ha sobrado vocación. Siempre ha tenido una fina sonrisa de comprensión e indulgencia para las debilidades humanas, conocedor desde una edad temprana de que uno no tiene la culpa de todas sus debilidades y de que no hay certezas, sino que la verdad de hoy se hace con renunciando a las verdades de ayer y a las de mañana. Pero su comprensión e indulgencia están acompañadas por su compasión hacia el prójimo, su capacidad de alegrarse por el bien ajeno, su manera de hacer el bien a otras personas. Por eso, quienes le conocemos sabemos que está lleno de pura buena sombra, en el más amplio sentido de la palabra buena y en el más alargado sentido de la palabra sombra.

Y, junto al buen médico y la buena persona, el amigo. En relación a la amistad, el profesor José de Portugal hace suya la propuesta de su admirado Pedro Laín Entralgo, el gran maestro de la historiografía médica española: “Pienso que la amistad consiste, cuando se reduce a su quintaesencia, en dejar que el otro sea lo que es y quiere ser, ayudándole delicadamente a lo que debe ser”. Y, a partir de este planteamiento, el autor va desgarnando las espigas de las que se alimenta la amistad: la benevolencia y la beneficencia, la benediciencia y la benefidencia o confidencia. En la amistad se concreta la inteligencia, la libertad y la dignidad del hombre, por lo que no es de extrañar que Aristóteles la tuviera como “lo más necesario para la vida”.

Si la amistad es la donación de “lo que hago”, de “lo que tengo”, de “lo que guardo” y de “lo que soy”, pocas personas he conocido tan generosas como José de Portugal y de él no somos pocos los que hemos aprendido que es a través de esa relación amorosa con la que se teje la amistad, amistad con la que “soy algo” y, siendo algo, “soy yo mismo, soy tú, soy aquél”, como tan hermosamente recogen los versos del cantor y poeta Silvio Rodríguez. Por otra parte, son varias las generaciones de médicos, en Salamanca y en Madrid, que han aprendido, y seguramente aprehendido, que hay un modo médico de la amistad, la “amistad médica”, hacia la que debe orientarse el ejercicio de la medicina, pues ésta no puede ser efectiva si primera y primariamente no es afectiva.

Y ¿en relación al enemigo? En este aspecto, José de Portugal parece seguir las recomendaciones de otro de los grandes maestros de la medicina española, Santiago Ramón y Cajal, el investigador médico por excelencia, quien ante la enemistad aconsejaba proceder como el bacteriólogo, que “en la imposibilidad de aniquilar al microbio opta por embolarlo, es decir, por convertirlo en saludable vacuna”.

A definir quiénes son los verdaderos enemigos del hombre dedica el autor un delicioso artículo cargado de humor y fina ironía. En realidad, los tres grandes enemigos del hombre –nos cuenta– no hay que buscarlos en el demonio, en el mundo y en la carne, como enseñaba el famoso catecismo del padre Gaspar Astate –convertido en un auténtico *best-seller* durante más de cuatro siglos y pesado fardo con el que tuvimos que navegar en la travesía de nuestra infancia y adolescencia–, sino en el afán desmesurado de poder, en el apetito desordenado y voraz de dinero y en la corrosiva tentación de la fama o ansia de *figureo*, a los cuales conducen tres de los mayores pecados capitales de la sociedad española: la ira, la avaricia y la envidia. Contra ellos, más que una penitencia, es preferible una buena receta preventiva: la voluntad de ser mejores, el empeño por salir de eso que Unamuno consideraba la ruindad de España: “nos trae a mal la sobra de codicia unida a la falta de ambición”, aunque para lograrlo debamos rascar las entrañas hasta tocar el fondo mejor de nosotros mismos.

Del médico, del bueno y del malo, de la persona, de la amistad, de la relación amistosa entre médico y paciente, de la activación de éste en relación a la enfermedad..., de todo ello nos habla José de Portugal en las dos partes en las que ha dividido los más de veinte capítulos del libro. También del maestro y del discípulo, de la evidencia y de la experiencia, de la calidad de vida y de la calidad de tratamiento. Asimismo, el autor plantea la dialéctica entre la Medicina Interna y las otras especialidades médicas.

La Medicina Interna ha sido la especialidad médica que más intensamente ha sufrido el fenómeno de la subespecialización a lo largo del último medio siglo, como consecuencia casi inevitable del cúmulo de conocimientos y de la necesidad de desarrollar habilidades cada vez más precisas y específicas derivadas de la cada vez mayor complejidad de las herramientas diagnósticas, clínicas y terapéuticas. La sensación de disgregación se agravó todavía más cuando el médico general se transformó en especialista en Medicina de Familia, convirtiéndose ésta, tras la conferencia de Alma Ata (1978), en la piedra angular del sistema sanitario. Incluso hubo momentos durante los años setenta y ochenta del pasado siglo en los que se llegó a plantear incluso la utilidad de la propia existencia del internista.

Sin embargo, como todos los movimientos pendulares en la historia del hombre, la Medicina Interna comenzó a recuperarse y volver a alcanzar el protagonismo que nunca debió perder en los años finales del siglo XX, sobre todo a raíz del movimiento surgido en EEUU tras la constatación en diferentes estudios científicos de que la mayor participación de los subespecialistas médicos había representado una disminución de la atención integral al paciente, un innecesario encarecimiento en la resolución de numerosos problemas de salud y una incómoda mayor complejidad de la atención sanitaria.

Por tanto, no es de extrañar que, ante la situación descrita, José de Portugal haya dedicado varios capítulos –quizás demasiados para el lector no experto– a la Medicina Interna y a la figura del internista. Ello está justificado si se tiene en cuenta que la

Medicina Interna es la especialidad a la que el autor ha dedicado más de cuatro décadas de su vida profesional y que durante varios años ha sido miembro de la Junta Directiva y Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). En los tiempos más duros, luchó decididamente para que la imparable disgregación de la Medicina Interna no acabara con ella o por reducirla a un rincón en el trastero de la Medicina; cuando se levantaron vientos más favorables, son muchos los que han reconocido lo certero que era su diagnóstico: la colaboración y coordinación entre los diversos niveles asistenciales de la red sanitaria mejoran el rendimiento y la calidad de los servicios del Sistema Nacional de Salud y en ello puede y debe jugar un papel decisivo el internista, tanto en la creación del cemento que debe unir la atención primaria y la especializada como en la formación de la argamasa entre las distintas especialidades hospitalarias.

Casi a la mitad del libro, y como puente de unión entre las dos partes de la obra, una dedicada a la actividad médica, la Medicina, y la otra, a quien la realiza, el médico, José de Portugal dedica un capítulo antológico a desmenuzar lo que constituye el grano de ambas harinas: la enfermedad humana, esa “segunda ciudadanía” a la que se refería Susan Sontag en su conocida obra ***La enfermedad y sus metáforas***. El autor analiza la enfermedad humana desde una perspectiva antropológica y, utilizando el método analógico, va comparando los diferentes y progresivos niveles filogenéticos de la vida –vegetal, animal, humano– con los diferentes grados del enfermar humano: *estar*, *sentirse* y *ser* enfermo. Coincide con James Walsh en que la enfermedad es un ente abstracto que no produce síntomas, lo que se manifiesta con síntomas es el ser humano; comparte con Viktor Von Weizsäcker la consideración de la enfermedad como “un modo de ser del hombre y un modo de ser hombre”, acaso una de las cuatro maneras posibles: ser sano, enfermo, curable y mortal; finalmente, su concepción de la enfermedad como “suceder patológico integrado dentro de la unidad biológica del ser humano y la aceptación del enfermo como persona alterada en su cuerpo, su psique y su entorno social” nos remite de nuevo a Pedro Laín y su definición de la enfermedad humana como “desorden orgánico y modo de vivir de quien la padece en relación a su medio ambiente”.

La Medicina es una ciencia (saber racionalmente lo que las cosas son) y el médico, un científico (saber por qué se hace lo que se hace), pero lo son con ciertas peculiaridades, ya que para atender humanamente a quien le solicita ayuda y hacerlo de manera efectiva el médico necesita introducir su propia subjetividad y sus sentimientos.

La Medicina es una técnica y el médico, un técnico, pues el quehacer médico se fundamenta en un “hacer sabiendo” y en un “saber haciendo”, que se nutren de la evidencia científica y se perfeccionan en la experiencia clínica, es decir, la Medicina es un saber y hacer prácticos.

La Medicina es un arte –que trasciende el arte manual de un oficio– y el médico, un artista, pero su arte es un arte interpretativo, un arte en el que tiene cabida la intuición humana, el juicio clínico y la evaluación para la toma de decisiones.

Además de ciencia, técnica y arte, la Medicina es una empresa moral y, por tanto, el médico no es solo un científico, un técnico o un artista, sino también una persona con una misión moral que cumplir, y no es una misión cualquiera: se trata nada más y nada menos que servir a la persona y a la comunidad tratando de devolver a una el equilibrio de la salud roto por la enfermedad y a otra, el bienestar general. Por ello se dice que la Medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades.

Una de las cosas más importantes que el autor echa en falta en la Medicina actual es “la elaboración del juicio clínico a pie de cama del enfermo”, es decir, hacer el diagnóstico mediante “el método clínico fundamentado en la historia clínica, la exploración física y alimentado por los conocimientos, la experiencia, la habilidad, el sentido común y la discusión con otros colegas”. Es posible que el lector por su parte pueda echar a faltar en la obra algunas páginas más dedicadas a analizar el fenómeno de la *Evidence Based Medicine*, mal traducida al español por Medicina Basada en la Evidencia (MBE) pero ampliamente aceptada ya como tal, dado que el concepto se ha ido consolidando durante el último cuarto de siglo como un nuevo paradigma, como un cambio en la naturaleza del saber médico y, por consiguiente, un cambio de perspectiva en la práctica clínica.

Seguramente el autor no pone mayores reparos al planteamiento de la MBE tal y como la postularon David Sackett y sus colaboradores: “La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia significa la integración de la maestría clínica individual con las mejores evidencias clínicas externas disponibles a partir de la investigación sistemática”. Según los precursores de la MBE, de lo que se trata es que las decisiones se sustenten en una base científica sólida y de disminuir la variabilidad no justificada de las intervenciones, no de aplicar fórmulas iguales para situaciones diferentes. Para ello, los clínicos deben consultar regularmente la literatura científica original y ser capaces de valorar de una manera crítica los artículos científicos, especialmente las secciones de *Métodos* y *Resultados*. Y es que, como el propio autor indica, la ciencia debe ser la “madre cuidadosa de la experiencia”.

Sin embargo, nos cabe la sospecha de que el profesor de Portugal no está muy de acuerdo con ese deslizamiento que se ha ido produciendo a lo largo del tiempo hacia la primacía de la evidencia en detrimento de la experiencia, haciendo que, desde posturas extremas, se haya podido plantear en ciertas ocasiones la evidencia más como regla que como herramienta para la toma de decisiones clínicas. Como él mismo nos aclara, el acto médico está sometido a una complejidad constantemente variable que actúa como permanente factor perturbador en el intrincado camino –como “laberinto clínico” lo define el profesor Alberto Portera– que conduce al diagnóstico y al tratamiento, por lo que debe realizarse siempre en el contexto de un cierto grado de incertidumbre: “tomar decisiones idóneas sin tener certeza científica constituye el arte clínico” (C. Rozman y M. Foz), arte clínico en el que fueron verdaderos maestros Carlos Jiménez Díaz y Gregorio Marañón, dos de los más importantes faros por los que se ha guiado en su larga navegación profesional José de Portugal y de los que pronto aprendió que el buen maestro es

el que, a través de su opinión, consejo y ejemplo, logra transmitir valores e influir positivamente en el pensar, el sentir y el hacer del discípulo.

Las páginas finales del libro las dedica el autor a analizar moral y racionalmente lo vivido y lo realizado como médico desde la perspectiva de la nueva etapa de la vida que se inicia con la jubilación. Con el escepticismo y la moderación de las impacencias adquiridos a esa altura de la vida, José de Portugal nos cuenta no sólo su vivencia como médico sino también cómo la recuerda, y lo hace contestando a cuatro preguntas principales: ¿he logrado ser lo que quería ser?, ¿de qué manera y en qué medida lo he conseguido?, ¿ha sido útil para los demás y para mí como persona?, ¿volvería a hacer lo mismo? En la respuesta a cada una de las preguntas uno encuentra que José de Portugal escribe tal y como recomendaba Liu Xie en ***El Corazón de la literatura y el tallado de dragones***: “sentimiento no mandado por la artificiosidad, pureza de formas, verdad empírica, estilo simple sin verbosidad, belleza literaria sin excesos...”. Los atributos que el maestro chino confiere a la buena escritura también permiten definir la personalidad de José de Portugal, acaso enriquecido el retrato por algunos otros adjetivos que también podemos encontrar entre sus textos: escéptico –en la manera señalada por Antonio Buero Vallejo en el pórtico de entrada al prólogo–, irreverente, curioso y honesto.

Pero el hombre es un ser proyectivo, por lo que su tiempo no es el pasado –aunque no se pueda vivir sin poseer lo que uno ha sido–, ni tan siquiera el presente –aun cuando “hoy es siempre todavía”–, sino el futuro. Nadie mejor que José Manuel Caballero Bonald ha expresado esta condición del ser humano cuando concluye “somos el tiempo que nos queda por vivir”, incluso cuando “todavía nos quede mucho pasado por delante” (Antonio Gades). Por eso, José de Portugal termina el libro con una última pregunta: ¿qué hacer ahora?, que él mismo responde de una manera sencilla y humilde: “pues vivir lo que se pueda y cómo se pueda”.

En relación al *lo que* se pueda vivir, poco podemos decir, salvo recordar al gran *marxista* de nuestro tiempo, el siempre disidente Groucho: “La edad no es un tema especialmente interesante. Cualquiera puede envejecer. Lo único que se necesita es vivir lo suficiente”. Y, viviendo lo suficiente, desterrar el miedo, en la certeza de que “al cielo, lo que se dice al cielo, iremos los de siempre”, pues un conocedor de los recovecos divinos y humanos como el genial Antonio Mingote no puede estar equivocado.

Junto al deseo de que el trozo de vida terrena por delante sea lo más bailable posible y de que la vida eterna no se haga verdaderamente interminable sino realmente paradisíaca, un ruego en relación al *cómo* se pueda: que lo hagas sin dejar de crear, “vivir creando”. Porque necesitamos de tu corazón interminable para resistir alargando el nuestro. Y de tu esclarecedora prosa para alimentar el tango de cada día con nuevos sueños, ambiciones e ilusiones.

José González Núñez
Editor

ÍNDICE

DE LA MEDICINA

<i>Medicina. Arte y ciencia</i>	3
<i>Tiempo y espacio de la Medicina Interna</i>	12
<i>Actualidad de la Medicina Interna</i>	28
<i>Medicina Interna en el hospital</i>	34
<i>Medicina actual y crisis nosológica</i>	38
<i>La enseñanza de la Medicina</i>	45
<i>La enseñanza del humanismo médico</i>	50
<i>Una asignatura en crisis</i>	54
<i>La socialización del estudiante</i>	60
<i>La activación del paciente en su enfermedad</i>	64
<i>La enfermedad humana</i>	66

DEL MÉDICO

<i>El buen médico</i>	85
<i>Médicos malos, perversos y malvados</i>	97
<i>La universidad y el médico</i>	124
<i>La mentalidad del internista</i>	134
<i>Conocimientos, saber, sabiduría. El viejo y el maestro</i>	147
<i>La relación médico-enfermo. Estructura y trastornos</i>	155
<i>La libertad clínica</i>	163
<i>Calidad de vida, calidad de tratamiento</i>	166
<i>Salvemos la condolencia</i>	170
<i>Los apetitos desordenados y el médico</i>	176

DESPUÉS DE TODO

<i>¿He logrado ser lo que he querido ser?</i>	183
<i>¿De qué manera y en qué cantidad lo he conseguido?</i>	185
<i>¿Ha sido útil para los demás y para mí como persona?</i>	189
<i>¿Volvería a ser y hacer lo mismo?</i>	192
<i>¿Qué hacer ahora?</i>	195



DE LA MEDICINA

MEDICINA, ARTE Y CIENCIA

Desde antiguo se mantiene el tópico de la Medicina como Ciencia y Arte a la vez. Algo tiene que haber de cierto en la persistencia tan larga de esta concepción jánica de la Medicina y a comprobar esta supuesta certeza y a discutirla, van dirigidas las siguientes consideraciones.

La Medicina como Arte

Parece aceptable que la Medicina, reducida a su original fundamento, que no es otro que la relación médico-enfermo, ofrece pocos argumentos válidos para ser incluida entre las Bellas Artes y, sin embargo, no han faltado quienes han defendido esta inclusión. Carlos Jiménez Díaz, que entre nosotros fue pionero de la aplicación científica en la clínica, dejó escrito en su magnífico libro ***El médico explorando a su enfermo***: “No sé por qué cuando se enumeran las Bellas Artes no se incluye la clínica, que lo es con absoluto derecho. Su método, en el que culminan el camino hacia una verdad velada, a través de la observación natural de la reacción humana y una realización final, no se diferencia esencialmente de ninguna creación artística, sea un poema, una sinfonía, una escultura o una pintura. Con razón se habla del cuadro clínico”.

Dejando aparte esta apasionada defensa de la Medicina clínica como Bella Arte, no parece sencillo encontrar argumentos sólidos para mantener esa relación. Se entiende fácilmente que Arte y Ciencia son fenómenos operativos y expresivos distintos, y esta distinción se hace más evidente ahondando en las diferencias humanas entre el artista y el científico. Aceptemos, dadivosa y provisionalmente, al médico clínico como hombre de Ciencia, como científico, y esbozemos algunas divergencias entre éste y el artista. Ambos expresan su experiencia vital de la realidad y ante ella toman una actitud operativa. Primero interiorizan la realidad y luego la modifican. El científico interioriza la realidad que percibe mediante el entendimiento racional, estableciendo juicios y conceptos intelectualmente elaborados, mientras que el artista lo hace a través de lo que la realidad es capaz de conmover y actualizar su acerbo sensorial y sentimental. Es decir, dos versiones de la apropiación de la realidad: la científica, mediante la explicación racional y la artística según la intuición sensorial. Hay, sin duda, sinequias entre una y otra que aportan la mutua y complementaria relación entre el sentimiento científico y el racionalismo artístico. Ejemplo de esta comunidad podrían ser los llamados “Arte conceptual” y “Arte experimental”.

El artista y el científico ante la realidad que han aceptado tienden a modificarla, el primero recreándola sensorialmente, el segundo dominándola intelectualmente. Para el artista la realidad es lo que “puede ser”, mientras que para el científico no sólo es eso, sino lo que esa realidad “es” y “va a ser”.

Desbordando la propiedad verbal del término metáfora, que etimológicamente significa transponer o trasladar, y por tanto, una acción translativa, aceptemos que el artista utiliza la metáfora para trasladar el sentido recto de la realidad a imágenes figuradas mediante los instrumentos propios de cada arte. El científico puede comenzar muchas veces usando metáforas, pero está necesariamente obligado a convertirlas, cuanto antes, en conceptos y leyes en la maquinaria racional del experimento. Para decirlo de otra manera, el científico y el artista hallan su materia prima en el mundo de los fenómenos reales, pero si el primero busca satisfacer su curiosidad y su deseo de saber algo sobre esos fenómenos, el artista establece relaciones entre su propia personalidad y la realidad observada.

Por tanto, hay argumentos suficientes, aquí meramente esbozados, para admitir las diferencias básicas entre Ciencia y Arte, que se hacen mayores cuando enfrentamos la versión del clínico como científico y nos referimos a las Bellas Artes. En consecuencia, la propuesta clásica de la Medicina como Arte debe ser explorada en otro sentido.

En la Grecia aparecen dos conceptos que fueron nuevos en el oficio de la Medicina y que se instalan definitivamente en su desarrollo histórico. Uno fue el de *tekne* el modo operativo con que el hombre griego era capaz de representar su asombro ante el espectáculo inmenso de la Naturaleza, y otro que se refiere a ésta, *physis*, Naturaleza, algo objetivo y real que pierde el contenido mítico-mágico de las civilizaciones pretécnicas. Se abre así la consideración del hombre como Naturaleza y se admite la posibilidad de influir sobre ella, dos contribuciones novedosas que constituyen el vestigio más antiguo de la Medicina moderna.

Para el griego precristiano, el término *tekne* es equivalente al de *ars* y aparece definido, sin mayor precisión, por lo que nosotros entendemos hoy como “arte manual”, “manobra”, “oficio” o incluso “artesanía”, es decir, la manera como se hace o debe hacerse algo, más con finalidad práctica que teórica. Cuando la *tekne* se refiere al oficio de curar se convierte en *tekne iatrike* o arte médico y este es el verdadero sentido de la palabra arte en la Medicina: el oficio o la manobra del médico sobre el enfermo, seguramente con la tácita intención de hacerlo lo mejor posible.

El Arte, considerado a la manera de la *tekne* griega, no solo supera el inicio del manejo técnico del enfermo como Naturaleza modificada y modificable, sino que eleva la categoría de la Medicina como oficio, enfilándola hacia las Artes liberales. Dungalo, un monje de la escuela palatina de Aquitania en la alta Edad Media, fue el primero que propuso la inclusión de la Medicina como la octava entre las Artes liberales y entre ellas se ha encontrado hasta hoy.

La aplicación en el “arte clínico”, es decir, en el manejo del enfermo por el médico y más concretamente en la técnica exploratoria que éste realiza sobre aquél, ha sido el empeño del clínico a través de los siglos, pero tal empeño, en realidad el arte clínico, consigue los resultados más vistosos y eficaces en la Europa del siglo XIX.

En Francia fueron pioneros de este desarrollo del arte clínico, Bichat, Corvisars, Bayle, Laennec; en Inglaterra, Parkinson, Wells, Bright, Addison, Hodgkin; en Irlanda, Graves, Corrigan, Stokes; en Austria, Rockitansky, Skoda, y muchos otros médicos posteriores que enriquecieron la clínica con nuevos signos, términos, maniobras, etc., llegando a ser verdaderos “artistas” en la exploración clínica.

La actividad práctica de estos médicos ochocentistas no se quedaba, obviamente, en el preciosismo de su “arte clínica”, sino que buscaba la identificación del dato clínico con la lesión anatómica. Esta actitud, dependiente de la que se ha llamado mentalidad anatomoclínica, se materializó académicamente en una nueva disciplina, la Anatomía Patológica, y representó un impulso nuevo en el conocimiento científico del hombre enfermo. Sucesivamente, en el mismo XIX europeo, aparecen las mentalidades fisiopatológica y epidemiológica, que se plasman respectivamente en otras nuevas disciplinas, la Fisiopatología y la Microbiología, y lanzan definitivamente el desarrollo científico de la Medicina.

La Medicina como Ciencia

Veamos ahora qué tiene de ciencia la Medicina y el cuándo y el cómo de este contenido. Debe ser advertido previamente de que estas pesquisas están dirigidas a la Medicina en su concepción original, la relación entre el médico y el paciente mediada por la enfermedad, por tanto a la Medicina práctica, que de una manera u otra, siempre tiene algo de textura científica.

Tras la larga etapa de empirismo mágico de las civilizaciones pretécnicas, el primer atisbo científico se insinúa en la Grecia presocrática, donde la noción de *physis* sometida a la manipulación de la *tekne* plantea al hombre griego de los siglos V y VI a.C. la necesidad de conocer racionalmente lo que hace y cómo lo hace y la naturaleza de aquello sobre lo cual está haciendo (*hermeneia*) o más explícitamente, cómo la *physis* se concreta y realiza en su *tekne*. Con los “fisiólogos” presocráticos, así llamados por su elaboración del concepto de *physis*, se cumplen por primera vez los preceptos necesarios para que el conocimiento de una cosa, en este caso la enfermedad, y su manejo técnico sean verdaderamente científicos: a) planteamiento teórico o hipotético de la naturaleza de la cosa a estudiar o de los problemas que suscita; b) acumulación sistemática de saberes disponibles sobre la cosa y sus problemas; c) aplicación de un método para obtener el conocimiento y d) interpretación analítica de los resultados obtenidos según el método y su relación con la hipótesis. Con este esbozo incipiente del método científico, que los médicos presocráticos utilizan directamente sobre el cuerpo del enfermo, la Medicina antigua termina cristalizando en un verdadero paradigma científico-técnico, el galénico, cuya piedra angular es

el experimento, la puesta a prueba de una idea apriorística acerca de lo que la cosa (la enfermedad) científicamente es. Este paradigma galénico, más o menos modificado en el tiempo, infunde el comportamiento científico de la Medicina a través de las culturas medievales y poco más tarde del Renacimiento, hasta la llamada Revolución Científica que define la ciencia moderna desde el siglo XV hasta la Primera Guerra Mundial, largo periodo en el que la Ciencia es traspasada por nuevas corrientes culturales (empirismo, mecanicismo, vitalismo) que de diversa manera, modifican la doctrina del galenismo clásico pero sin abandonar el fundamento científico del experimento resolutivo.

En el siglo XIX, el método científico se aplica directamente sobre el cuerpo humano en los estudios anatómicos y epidemiológicos, con resultados provechosos para el progreso del conocimiento científico y de la clínica, pero es en el campo de la Fisiología experimental donde se instala como método imprescindible y donde sus descubrimientos tienen un claro contenido científico. También con la Fisiología experimental se advierte una resuelta salida de la operación investigadora del exclusivo ámbito del cuerpo humano para entrar en otros organismos animales y realizar el experimento en el laboratorio. Recuérdense a modo de ejemplo los estudios de F. Magendie y C. Bernard en Francia; de W. Sharpey y M. Foster en Inglaterra; de J. Müller y K. Ludwig en Alemania; de H. Buwldicht y W.B. Cannon en Norteamérica; de I. Paulov en Rusia, etc. Toda esta densa constelación de fisiólogos hizo posible durante el siglo XIX el paso definitivo de una Ciencia especulativa a la Ciencia mensurativa y experimental. Sin embargo, a principios del siglo XIX, Bichat se lamenta de que la Medicina sea excluida del seno de las Ciencias exactas, cuando unos años antes el matemático francés Laplace pretendió que los médicos formasen parte de la *Academie des Sciences* y se encontró con la oposición de los académicos, que consideraban que la Medicina no era una verdadera Ciencia. Durante el siglo XX, el acelerado desarrollo técnico de las Ciencias básicas permite una profunda investigación en muchos y nuevos campos de la Biología que son aplicados a la Medicina, y desde entonces sus actuales contenidos y práctica están impregnados por la ciencia.

Sí seguimos la consideración inicial de la Medicina como *tekne iatrike* o arte médico, hay que reconocer que a este nivel en el que actúa el médico con el enfermo, la Medicina no es ciencia en sentido estricto, es tan solo, y ya es mucho, receptora de ella (la investigación médica, por más sofisticada que sea, tiene o debe tener la intención de servir a la clínica), se beneficia de su aplicación y, por tanto, debe ser considerada a lo sumo como una ciencia aplicada. En un texto poco conocido de 1939 escribe Ortega y Gasset que a partir de los descubrimientos rigurosamente científicos que se producen en el siglo XIX, “el médico creyó que debía transformarse en hombre de ciencia *sensu stricto*, dejando de ser ‘médico de cabecera’, y haciéndose médico de laboratorio”. No solo duda el filósofo del carácter científico del médico sino que advierte que la adquisición de este carácter puede deteriorar la calidad humana del arte médico.

Pero los defensores a ultranza de la Medicina clínica como Ciencia, aún encuentran un argumento en la aplicación del “método clínico” como trasunto del método científico:

a) la existencia del problema es en la clínica la enfermedad que presenta el paciente; b) la búsqueda de información básica en el método clínico se refiere al interrogatorio y la exploración del paciente; c) la hipótesis es el o los diagnósticos presuntivos; d) la contestación de la hipótesis se realiza mediante la utilización de pruebas complementarias y e) finalmente si se llega a un diagnóstico de certeza se indicará la terapéutica adecuada, pero si se niegan los diagnósticos presuntivos, habrá que reanalizar toda la situación, plantear nuevas hipótesis y nuevos programas de investigación. Ciertamente este proceder clínico remeda el método científico, pero no puede darse una completa traslación de éste a aquél porque el problema que se maneja en la clínica es la enfermedad humana, que conlleva, junto al disturbio corporal, complicadas reacciones mentales, sentimentales, sociales y morales que con frecuencia desbordan el esquematismo del método.

En resumen, la Medicina en sí misma comenzó a ser Ciencia, sí bien rudimentaria, cuando la *tekné iatriké* requirió el “porqué” de los fenómenos que manejaba y empezó a explorar experimentalmente tales fenómenos. Durante siglos, la Medicina extrajo del cuerpo humano su saber científico, desvelando progresivamente su anatomía y la posible huella que sobre ella deja la enfermedad. En estas tareas se aplicaron entre otros A. Vesalio, M. Servet, W. Harvey, T. Sydenham, H. Boerhaave, C. Morgani, J. Hunter, etc., cuyas aportaciones individuales ampliaron el conocimiento de la Medicina, pero fueron insuficientes para liberarla de su carga de empirismo y especulación y convertirla en Ciencia. La mentalidad fisiopatológica, apoyada en la Fisiología experimental, desarrolló y aplicó el método científico y el experimento se traslada progresivamente al laboratorio, donde se realiza con el concurso imprescindible de las Ciencias básicas. El abandono definitivo de la interpretación especulativa acontece cuando los fenómenos experimentales se hacen mensurables y reproducibles, y su análisis es sometido al concepto de “régimen de los hechos” que el filósofo positivista Auguste Compté introduce en la Filosofía y es inmediatamente aprovechado por la Ciencia.

Con estos criterios fundamentales progresa hoy la Medicina, extrayendo del laboratorio experimental extraordinarios frutos que nutren el conocimiento y derivan en la clínica. Pero la Medicina no alcanza la ilusión de Bichat de ser una Ciencia exacta, porque en los entresijos del experimento anida la duda que introduce la condición de persona sobre los resultados técnicos. Por esto la Medicina, a donde abocan los beneficios de las Ciencias básicas, no podrá ser nunca una Ciencia como éstas, porque está infundida de condición humana, algo que se escapa por ahora del control riguroso y completo de la Ciencia convencional.

La Medicina y las Bellas Artes

La relación entre Medicina y Bellas Artes puede entenderse en un doble sentido, según la utilización que una hace de las otras y viceversa. Unas veces las Bellas Artes sirven a la Medicina y otras, la Medicina es utilizada por las Bellas Artes. En el primer sentido están la Arquitectura y la Música, que aportan mucho de su contenido técnico y artístico

a variados aspectos de la Medicina. En el sentido inverso, la Literatura, la Escultura y la Pintura se nutren con frecuencia de figuras relacionadas con la Medicina. Obvio es decir que en el término Medicina se incluye todo su variado y complejo contenido.

Los primeros vestigios de la dedicación de la Arquitectura a la Medicina son los templos que en la Grecia antigua se levantan a dioses y hombres relacionados con el arte de sanar y que, por supuesto, no buscan utilidad sanitaria alguna, sino simplemente una intención reverencial y artística. En la Europa medieval empiezan a habilitarse en los monasterios, salas y albergues para menesterosos en general, que son conocidos como *xenodochium*, término que se utiliza como sinónimo de hospital hasta que éste aparece de forma más definida. Posteriormente, comienzan a construirse edificios con proyección hospitalaria que mantienen un acusado simbolismo religioso, por lo que son conocidos como de tipo basilical. En el Renacimiento se abandona la planta basilical y se introducen los hospitales de planta cruciforme, con detalles de diseño específicos de la función hospitalaria. Exigencias, principalmente sanitarias, inducen el cambio del modelo cruciforme al cuadrangular o palaciano, que aparece como unificación de las plantas gótica y renacentista. Con el siglo de las luces y el triunfo del racionalismo se abren nuevas perspectivas sociales y científicas y nuevos rumbos en la arquitectura hospitalaria. Un hito decisivo fue el informe de la Academia de Ciencias Francesa con motivo de la reconstrucción del Hôtel-Dieu de París, que introdujo importantes innovaciones técnicas, entre ellas la creación de pabellones, asumidas durante el siglo XIX por hospitales europeos y americanos. Durante el siglo XX la revolución arquitectónica de los hospitales ha sido extraordinaria, consiguiéndose edificios de óptima funcionalidad con modernas formas de expresión estética. Todas las épocas de la arquitectura de los hospitales persiguieron la mejora técnica, al tiempo que su impronta artística, que aún es posible admirar en muchas construcciones antiguas y actuales. Así pues, la Arquitectura ha servido a la Medicina armonizando la acción de sus dos brazos operativos: la técnica y el arte.

Hay testimonios muy antiguos sobre la aplicación de la música a la Medicina y quizás el más remoto se encuentra en un papiro hallado en una tumba egipcia de Kahun en 1888 y que contiene una composición musical utilizada para propiciar la fertilidad femenina. Hay referencias al respecto en algunos diálogos platónicos, en los que el filósofo recomienda la música para curar el tedio y la fobia; en la Biblia se relata cómo David utiliza la música para curar a Saúl; Homero describe en la Odisea cómo se contiene la hemorragia de Ulises mediante la música y después, a través de los siglos, innumerables referencias al uso de la música en la curación o alivio de los más variados trastornos y enfermedades, hasta constituirse la Musicoterapia, una disciplina, incluso académica en algunos países, que se integra en las llamadas medicinas alternativas o complementarias. En 1950 se funda en Estados Unidos la Asociación Nacional de Terapia Musical y en 1958 la Sociedad de Terapia Musical y Remedial en Inglaterra y así sucesivamente en otros países, entre ellos España, que cuenta con su Asociación Española de Musicoterapia. La música por sí sola no es terapéutica, solo cuando se utili-

za en un marco estructurado específico y con voluntad terapéutica puede ofrecer beneficios en determinados procesos, sobre todo en aquellos influenciados por la personalidad del individuo. La Musicoterapia se ha utilizado en trastornos somáticos, psicosomáticos, neuróticos, conductuales e incluso psicóticos, con resultados variados según el contenido científico de su valoración. Como colaboradora de terapias específicas se ha asociado a la rehabilitación de trastornos del lenguaje, de la marcha, cognitivos, toxicomanías, etc. Recientemente, una revisión de varios ensayos clínicos de la Colaboración Cochrane, pone de manifiesto el beneficio de la música en el control del dolor postoperatorio, reduciendo la necesidad de administrar analgésicos. El fundamento de la Musicoterapia sigue siendo empírico, pero empezamos a obtener conocimientos neuroanatómicos y neurofisiológicos relacionados con su acción. En cualquier caso, la música representa el ejemplo más evidente de cómo una Bella Arte, probablemente la que con mayor sutileza se engarza en la estructura sentimental del individuo, puede servir a la Medicina, concretamente al enfermo.

De las Bellas Artes que utilizan la Medicina en su expresión artística, la Literatura lo hace con relativa asiduidad. La novela, el cuento, el teatro, la poesía, la biografía, el relato histórico, el ensayo, etc., tributando cada uno de ellos a la Literatura artística o a la intelectual, son medios que el escritor utiliza para mostrar, en primer plano o en otros secundarios, algunos contenidos de la Medicina (el enfermo, la enfermedad, el médico, la consulta, el hospital, la invalidez, la muerte, etc.). Dada la índole de estos contenidos, su expresión habitual es en clave dramática, alguna vez satírica, y lleva con frecuencia una intención moralizante o didáctica o es simplemente narrativa sin buscar moralejas o enseñanzas. Los ejemplos de la Medicina en la Literatura son tan abundantes y diversos que resultaría inadecuado citar algunos que, por otra parte, es seguro que muchos estarán en la memoria de cualquier lector. No obstante, las publicaciones poligráficas o monográficas sobre “Medicina y Literatura” son muy numerosas en la bibliografía nacional e internacional.

Las artes plásticas por excelencia, la Escultura y la Pintura, han representado siempre la belleza del cuerpo humano como expresión tácita de la salud. Y esto plantea el siempre discutido problema del origen de la belleza humana. ¿En función de qué condiciones un ser humano empezó a considerarse bello? No vale la explicación referencial a lo feo, porque esto no hace más que trasladar la pregunta a ¿por qué unos seres humanos se apreciaron como bellos y otros como feos? Posiblemente esta diferenciación se estableció a partir de unas condiciones fisiológicas que hacían a los seres que las poseían “estar bien” consigo mismo y con los demás, ser agradables, amables, atractivos, encantadores y nada de esto o poco a quienes no las poseían. Y los portadores de estas buenas condiciones fueron considerados “bellos de espíritu” y traslativamente el cuerpo que poseían adquirió la categoría de bello. La condición necesaria para la “belleza de espíritu” era la normalidad fisiológica, el perfecto equilibrio de las funciones biológicas, en una palabra, la salud, que además dejaba su impronta en la armonía de las formas del cuerpo. Así parece que lo entendieron los pitagóricos cuando explicaban

la belleza humana como la consecuencia del equilibrio justo de los humores. Obvio es decir que esta hipotética e inicial concepción de la belleza ha sido traspasada y modificada a través de los siglos por innumerables influencias culturales.

Con este planteamiento teórico, la enfermedad considerada como reverso de la salud, estaría en el lado de lo feo y su representación plástica no podría ser considerada estética. La estética puede considerarse como la condición capaz de producir en el observador una respuesta sensorial agradable y atractiva, traducida en lo que se ha llamado placer estético. Esta respuesta radica básicamente en la belleza de lo representado, pero en la vida existen seres y cosas feos, en nuestro caso enfermos y enfermedades, que el arte puede representarlos de manera hermosa y la belleza de esta imitación es capaz de hacer aceptable lo feo. Kant decía que una belleza de la Naturaleza es una cosa bella, mientras que la belleza artística es una bella representación de una cosa. Es decir, la bella representación puede sobrepasar la estética de lo representado y su atractivo quedarse en la forma y la manera de estar ejecutado, permitiendo la paralela concepción macluhaniana de que la belleza está en el medio. A pesar de su contenido no bello, a veces horroroso, ¿es posible dudar de la belleza pictórica de *La monstrea desnuda* de Carreño, de *El hambre en Madrid* de Aparicio y Anglada, de *La peste de Asdod* de Pousin, de *Napoleón y los apestados* de Jaffa de Grass, de *Los mendigos* de Bruegel El Viejo y de tantas y tantas obras que muestran bellamente lo feo de la enfermedad y el enfermo?

El protagonista de lo feo en el Arte ha sido, sobre todo en la Edad Media y después en el Romanticismo, el diablo y sus horripilantes circunstancias adláteres, pero ya en la época clásica tardía, y sobre todo a partir de la era cristiana que introduce una especial moral de la vida, que puede hacer bellos el sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte, estas calamidades empiezan a expresarse, especialmente en la Pintura, mediante bellas ejecuciones artísticas.

Pero la relación de las artes plásticas con la Medicina no se ha limitado a representar imágenes alegres de la salud y tristes de la enfermedad, sino que frecuentemente admite otros diversos contenidos: alegorías, curaciones, intervenciones, exploraciones, autopsias, consultas, imágenes de médicos, hospitales, etc. La Pintura, como es lógico, permite mayor dispersión de temas que la Escultura, pero también en ésta, sobre todo en la Antigüedad, se encuentra diversidad y abundancia de contenidos relacionados con la Medicina: hay referencias a enfermedades (mal de Pott en la estatuilla de la colección de Towneley en el Museo Británico; obesidad de Bak en el altorrelieve del Museo Egipcio de Berlín; la flebitis en un exvoto en el Museo Nacional de Atenas; las deformidades físicas en una terracota del Museo del Louvre; la elefantiasis en una figura somalí del Real Museo de Escocia en Edimburgo, etc.), al médico explorando al enfermo (en un relieve del Museo Británico) o realizando curas (relieve de Arquino en el Museo Nacional de Atenas) o practicando intervenciones (relieve procedente de Herculano en el Museo Nacional de Nápoles) o múltiples estatuas de patriarcas antiguos de la Medicina (Hipócrates, Alcmeón, Herófilo, Zenón, etc.).

La enfermedad es el argumento más frecuente en la relación Medicina-Pintura, a través de las etapas histórico-artísticas de esta Bella Arte. La enfermedad aparece en la obra pictórica de dos formas situacionales que dependen de la intención del artista. En una, la enfermedad o el proceso patológico se sitúan en el centro o núcleo de la obra como elemento sobresaliente y principal de la composición pictórica. El artista tiene la pretensión didáctica de mostrar el proceso patológico de una manera primordial en el contexto de la obra, dirigiendo la observación y la meditación del observador hacia el proceso morboso. Es la que podríamos llamar patografía primaria, principal o directa. En la otra forma, el pintor no pretende mostrar el proceso patológico como objeto fundamental, primordialmente observado por el espectador, sino como un componente secundario o accesorio en el contexto de la obra, unas veces en relación con el tema y otra sin ella, incluso representándolo inconscientemente. Sería la patografía secundaria, accesorio o indirecta.

La interpretación de la enfermedad en la Pintura es un tema recurrente en la bibliografía humanista de la Medicina y existen excelentes obras al respecto generalmente escritas por médicos que han demostrado sabiduría y sagacidad para encontrar datos patológicos en las obras pictóricas. A veces, incluso obsesión clínica por descubrir patologías ocultas. Es el caso de la pobre Lisa Gherardini, la Gioconda, en la cual se han descrito casi un centenar de signos y procesos de todas las especialidades médicas, que de ser ciertos harían de su retrato un completo tratado de Medicina. Como en cualquier aspecto de la vida, la obsesión en la búsqueda facilita encontrar lo que no existe.

El arte y la práctica de la Medicina, *Ars Medica* 2006

TIEMPO Y ESPACIO DE LA MEDICINA INTERNA

Como de tantas cosas de nuestra época y de todas las épocas que han sido renovadoras, se dice que la Medicina Interna está en crisis, entendiendo por crisis, en el sentido orteguiano, una situación de desorientación, de incertidumbre, de no saber a qué atenerse. Esto es cierto, pero yo diría que la Medicina Interna no está en crisis *per se*, por sí misma, por su propio fundamento, que si así fuera constituiría una crisis indudablemente grave, sino que se la ha colocado en tal estado desde fuera, por causa ajena, que no afecta a su realidad como tal; se trata pues de una crisis relativa que puede y debe ser desmontada.

Desde Hipócrates hasta la Baja Edad Media, la Medicina fue, primero mágica o empíricamente y después, técnica y científicamente, una unidad total tanto en la concepción de la enfermedad como en su aplicación práctica, y el médico que la ejercía era un médico total, tanto médico como cirujano. Durante los períodos hipocrático y galénico el médico es simultáneamente “internista” y “cirujano”, a pesar de que en los escritos hipocráticos pueda distinguirse una “mentalidad quirúrgica” de una “mentalidad internista”, mentalidad ésta que va progresivamente estructurándose y culmina en la invención de “verdaderas pruebas funcionales”.

Pero es a finales de la Edad Media y principios del Renacimiento, cuando se produce la primera dicotomía de la Medicina, de la Medicina hipocrática, unitaria y total, que Laín en la VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna, describió magistralmente. En esa época comienza la separación, mejor la distinción, entre Medicina Externa y Medicina Interna. La *Medicina Externa*, la que evidentemente corresponde a la Cirugía, se define por dos notas esenciales: a) la enfermedad, el proceso morboso, está en la parte externa del cuerpo y por lo tanto se ve; b) para tratarla es necesario que el médico, mediata o inmediatamente, ponga las manos sobre ella, y de ahí el origen de la palabra cirugía o quirúrgico: *queiros* = mano y *ergon* = acción. La *Medicina Interna* tiene dos notas contrapuestas y correspondientes con las anteriores:

- a) En principio, la enfermedad no se ve, no está en la superficie del cuerpo y esto crea una situación aporética, conflictiva, al médico cuando tiene que evidenciarla y que ya captaron los médicos hipocráticos. En “Sobre el Arte” se nos dice: “Cuando la enfermedad no puede verse ni tocarse, se la conoce por la inteligencia y el entendimiento” y al decirse esto está naciendo germinalmente la Medicina Interna, cuyo instrumento de acción es el pensar.
- b) En segundo lugar, el médico para tratarla no necesita poner sus manos sobre la enfermedad, no necesita la intervención manual, sino que la trata mediante el fármaco, la higiene, la dieta, el consejo, etc., instrumentos intelectualmente más elaborados. Empieza a distinguirse así una Medicina más docta, más intelectual y aparece en consecuencia un médico también más docto y más intelectual, cuyo arquetipo primero fue el médico latino del Renacimiento, de elevado prestigio científico, profesional y social, que ha protagonizado el progreso de la Medicina hasta bien entrado el siglo XX.

Durante los años veinte de este siglo, por razones en alguna medida semejantes o parecidas a las anteriores y, sobre todo, por la aparición de nuevas técnicas, se fueron desglosando de la Medicina un conjunto de especialidades que podemos denominar autónomas: Dermatología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Pediatría, ORL, etc., y a partir de los años treinta, en el cuerpo más o menos definido de la Medicina Interna, empieza a distinguirse un conjunto de especialidades derivadas o subespecialidades de la Medicina Interna: Neumología, Cardiología, Neurología, Nefrología y así sucesivamente, y ello ocurre por varias razones: a) rápida y amplia expansión de conocimientos teóricos y prácticos de la Medicina Interna que empiezan a ser inabarcables por un solo médico; b) aparición de técnicas, diagnósticas y terapéuticas, que exigen un conocimiento especializado; c) como consecuencia de las dos razones anteriores, el afán y la necesidad de acumular y concentrar experiencia en grupos reducidos de enfermedades, lo cual debe derivar en el mejor conocimiento de la enfermedad y en el mejor manejo del enfermo. La aparición y el desarrollo de estas subespecialidades de la Medicina Interna, han sido decisivos para el progreso científico y práctico de la Medicina, pero es indudable que han colocado en difícil trance a la Medicina Interna y por ende al internista, que se encuentra en una situación indefinida, recogiendo el especialista el prestigio científico, profesional, social y económico que antaño disfrutara él.

Pero esta situación no parece la ideal y hay razones acumuladas tras la experiencia prolongada de más de medio siglo de querella Medicina Interna-Especialidades, que permiten discutirla y establecer las bases de una posible solución.

Hay razones fundamentales que se refieren al médico y al enfermo y hay razones de adquisición más reciente que se refieren a la enfermedad y a la asistencia. Las primeras, las referidas al médico y al enfermo, contienen argumentos clásicos de sobra conocidos, que se instalan en lo filosófico, lo literario, lo especulativo, pero creo que son importantes porque avalan la perdurabilidad de la Medicina Interna. Las segundas tienen un contenido más objetivo, más científico y avalan la vigencia actual de la Medicina Interna. De cada una de ellas, con las limitaciones obligadas, algo debemos decir.

Del médico

De alguna manera, la Medicina Interna existe porque existe un tipo de médico y anteriormente un tipo de hombre que, en su esencia más elemental, se caracteriza por el deseo de saber.

Dos han sido siempre las razones nobles del saber humano: el deseo y el poder, que constituyen las dos formas esenciales del saber: el saber como deseo y el saber como poder.

El saber como deseo es primordial, primigenio en la historia de la Humanidad y en la historia particular de cada hombre. Aristóteles comenzó su **Metafísica** con estas palabras, que son como una introducción primordial a la historia del hombre: “Todos los hombres tienen un deseo natural de saber”; un deseo desinteresado, ajeno a la

finalidad práctica, independiente de consideraciones relativas a la utilidad del saber, un deseo que fluye del “asombro platónico”, nacido a su vez en la “curiosidad”, la profunda raíz intelectual que caracteriza al hombre civilizado.

Pero hay algo más en el hombre que puramente deseo de saber, porque el hombre es, además de un ser con posibilidades intelectivas nacidas de su especial capacidad de asombro, una criatura con exigencias materiales. Y éstas obligan a otra forma de saber, que tiene también su filosofía elemental: el saber como poder, como poder de modificar la naturaleza y someterla a los fines prácticos del hombre. Hay pues dos formas especiales de saber: el saber como deseo y el saber como poder, que tienen su sustrato filosófico respectivo: la filosofía platónica, aristotélica, para el saber como deseo y la filosofía baconiana del siglo XVII en Inglaterra para el saber como poder y que permiten, salvando los esquematismos, distinguir a su través tiempos históricos, tipos sociales, tipos de universidades, tipos humanos y también tipos de médicos. En efecto, es posible distinguir varios “tipos de médicos” que se inscriben en el espectro que va desde la pura teoría a la pura práctica y que simplemente abocetados podrían ser los siguientes:

- a. En el lado en que predomina lo teórico sobre lo práctico, hay dos tipos de médico, ciertamente no frecuentes en la Medicina actual, pero no ausentes en el panorama médico habitual. Uno es un espécimen prácticamente desaparecido, víctima de lo absurdo de su realidad: el médico cuya medicina es exclusivamente teórica, sin ninguna proyección práctica. Su fundamento y sus formas de expresión son la erudición y la especulación intelectual y su proyección profesional se dirige a terrenos donde la formación práctica o clínica no es necesaria y el saber especulativo es provechoso. Ciertamente, hay campos de la Medicina que no requieren formación clínico-práctica (Humanidades médicas, Técnicas de Gestión, Investigación Básica, Estadística, etc.) pero el tipo de médico que consideramos aquí como exclusivamente teórico y como espécimen raro de la Medicina, era el que se movía en ambientes médicos, incluso clínicos, haciendo uso, a veces alarde, de sus conocimientos en patología médica, pero sin ninguna intención utilitaria. Era un tipo curioso, más frecuente en épocas anteriores en que el bagaje de conocimientos médicos era fuente de prestigio profesional e incluso, de utilidad administrativa.
- b. El otro tipo de médico en el cual hay un importante contenido teórico es más frecuente en la práctica médica, incluso en la actualidad y al que podríamos denominar el médico principalmente teórico, no exclusivamente teórico como el anterior. Producto, por un lado, de una personalidad de tendencia teórica inclinada al puro saber y, por otro, de la enseñanza principalmente teórica de nuestras facultades. Su perfil es fácil de establecer: conocedor profundo y extenso de la teoría y la bibliografía médicas, siente poca o ninguna inclinación por la práctica clínica y en esta es más feliz con la pesquisa diagnóstica que con la aplicación terapéutica.
- c. En el otro extremo del espectro se colocan los tipos médicos en los que predomina su actitud práctica sobre la teórica. Son más frecuentes que los anteriores y su realidad parece más lógica. En esta banda podemos encontrar dos tipos de médicos: el

preferentemente práctico o práctico por antonomasia, y el exclusivamente práctico. El médico preferentemente práctico está dotado de la única e imprescindible formación teórica para la aplicación práctica. Su ejercicio puede resultar eficaz y se sostiene en la experiencia y la observación. Es probablemente el tipo de médico más frecuente en la Medicina actual y su existencia se encuentra potenciada en los planes de Salud por su eficacia en la medicina primaria. El médico exclusivamente práctico está representado en el ejercicio médico por aquel que realiza una técnica, más o menos compleja, cuyo manejo ha adquirido con un exclusivo aprendizaje práctico sin ninguna necesidad de saber teórico. Aunque es difícil admitir que se pueda hacer algo bien sin tener de ello un conocimiento teórico suficiente, lo cierto es que hay médicos que han aprendido una técnica mediante el adecuado entrenamiento práctico sin saber nada teórico sobre ella.

- d. En la mitad de este espectro, entre las bandas de médicos teóricos y las de médicos prácticos, se encuentra el tipo médico que conjuga equilibradamente el contenido teórico con la habilidad práctica. Es el médico que podemos llamar teórico-práctico, seguramente el arquetipo de buen médico, cuando el saber teórico sirve pertinentemente a la práctica clínica. Si el saber no se reduce a saber científico-técnico, sino que llega a términos de las Humanidades Médicas, el médico resulta más completo y su práctica adquiere el imprescindible contenido antropológico.

En este último tipo de médicos me interesa diferenciar dos tipos que frecuentemente se confunden: el médico teórico-práctico cuyo arquetipo es el internista y el médico práctico cuyo representante es el clínico práctico o el médico general, distinción que dejará ver la diferencia entre Medicina Interna y Medicina General, no siempre claramente interpretada. Ambos, internista y médico general o médico práctico o simplemente clínico, son generalistas en el sentido literal de la palabra, pero se distinguen entre sí en algunos aspectos cualitativos que conviene resaltar:

1. En la elemental *concepción de la enfermedad*, que después analizaremos, pero podemos adelantar aquí que el internista tiene un concepto más amplio de la enfermedad que el médico práctico, y no sólo en el ámbito antropológico y social, en el cual ambos pueden coincidir, sino en el puramente orgánico o clínico. El internista sabe o al menos intuye que la enfermedad es frecuentemente más amplia y compleja que lo que la nosología convencional describe y lo que el cuadro clínico expone aparentemente. El internista, por definición conocedor profundo de la enfermedad, tiene y ha tenido siempre de ésta un concepto extenso o totalitario, que se extiende más allá del cuadro clínico a veces hasta la totalidad del organismo y esto que ha sido al menos la intuición del internista clásico, lo va haciendo evidente la Medicina actual con sus descubrimientos fisiopatológicos y morfológicos y la alta rentabilidad de sus técnicas diagnósticas. Los ejemplos al respecto son numerosos y después citaremos algunos. Por el contrario, el médico práctico arquetípico, tiene un concepto más limitado, puramente fenomenológico, de la enfermedad, reducido a los límites clínicos de la nosología convencional, lo cual le permite suficientemente su práctica diagnóstica y

terapéutica. Por otra parte, el internista, a diferencia del médico práctico, tiende a un concepto unitario de las enfermedades, es decir, entiende que por debajo de la diversidad de los cuadros clínicos que determina entidades distintas, hay con frecuencia una comunidad patogénica y fisiopatológica que condiciona una unidad fundamental de las enfermedades, cuya realidad es más importante que los simples fenómenos clínicos. También la Medicina actual apoya progresivamente este pensamiento del internista.

Es decir, el internista tiende, frente al clínico, a un concepto totalitario, amplio, holístico, de la enfermedad y a un concepto unitario, reducido, singularista, de las enfermedades, acercándose a la verdadera realidad biológica, plasmada en el viejo adagio aristotélico: "La naturaleza ama la unidad".

2. La elaboración mental del diagnóstico es distinta en el clínico que en el internista. El primero realiza el diagnóstico principalmente, a veces exclusivamente, utilizando los fenómenos clínicos que se le presentan (síntomas, signos, datos complementarios, etc.) mediante los cuales evoca una entidad nosológica concreta. Se trata así de un diagnóstico evocativo, analógico, que se realiza mediante la maniobra mental simple de articular la percepción con la memoria, si acaso en ocasiones con alguna indagación o interpretación etiopatogénica. La elaboración mental del diagnóstico tiene otra categoría intelectual en el internista. No se trata de una evocación analógica como realiza el médico clínico o práctico, sino de un proceso inductivo que de forma progresiva y sistematizada construye razonadamente la teoría diagnóstica. Esta progresiva construcción tiene que partir necesariamente de la materia prima de los fenómenos clínicos y de su agrupación sindrómica para ser interpretados fisiopatológicamente. Cumple así el internista una etapa esencial en su ejercicio diagnóstico: la interpretación fisiopatológica de los fenómenos clínicos observados. Intenta después localizar la lesión y concretar orgánicamente el trastorno funcional, cumpliendo otra etapa importante del proceso diagnóstico: la orgánica o topográfica. Procede a continuación a indagar sobre la naturaleza del proceso, es decir, sobre la manera como la lesión y su consecuencia fisiopatológica se han realizado, consiguiendo el diagnóstico patogénico. Y posteriormente, se remonta al diagnóstico etiológico. Así pues, el internista va cumpliendo sucesivamente las etapas diagnósticas: semiológica, fisiopatológica, topográfica, patogénica y etiológica, siguiendo una trayectoria mental que tiene un sentido inverso a la que hizo la enfermedad en el enfermo.

Estos dos procedimientos distintos de diagnóstico suscitan diferencias significativas entre el clínico y el internista. En primer lugar, ambos procedimientos tienen mecanismos intelectivos diferentes: el clínico evoca, el internista construye, y para ello el primero utiliza la intuición y la memoria y el segundo la razón y el saber. En segundo lugar, las posibilidades de atinar o desatinar un diagnóstico son mayores en el clínico que en el internista, en función del mecanismo mental de realizarlo. El clínico puede formular el diagnóstico en "cortacircuito" desde el fenómeno clínico hasta la entidad memorizada, lo que constituye el fundamento

del llamado “ojo clínico”. Pero sabido es que este “ojo clínico” basado en la experiencia, la intuición y la suerte, tiene tantas posibilidades de errar como de acertar, posiblemente más de lo primero que de lo segundo, mientras que el diagnóstico del internista, construido piedra a piedra, con la argamasa de la razón y el saber, puede no tener la brillantez efecticista del logrado mediante el “ojo clínico”, pero seguramente es acertado con más frecuencia y cuando ocurren los desaciertos no son tan voluminosos ni tan graves.

Finalmente, una diferencia trascendental, que ha sido señalada por Balcells, me parece definitiva entre clínicos e internistas, a la hora de hacer el diagnóstico. La metódica sistematizada, constructiva en dirección inversa a como se ha producido la enfermedad, con que el internista realiza el diagnóstico, le permite virtualmente descubrir especies morbosas desconocidas para él. Estoy seguro de que si a un buen internista, con perfecta preparación semiológica, fisiopatológica, anatomopatológica y patogénico-etiológica, le pudiéramos suprimir de su memoria todas las entidades nosológicas que la patología médica le ha enseñado, y le dejáramos ejercer el diagnóstico durante un número ilimitado de años, volvería a describir todas las entidades nosológicas que le suprimimos. Realmente así, con el proceder inductivo del internista, se han debido describir casi todos los síndromes y enfermedades que pueblan ubérrimamente la Nosología. He aquí, pues, finalmente, una profunda diferencia de raigambre antropológica, entre el diagnóstico del clínico y del internista: el de uno es siempre un episodio memorístico, el del otro tiene siempre algo de acto creador.

3. En las diferencias anteriores de la conceptualización de la enfermedad y en la elaboración mental del diagnóstico, radican distintas actitudes ante la *terapéutica*. Esta distinta estructuración del diagnóstico influye en la distinta categoría terapéutica de clínicos e internistas. El fuerte contenido evocativo, intuitivo, del diagnóstico del clínico se traslada a la terapéutica que adquiere una categoría más superficial que la del internista. Como dice Laín, si en el diagnóstico el médico queda reducido a “puro ojo”, en la terapéutica adquiere la condición de “pura mano”. El fundamento terapéutico del clínico es sencillo: si el síntoma es la expresión de la enfermedad para el enfermo y para el médico, lo que hay que hacer es suprimir el síntoma. Aparece así el tratamiento sintomático como componente principal de la terapéutica, a veces el único, cuando debe ser solo una porción de un tratamiento más completo. Salvo el síntoma, el clínico no atiende con el interés debido en la terapéutica otros aspectos de la enfermedad, porque tampoco los utilizó en el diagnóstico. Si acaso, su tratamiento tendrá alguna atención etiológica, pero no fisiopatológica ni patogénica. En consecuencia, sus indicaciones terapéuticas serán más atrevidas y abundantes, pero también más peligrosas, aunque por su proyección al síntoma pueden obtener resultados más efecticistas y aliviadores, pero de efectos más superficiales y transitorios.

El internista atiende en la terapéutica, hasta donde le es posible, a todos los aspectos que utilizó en la construcción del diagnóstico. Así su tratamiento tendrá

un fundamento fisiopatológico y etiopatogénico con aditamentos o no de terapia sintomática. En consecuencia, su terapéutica puede resultar menos efecticista, pero es más racional, más eficaz y menos peligrosa.

4. Si aceptamos las diferencias antedichas entre los que hemos llamado arquetípicamente clínico e internista en cuanto al concepto de enfermedad, elaboración del diagnóstico y actitud terapéutica, será fácil comprender que también ha de ser distinta entre ellos la interpretación que hagan de la *evolución* y el pronóstico de la enfermedad.

El clínico tiene principalmente un concepto estático de la enfermedad. Para él, la enfermedad es un cuadro clínico enmarcado en datos clínicos y analíticos que está presente en el enfermo. Qué duda cabe que conoce la capacidad evolutiva de muchas enfermedades, pero ello no disminuye su interpretación fundamental de la enfermedad como fenómeno actual y presente que hay que combatir. En consecuencia, el pronóstico que establece de la enfermedad es también reducido y de corto horizonte: se limita a los fenómenos clínicos y analíticos. De tal manera, que la enfermedad puede considerarse curada cuando los síntomas y signos clínicos y los datos complementarios patológicos hayan desaparecido. En este sentido, el concepto de curación es parecido al que el propio enfermo establece de su enfermedad: estar curado, para éste, supone el “estar bien”, el “encontrarse bien”, después de desaparecidos los síntomas y signos que le aquejaban. Por otra parte, como el clínico maneja principalmente terapéuticas sintomáticas y etiológicas, que suelen ser de eficacia evidente, su fe en los remedios terapéuticos es profunda y definitiva y, consecuentemente, en la curación de la enfermedad.

De otra manera menos sencilla ocurren las cosas en la mente del internista. Este, por aquella condición de índole espiritual, intelectual o cultural que posee, y en función de sus especiales actitudes conceptuales, diagnósticas y terapéuticas, interpreta la enfermedad como un proceso evolutivo que intenta conocer en lo que se llama “historia natural” de la enfermedad, aplicada a cada enfermo en particular. La enfermedad, para el internista, rebasa en el tiempo y en el espacio el cuadro clínico con que la conocemos; muchas veces es más antigua que lo que su aparición clínica supone, y más frecuentemente se prolonga más allá de la curación clínica y analítica, abarcando espacios anatómicos y funcionales más amplios que los habitualmente objetivables.

La concepción de la enfermedad por el internista, inscrita en las coordenadas principales de la totalidad y la integración, tiene un doble sentido, sincrónico (unidad actual de las partes que integran el todo funcional) y diacrónico (unidad transitiva, a lo largo del tiempo, de las partes integrantes) que obliga a una percepción dinámica del proceso, imprescindible para un exacto entendimiento de la enfermedad y un correcto manejo del paciente.

Estas diferencias, aquí marcadas deliberadamente entre el clínico práctico y el internista establecen una clara distinción tanto en lo que se refiere a la mentalidad como al oficio de cada uno de ellos.

Del enfermo

En cuanto al *enfermo*, hay argumentos antropológicos que defienden la Medicina Interna. Permítaseme que de una manera teorizante distinga en el paciente tres niveles de enfermedad.

- a. Uno, el primero, el más elemental, puramente *orgánico*. Es el nivel de enfermedad que corresponde a su definición elemental: alteración estructural y dinámica de alguna parte del cuerpo, orgánica, celular o bioquímica, pero, a la postre, siempre desorden somático exclusivo, si bien con su consecuencia funcional obligada. Desde Galeno a Virchow se ha sostenido ineludiblemente que el *ens morbi* –lo que la enfermedad tiene de realidad principal– lleva esencialmente en su estructura una lesión somática. Es evidente que en nuestra Medicina actual hemos penetrado más hondamente en el concepto de lesión mediante la percepción óptica estructural y, sobre todo, a través de una interpretación lesional más sutil que nos permite entenderla a nivel molecular, bioquímico y biofísico. Pero, en cualquier caso, desde lo microscópico a lo todavía inapreciable, pasando por el fino disturbio bioquímico, la lesión somática constituye el sustrato más elemental y principal de la enfermedad, su cimiento puramente corporal.

Si se entiende lo que venimos diciendo, se deducirá fácilmente que a este nivel, meramente material, la enfermedad en el hombre (todavía, por supuesto, no enfermedad humana) es tan sólo una alteración sin síntomas, es decir, trastorno asintomático. El síntoma, como luego veremos, necesita cierta altura sensorial y sentimental que no existe todavía cuando la enfermedad es analizada única y exclusivamente a nivel del disturbio somático. El síntoma es siempre una realidad psicosomática, es decir, junto al disturbio puramente somático (inflamación, necrosis, rotura, espasmo, etc.) hay un contenido psíquico, que puede ir desde la simple sensación hasta la más alta interpretación intelectual, pasando por todos y cada uno de los sentimientos schelerianos.

Pero si es enfermedad sin síntomas, puede ser enfermedad con signos. En términos genéricos, signo es todo dato perceptivo que directa o indirectamente denuncia la existencia de una determinada realidad. Así pues, la lesión somática, bien sea del órgano, del tejido o de la célula, que constituye la realidad esencial y primera de la enfermedad, puede ser perceptible mediante signos o datos que se expresan espontáneamente o son captados con técnicas especiales, pero sin ningún componente sensorial, ni sentimental, ni obligatoriamente intelectual, por parte del sujeto que porta la lesión. Resumiendo y reiterando las líneas anteriores, debe entenderse, dentro de las coordenadas que hemos establecido, que este primer nivel corresponde al momento físico-químico, material o corporal de la enfermedad, sin alcanzar todavía niveles sensoriales ni sentimentales, pero con posible expresividad objetivable en forma de datos clínicos, analíticos o instrumentales. Un ejemplo, al menos, terminará por aclarar el concepto: un sujeto porta un hepatoma, o un enfisema o una atrofia gástrica, o una estenosis mitral, o una hiperglucemia, etc., y durante más o menos tiempo puede estar asintomático, aunque cada uno de estos disturbios somáticos

es susceptible de ser objetivado a través de signos clínicos, analíticos o instrumentales. Pues bien: cada una de estas alteraciones, morfológicas o bioquímicas, que han servido de ejemplo, constituyen en sentido estricto lo que denominamos primer nivel de la enfermedad, es decir, el porte de una alteración o lesión somática, al margen de su potencial y posterior evolución sintomática.

- b. Un segundo nivel que podemos denominar *sentimental*. Con el tiempo, más o menos largo, según circunstancia de la enfermedad, el desorden estructural y dinámico de la materia que corresponde al nivel anterior, adquiere resonancia sensorial y sentimental y el hombre se siente enfermo y aparecen síntomas, que con los signos constituyen el cuadro clínico. ¿De qué manera estos síntomas constituyen en el enfermo el sentimiento de enfermedad? y ¿en qué forma pueden ser captados por el médico? Daremos una explicación común para las dos preguntas. La enfermedad se siente de una manera general o inespecífica (sentimiento genérico de enfermedad) y de una manera especial o específica según cada tipo de enfermedad y ambos tipos de sentimientos, genérico y específico, pueden ser captados por el médico mediante la anamnesis.

El sentimiento genérico de enfermedad, el encontrarse enfermo de una manera general e imprecisa, es de por sí un sentimiento vital, que el fino análisis intelectual de Laín ha sido capaz de desglosar en siete vivencias sentimentales que posiblemente le integran y que, a su vez, se verá claro, constituyen siete formas de sentimiento vital. Simplemente enumeradas, son las siguientes: la invalidez, la molestia, la amenaza, la succión por el cuerpo, la soledad, la anomalía y el recurso. Varios –o todos– de estos sentimientos vitales, en distinta proporción, según la enfermedad y el enfermo, vienen a constituir en la propia entraña psíquica del enfermo y en la eventual catalogación del médico, el sentimiento genérico de enfermedad.

Por otra parte, el sujeto portador de la alteración orgánica, padece sentimientos propios y específicos de la alteración de su cuerpo. Son sentimientos, ya se entiende, próximos a la sensación (dolor, hambre, sed, prurito, etc.) más o menos específicos de cada alteración orgánica, que constituyen con los eventuales signos correspondientes, el cuadro clínico de cada enfermedad.

Es obvio explicar que hay veces, las más, que coexisten en el mismo enfermo estos dos tipos de sentimiento de enfermedad, el genérico y el específico, y que otras tan sólo existe uno y otro no y que la prioridad y preponderancia de uno sobre otro depende de rasgos especiales de la enfermedad y del enfermo. Busque el lector en su propia casuística ejemplos para lo que acabamos de decir y los hallará fácilmente.

- c. Y finalmente, un nivel *personal*. El hombre siente la enfermedad, pero también la conoce, en función de su capacidad intelectual y de que el bagaje sentimental de la enfermedad es comprensible, es decir, interpretable por la lógica. La enfermedad es, pues, una realidad sensible y cognoscible. Se enlaza con el sentimiento el intelecto que, por otra parte, ofrece al hombre el conocimiento de la enfermedad como realidad accidental de su existencia. Por ello, el hombre a diferencia del animal, toma siempre ante la enfermedad una actitud inteligentemente operativa y le queda siempre, en distinta medida, un residuo de experiencia vital. De esta manera la

enfermedad es para el hombre una realidad (“el hombre, animal de realidades”) que se siente y se conoce, que le coloca en situación menesterosa y operativa (origen de la Medicina) y que le deja siempre, con provecho o sin él, una secuela de experiencia vital. Pero además la enfermedad trastorna la intimidad del hombre, el substrato elemental de la persona, como bien aclara el pensamiento antropológico de Zubiri: el hombre se hace persona bajo forma de subjetividad íntima y apropiadora. Más sencillamente, el hombre como persona es intimidad capaz de apropiación. Y la enfermedad, como disturbio de la intimidad del hombre, consigue de esta manera categoría personal y el hombre siente y conoce su enfermedad como un evento personal, íntimo y propio. Por supuesto, desde que existe la enfermedad humana, siempre ha sido así, pero no siempre la Medicina ha hecho uso de esta concepción. Es en el último tercio del siglo XIX y primero del XX cuando acontece en la Medicina una progresiva personalización de la enfermedad y se añade a la concepción científico-natural una concepción personalizadora, se humaniza, por decirlo así, la patología científico-natural imperante hasta entonces y que tan provechosamente ha sido para la gloria y el progreso científico de la Medicina.

El médico que atiende al paciente, atiende, sabiéndolo o no, queriéndolo o no, a estos tres niveles de enfermedad, pero puede ser que de la misma manera no los atienda a todos o atienda a unos más que a otros. Por ejemplo, el médico que atiende sólo o principalmente al primer nivel, que hemos denominado orgánico, puede ser considerado como el médico exclusivamente práctico, el que en posesión de una técnica determinada se dedica sólo a la búsqueda directa o indirecta de la alteración estructural: aquí podríamos colocar al puro endoscopista, determinados radiólogos, ecografistas, anatomopatólogos, etc.; el médico que atiende además de al primer nivel, al segundo, cuya expresión es el cuadro clínico, se le puede considerar el médico práctico o el clínico; el que sólo atiende al tercer nivel, al disturbio personal del paciente, podría ser un tipo de médico exclusivamente teórico, próximo unas veces al psicólogo, otras al psicosomatólogo y otras simplemente al director espiritual o al taumaturgo; finalmente, existe el médico que atiende a los tres niveles de enfermedad: al orgánico, con sus conocimientos anatomopatológicos y fisiopatológicos que obligan a la indagación etiológica y patogénica, al sentimental, con el análisis completo de síntomas y signos y al personal, interpretando al paciente como un hombre que ha sido trastornado por la enfermedad en su intimidad psicológica, su cuerpo y su circunstancia social. Este médico que atiende a los tres niveles de enfermedad, por sus conocimientos teóricos, su instrucción práctica y su concepción humanista, es por mentalidad y por oficio, el médico internista.

De la enfermedad

En cuanto a la *enfermedad*, hay argumentos de índole diversa que justifican la plena vigencia de la Medicina Interna. Voy a referirme a uno de esos argumentos que me parece tan evidente como capital y del cual me he ocupado en extenso en otro lugar.

Parece indudable que la nosología actual ha variado con respecto a la clásica y aún con

la que era al uso hace veinticinco años. Es innegable que las enfermedades han modificado su frecuencia, que unas han desaparecido, erradicadas por la causa que sea, y otras han aumentado su incidencia, otras han variado su morfología clínica, otras son interpretadas de distinta manera y nosotaxiadas de modo diferente, otras son auténticamente nuevas, etc.: pero seguramente el cambio más importante en la nosología de nuestra medicina actual consista en ese progresivo y acelerado desbordamiento de la entidad morbosa como tal, que conlleva un desdibujamiento de sus límites y la interrelación y solapamiento de muchas de ellas, cambio más cualitativo que los anteriores, que está transformando el mosaico nosológico en un cuadro difuminado.

Esto que está ocurriendo en la Medicina no es un fenómeno exclusivo de ella, sino que abarca todas las áreas del saber humano. En efecto, este fenómeno, que bien podemos describir como el borramiento actual de los límites en busca de la unidad, atañe a toda ciencia, que después de una necesaria etapa de crecimiento complicado tiende a una visión singular y unitaria. El mejor y más profundo conocimiento de los fenómenos, consecuencia directa del progreso técnico, ha puesto en situación crítica, hasta romperlos, los límites convencionales de tales fenómenos, que fueron inicialmente establecidos en cumplimiento de un natural tákico de la mente humana, creando figuras abstractas para facilitar su conocimiento y su manejo práctico y científico.

En la nosología actual cualquier clínico con perspectiva histórica reconocerá cambios sustanciales, pero el fenómeno más actual de la nosología, derivado del mejor conocimiento de las enfermedades que nos ha proporcionado el progreso tanto de las ciencias básicas como de las técnicas de exploración, es la rotura de los bordes clínicos de muchas enfermedades que habían llegado a nosotros con límites precisamente determinados.

A este fenómeno, "citólisis del tejido nosológico clásico", asistimos hoy con frecuencia en muchos campos de la Medicina Interna. Recuérdese, por ejemplo, la hepatitis aguda viral, enfermedad lógicamente localizada como enfermedad hepática y entendida exclusivamente como tal por el clínico superficial, y sin embargo hoy sabemos que sus fenómenos patológicos y clínicos desbordan el hígado y pueden incluir artritis aguda, panarteritis nodosa, glomerulonefritis extramembranosa, acrodermatitis papular, miopatía, polirradiculoneuritis, pleuritis, pericarditis, anemia hemolítica o aplásica, crioglobulinemia, etc. La anemia, que en el siglo pasado describieron Addison y Biermer como una entidad bien delimitada y perniciosa, la podemos encontrar hoy, además de portando los síntomas sistémicos –digestivos, neurológicos, cardiocirculatorios, etc.–, ya recogidos en las descripciones clásicas, dentro de un marco patológico más amplio, que puede incluir hipotiroidismo, insuficiencia cortico-suprarrenal, lupus eritematoso diseminado, moniliasis, vitíligo, diabetes mellitus, etc. O la artritis reumatoide, enfermedad articular por tradición y por antonomasia, que se nos puede presentar en la clínica acompañada de adeno-esplenomegalia, iridociclitis y escleritis, miositis, neuropatía, meningitis, alveolitis fibrosa difusa, obstrucción de la vía respiratoria inferior, neumonitis, pleuritis, pericarditis, miocar-

diopatía, vasculitis con afección visceral diversa, glomerulonefritis, síndrome de Sjogren, anemia hemolítica, amiloidosis, etc. Y qué decir de otras entidades desbordadas por la amplia patogenicidad de los inmunocomplejos circulantes o de aquellas que se instalan en la trama universal de la autonocividad inmunitaria, o de las que son consecuencia extensa del disturbio enzimático o metabólico, o del proteimorfismo de lo paraneoplásico, lo infeccioso, lo disfuncional, lo psicosomático, etc. De esta amplitud clínica de las enfermedades puede encontrarse una revisión amplia en mi libro “Las manifestaciones satélites de las enfermedades internas” (Masson, 1994).

Parece evidente y además lógico, a la altura de la Medicina en que estamos con su alto nivel de conocimiento científico y práctico, que asistimos paulatinamente al derrumbamiento de los compartimientos nosológicos clásicos y nos acercamos al concepto de enfermedad totalitaria y holística en el marco de la unidad biológica.

¿Significa esto la futura desaparición de las enfermedades como entidades especiales y clasificadas en el manejo práctico del enfermo? Su carácter de anuncio parece innegable, pero es difícil pronosticar sobre su realización, sobre todo cuando tenemos en lontananza la utilización clínica de los ordenadores. Lo que sí parece más claro es que en la escena clínica va perdiendo protagonismo la enfermedad como entidad singular y lo va ganando el enfermo como ente total. Nos vamos acercando científicamente al viejo dicho de que no hay enfermedades, sino enfermos, que nace en la misma concepción sindenhamiana, interpretada por Walshe, de que la enfermedad es un ente abstracto que no produce síntomas; lo que se manifiesta con síntomas es el hombre enfermo. Y el hombre enferma en su totalidad, no sólo en la perspectiva amplia de ente psicobiosociológico, sino también, como vamos descubriendo, en sus estructuras anatomofuncionales, cuyo riguroso análisis científico deja ver su carácter de unidad con capacidad de respuesta total.

No deja de ser curioso que este carácter de unidad biológica del hombre trasladable a su enfermedad esté ya en la teoría humoral hipocrática de la enfermedad, incluso años antes en el concepto de naturaleza, de *physis*, de Alcmeón de Crotona, y después haya sido buscada con ahínco por muchos internistas y biólogos médicos: Claudio Bernard postuló la unidad fisiológica o funcional que después recogieron Pi y Suñer, Sherrington, Cannon y otros; Van Muller buscó la integración biológica en el metabolismo; Epinger, en el sistema neurovegetativo; Selye, en la endocrinología; Kendrew en la biología molecular; MacFarlane Burnett, en la inmunología; Masón, en la neuroendocrinología; Rof Carballo, en el engarce psicosomático, etcétera.

Y, sin embargo, en los intersticios de esta trama histórica que buscaba una explicación a la unidad biológica del hombre, tanto en la salud como en la enfermedad, se ha desarrollado, paradójicamente, la ceremonia de la dispersión. Desde hace años, pero más en los últimos veinticinco, asistimos a la fragmentación en el conocimiento científico del hombre enfermo, y sobre todo en su manejo clínico. Esto, que es consecuencia

directa del alto rendimiento de técnicas concretas o puntuales, nos ha entregado en la clínica un hombre enfermo como un conglomerado de partes trastornadas, susceptibles de repararse parcial e independientemente, y con escasa importancia como organismo unitario e integrado. Esta fragmentación científica y práctica de la Medicina actual, lejos de ser un progreso, como puede parecer, es impropia del nivel de conocimientos básicos y clínicos actuales y supone una importante rémora en la interpretación unitaria y central de la Medicina. La Medicina, como ciencia, como todas las ciencias, después de una creciente dispersión más metodológica que real, tiende a una visión unitaria y central. Como decía Einstein, “la razón y el objeto de la ciencia consisten en acumular y coordinar nuestros conocimientos dispersos y reducirlos a un sistema unitario y lógico”, y en consecuencia podemos deducir que si esto no es así y se persiste en la complicación dispersa, no se llega a ciencia y se queda sólo en método y su aplicación no será científica, sino simplemente metodológica.

La aplicación científica de la Medicina pasa necesariamente por una concepción unitaria e integrada del hombre enfermo, y si tal concepción no existe, todo se queda en la sumación de métodos aplicados al diagnóstico y la terapéutica. Qué duda cabe que muchos de estos métodos son útiles y necesarios y representan el progreso técnico de nuestra Medicina, pero deben funcionar integrados en esa concepción unitaria del hombre enfermo y totalitaria de la enfermedad.

Esta situación de la nosología actual, que cada vez es más frecuente en la clínica, exige más que nunca un tipo especial de médico. Un médico que debe poseer como primera condición operativa la de conocer en extenso y en la suficiente profundidad toda la patología médica, porque de la asistencia a una enfermedad concreta puede verse involucrado en otros procesos convencionalmente distintos o asociados, los cuales debe ser capaz de reconocer y asistir con la ayuda ocasional, técnica y especializada, del médico especialista. Esto parece más racional que la práctica que se ha impuesto en los últimos años: cada especialista se ocupa de la parcela morbosa que presenta el enfermo de acuerdo con su especialidad, con lo cual puede ocurrir, por ejemplo, que un desafortunado enfermo diabético sea atendido por once o doce especialistas, o un paciente con hepatitis aguda viral por siete u ocho, o un enfermo con endocarditis infecciosa en el que se den mal las cosas por seis o siete, o uno con artritis reumatoide que tenga todo lo que esta enfermedad puede tener sea atendido por todos los especialistas existentes y así múltiples ejemplos, con lo cual además de la desolación que tal proceder produce en el ánimo del enfermo como persona, conlleva, directa o indirectamente, un alto gasto de asistencia y puede colocar al enfermo en situación semejante a la de la oveja cuando en torno a ella se reúnen los rabadanes.

Parece más racional, menos caro y seguramente menos peligroso, que el paciente con pluripatología sea atendido por el médico que conozca, en la medida pertinente, toda la patología, es decir, el internista generalista o en su caso por el médico que con formación y oficio de internista esté especialmente instruido y entrenado en un tipo de

patología, es decir, el internista especialista, que puede recurrir al especialista en sentido estricto (subespecialista de la Medicina) para realizar una atención diagnóstica y/o terapéutica de mayor cualificación.

Pero estas cuestiones entran ya en la última categoría de argumentos que, como dijimos al principio, son capaces de defender la vigencia de la Medicina Interna, los asistenciales.

De la asistencia

En cuanto a la problemática *asistencial* de Medicina Interna, vértice real de lo que venimos diciendo, me voy a referir especialmente a la hospitalaria de más alto nivel, pero dejando establecido de pasada, que tanto en el nivel primario como en el secundario existe el consenso entre expertos objetivos de la asistencia, de que ésta debe ser impartida por internistas generalistas e internistas subespecialistas.

De una manera progresiva hasta llegar a la situación actual, en todos los hospitales de nuestro país, predomina el criterio de distribución de enfermos en el área de hospitalización según el síndrome predominante, con lo cual se ha creado una problemática que afecta tanto a las áreas de especialidad como a la de Medicina Interna.

En función de esta distribución de pacientes, no suficientemente discriminada, las áreas de especialidad admiten una gran cantidad de enfermos que muchas veces expande su capacidad hasta lo inoperante. Estos pacientes pueden ser de dos tipos: unos que requieren una atención continuada y altamente cualificada en algún campo especial de la patología y otros que presentan una patología predominante de órgano, aparato y sistema pero sin necesidad de atención especial y elevada cualificación y ambos tipos de enfermos con o sin pluripatología. Esta expansión del área de especialidad, conlleva una constricción del área de Medicina Interna que termina nutriéndose de pacientes de difícil filiación inicial, pacientes terminales o semiterminales, enfermos gerontológicos, pacientes con enfermedades sistemáticas no filiadas o no cualificadas o pacientes que no caben por incapacidad física en el área de especialidad o de pacientes con patología de una especialidad aún no desarrollada en el hospital, etc. Esta situación tiene unas consecuencias calamitosas para la Medicina Interna, que se encuentra mendigante, reducida a la patología residual, con pérdida de muchas áreas de la patología que le son propias. Y también la situación es difícil para el internista que pierde niveles de adiestramiento e información, rentabilidad laboral y también ilusión en el trabajo y prestigio profesional. Todo lo cual coloca a la Medicina Interna y al internista en difícil trance al borde de su liquidación.

Pero esta situación menesterosa de la Medicina Interna, surgida razonablemente por el auge de las especialidades pero también, en importante medida y no tan razonablemente, por las ansias de espacio, función e independencia de los especialistas, no se ha seguido del beneficio inversamente proporcional que cabría esperar, en el área de

especialidades. Y ello ha sido así por una razón principal: porque las áreas de especialidades se encuentran saturadas por un tipo de enfermo cuyo encuadramiento en tales áreas es más que dudoso, es decir, un tipo de enfermo con patología predominante de un aparato o sistema, que dirigió su distribución, pero con patología común, sin especiales compromisos diagnósticos o terapéuticos, sin necesidades de seguimiento especializado, pero con frecuente pluripatología asociada y que no necesita, por tanto, de la atención del especialista altamente cualificado. Este tipo de enfermo, cuyo “retrato robot” he esquematizado y que, hoy por hoy, es el más frecuente en los servicios de especialidad de nuestros hospitales, bloquea en importante medida la labor asistencial e investigadora del personal altamente cualificado del *staff*, que se ve obligado a realizar una labor realmente no especializada, en la cual tiene que recabar con frecuencia la colaboración de otros subespecialistas, con lo cual, a fin de cuentas, el rendimiento del especialista es bajo en el Hospital, salvo el de aquel que se dedica a algún sector o técnica concretos dentro de la especialidad. Se da así el absurdo, conceptual y económico, de la ocupación obligada del especialista en lo no especializado.

Parece más lógico que este tipo de enfermo que es *borde line* entre la especialidad y la Medicina Interna y que realmente rara vez precisa la asistencia de un médico verdaderamente especializado y si por el contrario, con frecuencia, de una asistencia más completa y diversa, sea ubicado en el área de Medicina Interna y confiar su atención al equipo de Medicina Interna, integrado por internistas generalistas e internistas especialmente instruidos en áreas concretas de la patología médica y suficientemente entrenados en las técnicas de primer nivel que hoy son habituales en la clínica. Por otra parte, el enfermo de “alta especialidad”, por su complejidad diagnóstica y/o terapéutica, debería ser desviado para su atención cualificada a servicios especialmente dotados en personal y técnicas que, a su vez, servirán de apoyo asistencial a todo el Hospital.

Es decir, se postula aquí para nuestra Medicina Interna, un tipo de asistencia hospitalaria que desde hace algunos años y cada vez con mayor rendimiento, se ha implantado en los Estados Unidos. Como dice Ortiz Vázquez asistimos al “renacimiento americano” de la Medicina Interna y en el país donde más pronto y más lejos había llegado el desarrollo tecnológico y la multiplicación de subespecialidades, la Medicina Interna, como el Ave Fénix, renace de sus cenizas. Han sido los Estados Unidos de América, país con una innegable perspectiva económica de su existencia, los primeros en darse cuenta que una Medicina funcionando principalmente sobre la base de las especialidades es insoportablemente cara, sobre todo en relación con su rendimiento social, y también, cayendo fácilmente en su uso indiscriminado, potencialmente peligrosa, trasladando hacia el futuro una patología iatrogénica que también habrá que pagar. Pero en honor a la verdad, la Medicina de especialidades no sólo ha sido en los Estados Unidos una inquietud economicista, sino que también ha generado una profunda preocupación por la progresiva deshumanización que se ha puesto en marcha en la relación médico-enfermo. En la actualidad, un equipo formado por los más prestigiosos médicos y profesores de Medicina de Estados Unidos, encabezado por el presidente del *Council of General*

Internal Medicine, está realizando una campaña para luchar contra la deshumanización de la Medicina en aquel país, y en la cual se postula, como objetivo prioritario, el protagonismo, en todos los niveles de asistencia, del médico internista, generalista o subespecializado, que por formación, por oficio y por la propia definición de su quehacer, puede mantener con más facilidad unos niveles adecuados de relación humana con el paciente.

Ya hace algunos años, una evaluación hecha en Estados Unidos sobre quién lleva a cabo la asistencia básica a los pacientes de cualquier nivel, incluidos los hospitales de máxima categoría, puso de manifiesto que eran los internistas, generales y subespecializados, los que la realizaban, como consecuencia de que los expertos en salud americanos habían señalado con anterioridad que este tipo de asistencia es más rentable, en términos económicos y humanos, para la sanidad de su país que la basada predominantemente en las especialidades de alta cualificación.

Condenados nosotros a no escarmentar en cabeza ajena, aquí se sigue fomentando, tanto en la asistencia como en la docencia de pregrado, un exceso de especialización que por debajo del oropel que nuestra época ha concedido a la palabra “especialidad”, no deja ver un rendimiento proporcional a su enorme gasto. El tipo de asistencia americana, trasplantada ya a muchos países de su área de influencia, adecuada a las circunstancias de nuestro país, serviría no sólo para que la Medicina Interna, como ha ocurrido en Estados Unidos, recobrara su fundamento, su aplicación y su prestigio, sino también y sobre todo, para que la asistencia hospitalaria resultara más racional y más barata y la formación del médico y la atención al enfermo, más completas.

En resumen, con lo dicho sobre el médico y el enfermo se ha pretendido la defensa de la perdurabilidad (el tiempo) de la Medicina Interna; con lo expuesto sobre la enfermedad y la asistencia, demostrar la vigencia (el espacio) de la Medicina Interna; y con todo, derribar, en alguna medida, el fantasma de la crisis y construir, en toda la medida, la esperanza de que, en beneficio del enfermo y de la asistencia, vuelva en nuestro país a colocarse en su tiempo y en su espacio la Medicina Interna, una forma de la Medicina que, para terminar y utilizando el cañamazo general de esta lección, se caracteriza por ser ejercida por un médico de sólida formación científica, técnica y humanista, que atiende al enfermo como persona y a la enfermedad con un análisis completo según concepción unitaria y total y en el ámbito general de la patología médica.

Lección inaugural de Curso Académico 1984-85
en el Colegio Universitario de Ávila.
Anales de Medicina Interna (Madrid) 1984.

ACTUALIDAD DE LA MEDICINA INTERNA

La aparición de la Medicina Interna como entidad conceptual y operativa es, en gran medida, consecuencia de la existencia previa de un tipo de médico que desde el Renacimiento va desarrollando una estructura intelectual, antropológica y ética hasta constituir el internista, denominado así cuando aparece la Medicina Interna. A mi juicio hay cuatro acontecimientos que jalonan la historia inicial de la Medicina Interna: En 1883 se celebra en Wiesbaden (Alemania) un congreso de Medicina que utiliza por primera vez para estos eventos el término de Medicina Interna. El mismo año A. Strumpell publica "Patología y Terapéutica de las enfermedades internas", un texto pionero, con *The Principles and Practice of Medicine* (1892) de W. Osler, de los tratados de Medicina Interna, en ambos casos textos escritos por un solo autor y que recogen toda la Medicina Interna de su tiempo. La aparición de la revista americana *Archives of Internal Medicine* en 1902, todavía, por fortuna, en vigencia y con prestigio, significa el espaldarazo a esta forma de Medicina. Desde entonces se constituyó en un cuerpo sólido y unitario y bien definido que marcó el sentido de la asistencia, la docencia y la investigación durante la primera mitad del siglo XIX, empezando en los años 50 los primeros síntomas de desintegración, pero es hacia los 60 cuando se acelera el desmembramiento de la Medicina Interna en sus múltiples subespecialidades, cuyo número es virtualmente infinito si se deja rienda suelta al afán atomizador del ser humano. Hasta esos años la Medicina Interna suponía la base de la asistencia médica, apoyada desde su propio seno por saberes y técnicas inicialmente especializados. El progreso técnico de las ciencias básicas propició de inmediato la aparición de métodos útiles para la práctica médica y expandió rápidamente, hasta lo inabarcable, la masa de conocimientos teóricos de la Medicina Interna. Al mismo tiempo el desarrollo exuberante de la técnica facilitó en la industria médica la aparición de técnicas diagnósticas y terapéuticas de alta rentabilidad, pero a la vez de manejo complicado que requerían personal especialmente adiestrado. Lógicamente, esta expansión rápida y voluminosa de conocimientos teóricos y la nueva disponibilidad de métodos y técnicas en todas y cada una de las partes de la Medicina Interna, obligó a muchos internistas originales a abandonar, más o menos, su dedicación general y concretar su saber y su quehacer en una parcela más reducida de la patología médica.

La Medicina Interna supone la atención integral, por tanto, teniendo en cuenta aspectos físicos, psíquicos y sociales, relacionados con la enfermedad, al hombre enfermo mediante el método clínico y el saber científico. El primero es el método por excelencia del internista, para el cual dispone de dos técnicas principales: el interrogatorio (auténtica endoscopia del internista) y la exploración física (el escáner del internista). El saber científico se refiere principalmente, pero no exclusivamente, al saber fisiopatológico, que constituye el tejido intersticial de la Medicina Interna. La atención al hombre enfermo se realiza en el ámbito de toda la práctica médica o en parte de ella. En el primer caso se encuentra el internista generalista y en el segundo, el internista subespecialista. Antes de la formación MIR la constitución de las especialidades se hizo, desde el seno de la Medicina Interna, de dos formas diferentes: una obedece principalmente a la reducción y concreción

del saber y quehacer médicos en una parte anatomofuncional de la patología médica, con incorporación en manos de algún miembro del equipo especialmente entrenado, de alguna técnica especial. Concretar la actividad y utilizar técnicas son las coordenadas básicas de este modelo de especialidad, pero le faltan la capacidad cualificada para dedicarse a casos especiales de la patología, y se queda, por razones derivadas del centro donde funciona o por la insuficiente preparación de sus integrantes, dedicado a la atención de pacientes ubicados en un área, solo porque su clínica se identifica en principio con la denominación de la especialidad, pero que no demandan medidas diagnósticas y terapéuticas de elevada cualificación. Los servicios de especialidad derivados de este simple modelo, que fueron los primeros en aparecer y multiplicarse en nuestra Medicina en los años 60, sin ninguna programación sanitaria racionalmente establecida y que han sido los principales responsables del expolio asistencial de la Medicina Interna, deben ser considerados más “parcialistas” que especialistas, pues su razón está más en la reducción cuantitativa que en la función cualitativa y es posible admitir que su contribución a la mejor asistencia médica y al progreso de la Medicina es, en el mejor de los casos, dudosa. La otra forma de especialidad se constituye con criterios más racionales y menos personales, especialmente dirigidos a la mejor calidad de la asistencia y a la investigación. En las mismas coordenadas que el modelo anterior, se dedica una parte concreta de la patología médica, pero lo hace a unos niveles a los que no llega convencionalmente la Medicina Interna, prolongando cualitativamente su función, para lo cual dispone de personal suficientemente instruido y entrenado tanto en Medicina Interna como en la materia concreta de la especialidad, y se ocupa, en su área propia, de casos seleccionados de alta cualificación, y en el área de Medicina Interna apoya, en términos de consulta y de aplicación técnica, la atención a determinados enfermos.

Con el tiempo, en el espacio acotado entre el internista y el especialista, se ha ido presentando más claramente un espectro de médicos que a pesar de su carga teórica corresponde a una realidad en la práctica: a) el internista generalista cuyo campo de estudio y de acción es toda la patología médica y es, por antonomasia e historia, el médico internista, el especialista en Medicina Interna. b) el internista subespecialista que se decida principal o preferentemente a una parte de la patología médica pero manteniendo la actividad generalista y la mentalidad internista. Una variedad de este subtipo puede ser el internista generalista que añade una formación especial en los procesos más prevalentes de la clínica, adquiriendo una competencia semejante a la del subespecialista en determinados procesos; c) el subespecialista con rasgos de Medicina Interna, aquel que se dedica solo y exclusivamente a una parte de la patología médica, pero tiene formación y mentalidad internistas; d) el subespecialista sin rasgos de Medicina Interna es como el anterior pero no ha adquirido, o perdido o abandonado la formación y la mentalidad internistas. Constituye el clásicamente conocido como especialista estricto, fuera ya del ámbito de la Medicina Interna.

Este espectro de médicos que realmente existe en la práctica, al margen de su definición por el Consejo Nacional de Especialidades, ha creado problemas de identificación y efica-

cia que después comentaremos, pero me voy a referir ahora a un viejo problema que empezamos a sentir los internistas con la aparición de las subespecialidades médicas y que se ha ido agravando progresivamente. Tal problema se enmarca en la disyuntiva extensión-profundidad de conocimientos y habilidades. El internista se caracteriza por un predominio de la extensión en detrimento de la profundidad, mientras que en el caso del especialista es al revés. Esto viene expresado en una frase coloquialmente frecuente en el ámbito médico y que dice: el internista sabe un poco de todo y el especialista todo de un poco, sentencia que no satisface del todo ni al uno ni al otro. Esta distinción esquemática ha adquirido categoría de tópico pero es necesario establecer algunos matices: La supuesta menor profundidad del internista en relación con la del especialista, probablemente sea cierta y sobre todo en los que se refiere a habilidades (es imposible abarcarlas todas en profundidad) pero no lo es del todo en lo que se refiere al saber, que en el internista es fundamentalmente fisiopatológico y aplicado a todo el organismo, como unidad biológica y, por tanto, obligatoria y totalmente profundo. En cuanto al rasgo positivo del internista, la mayor extensión de conocimientos y habilidades, no es puramente cuantitativa sino que está cualificada por el sentido integrador, sintetizador y unificador que caracteriza su quehacer.

Pero en cualquier caso hay algo que los internistas debemos reconocer: nuestra baja competitividad en el manejo de enfermedades médicas en relación con el especialista correspondiente. Esta cuestión puede ser explicada y discutida, pero se reconoce, abierta o tácitamente, tanto en el ámbito de los médicos como en el de los pacientes. Entre los médicos es relativamente frecuente enviar pacientes con determinados procesos al especialista correspondiente, poniendo en éste más confianza que en el internista, y algo parecido infunde las peticiones de interconsultas en el hospital. Y no digamos entre los pacientes, adoradores del especialista en cualquier ámbito de la vida, y por supuesto en la Medicina, esgrimiendo con frecuencia un conocimiento confuso, a veces peregrino, de lo que es la Medicina Interna y el internista.

Y también el ánimo del internista adolece en esta confrontación con el especialista. El trabajo excesivo, cuando no la imposibilidad de adquirir y asimilar en profundidad todos los conocimientos que constantemente se generan en la patología médica y su incapacidad física de poseer una experiencia operativa en todos los campos clínicos que abarca esta diversa patología, crean en el internista estados de ánimo, de tensión, angustia y cierto grado de desafío consigo mismo y un mayor o menor grado de erosión de los sentimientos de autosatisfacción y autoestima, que en algunas encuestas se manifiestan más bajos en el internista que en cada uno de los subespecialistas de la Medicina Interna.

Sin embargo, en la Medicina hospitalaria, cuando se han utilizado métodos modernos de análisis con sistemas de registro informatizado se ha comprobado la rentabilidad de los servicios de Medicina Interna que atienden al mayor número de pacientes en el Departamento de Medicina y, en general, con unos índices de calidad semejantes o mejores que los de las subespecialidades.

Los pacientes con patología médica que ingresan en el hospital y su posible distribución son los siguientes:

- a.** Pacientes críticos que derivan a unidades especiales de cuidados críticos.
- b.** Pacientes agudizados con procesos ya diagnosticados que van a o deben ir a unidades de corta estancia.
- c.** Pacientes con procesos agudos *de novo* que según los casos son dirigidos a unidades de corta estancia o a servicios de especialidad o de Medicina Interna.
- d.** Pacientes no agudos que ingresan en Medicina Interna o en la subespecialidad más próxima a su cuadro clínico.

Estos pacientes agudos o no agudos que ingresan indistintamente en Medicina Interna y especialidades son fundamentalmente de tres tipos:

- 1.** Pacientes con claros requerimientos de atención especializada, es decir, con patología especial bien definida, de una parte de la patología médica que demanda el manejo de un equipo especializado. Estos pacientes son dirigidos a la subespecialidad correspondiente.
- 2.** Pacientes comunes, sin requerimientos de atención especializada, es decir, con enfermedad de una parte de la patología médica, pero enfermedad de manifestación común o habitual que no requiere necesariamente la atención del especialista. Estos pacientes son distribuidos unas veces aleatoriamente, otras con criterios variables e imprecisos a la subespecialidad correspondiente o a Medicina Interna.
- 3.** Finalmente, una masa heterogénea de pacientes inclasificables, crónicos, seniles, terminales, con abundante pluripatología que se vierten monótonamente en el servicio de Medicina Interna.

El segundo tipo de pacientes, aquellos con patología manifiesta de un órgano o sistema, de expresión común, sin especiales compromisos diagnósticos y terapéuticos y con frecuente pluripatología asociada o derivada, es el tipo más frecuente que ingresa en el hospital. Y como queda dicho, unas veces se deriva, según las manifestaciones clínicas más aparentes, a la especialidad y otras a Medicina Interna. Pero este tipo de pacientes debería ingresarse preferentemente en Medicina Interna, mientras que el paciente con condiciones o circunstancias especiales en su patología y que necesita atención diagnóstica y/o terapéutica especializada debería ir al área de especialización correspondiente.

Pero si ésta más o menos aleatoria distribución de pacientes puede resultar beneficiosa para la dinámica y el gasto hospitalario, insisto que no lo es para los que deben ser la Medicina y las subespecialidades. Sería interesante establecer unos criterios consensuados entre Medicina Interna y las distintas subespecializadas en todas y cada una (al menos en las de mayor prevalencia) de las enfermedades de la patología médica, para racionalizar su distribución. Esto, sin duda, elevaría la pertinencia de la actividad

clínica, potenciaría las verdaderas funciones de la subespecialidad y evitaría o disminuiría la pérdida de pacientes en Medicina Interna. En consecuencia, esta mayor entrada de pacientes en Medicina Interna podría compensarse con el traslado de pacientes reagudizados y determinados agudos a unidades de corta estancia.

Por otra parte, en el sentido de lo anterior, sería necesario elevar la competitividad del internista en relación con la del subespecialista en los procesos más frecuentes en la práctica médica, profundizando en su conocimiento científico y adquiriendo habilidades en algunas técnicas clínicas: ecografía, endoscopias, pruebas funcionales, tomas biópsicas, etc. El internista podría seguir siendo generalista pero con semejante competencia clínica, en determinadas enfermedades de presentación común, que el subespecialista correspondiente.

Probablemente, las consideraciones anteriores tengan una validez transitoria y pierdan interés en un futuro no muy lejano. La Medicina cambia como cambia la sociedad inducida por factores sociales, políticos, económicos, culturales, etc. Alguno de estos cambios son predecibles y otros, incluso, ya se han iniciado. Recuérdense los producidos por el envejecimiento de la población, la tecnología médica, la cibermedicina, la política de gestión, la potenciación de la Medicina Primaria, etc., pero me voy a referir aquí a tres tipos de circunstancias que van a generar importantes cambios en el fundamento y la práctica de la Medicina.

- a. La prevalencia de algunas, quizá muchas enfermedades, es previsible que descienda notablemente como consecuencia de programas eficaces de prevención, tratamientos altamente resolutivos, manipulaciones genéticas, etc., y esto reducirá necesariamente el contenido de algunas subespecialidades, que a pesar del aporte, nunca compensatorio, de eventuales enfermedades emergentes y reemergentes, verán comprometida su viabilidad.
- b. Nuestro conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades es cada vez más profundo. Estamos llegando al conocimiento de mecanismos etiopatogénicos más esenciales, más elementales, más primarios. Recuérdese al respecto, lo que al conocimiento y al manejo de muchas enfermedades han introducido o están introduciendo la inmunología, la enzimología, la biología molecular, la ingeniería genética, la transmisión química, la manipulación de receptores y otras muchas adquisiciones de la ciencia médica que van a hacer que se desborde la ordenación nosológica clásica de las enfermedades y que su organización basada en órganos y sistemas quede sobrepasada. Es posible que ello conduzca a la creación de nuevas áreas de Medicina, constituidas a nivel más elemental y básico que el de las actuales especialidades órgano basadas. Estas nuevas áreas alojarán problemas comunes a varias de las subespecialidades tradicionales y el subespecialista concreto de corte actual verá comprometida su existencia como tal y deberá ser reconsiderada su función. En estas posibles áreas supradisciplinares, la función coordinada e integradora del internista se manifiesta tan deseable como adecuada.

- c. El hospital futuro, establecido sobre la actual transferencia del control médico al de la administración-empresa, modificará el criterio de la hospitalización de pacientes impelido por el enorme gasto que genera.

Estos hospitales serán principalmente centros de atención a pacientes agudos y situaciones clínicas que requieran alto grado de tecnología, con áreas o unidades seguramente más polivalentes que específicas. En estos hospitales, los dos tipos de médicos operativamente más importantes serán el técnico y el “hospitalista”. El médico técnico, capacitado en una o varias técnicas diagnósticas o terapéuticas, reducirá su labor a la realización de estas técnicas y el “hospitalista”, médico de formación generalista y de actividad polivalente, será el encargado clínico de todos los pacientes ingresados, agudos y no agudos, con el concurso ocasional del especialista en situaciones concretas. El papel asistencial del “hospitalista”, cuyo antepasado más cercano es el internista generalista, está creciendo significativamente en hospitales europeos y americanos. Pero es imprescindible que este tipo de médico conserve los fundamentos básicos del internista que a mi modo de ver son cuatro:

- a. Elaboración del saber médico, es decir, transformando los conocimientos adquiridos en saber médico, según un proceso intelectual cuyo motor es el procesamiento fisiopatológico. Esta mentalidad fisiopatológica conduce obligatoriamente a
- b. Interpretación holística de la enfermedad, es decir, a la consideración de la enfermedad como evento total en la naturaleza humana, con una realidad más amplia que su magnitud expresiva.
- c. Concepción antropológica del paciente, de su múltiple vertiente humana, como ser mutable en su estado de salud (ser sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal) lo cual constituye el nervio antropológico del humanismo médico.
- d. Compasión con el sentimiento del paciente, es decir, la participación sentimental con el padecimiento del paciente, lo que hemos llamado la “condolencia médica” que infunde la más específica condición de ser médico.

MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL

Dejando aparte el caos conceptual y práctico que supone en nuestros hospitales la admisión de enfermos, es sorprendente que otra operación decisiva en la calidad asistencial de un hospital, como es la distribución de pacientes en las distintas áreas de hospitalización o de consulta, siga realizándose sin criterios bien razonados, arbitrariamente y, en ocasiones, por personal no cualificado. En general, y salvo excepciones, en nuestros hospitales predomina el criterio de distribuir los pacientes según el síndrome (a veces el síntoma) predominante que el enfermo ofrece en el punto de admisión. Según sea la formación del médico, o la intuición del personal administrativo en la interpretación del síndrome predominante de entrada, así será el destino del paciente en el hospital, a veces afortunado pero otras tan equivocado que acarrea problemas médicos, humanos y económicos de extraordinaria magnitud.

Nos interesan aquí las consecuencias de esta incorrecta distribución, tanto en el área de Medicina Interna como en las de sus especialidades derivadas. Si la distribución hospitalaria de pacientes se hace a expensas de síntomas, signos o síndromes predominantes, es lógico esperar que la mayor parte de los pacientes vaya a parar a las áreas de especialidades en detrimento de su destino al servicio de Medicina Interna, como consecuencia de una mala aplicación por parte del distribuidor del precepto casero de que “a males concretos, remedios concretos”. En estas condiciones las áreas de especialidades se saturan de enfermos hasta comprometer su eficacia real.

En términos generales, los pacientes que llegan a estas áreas de especialidad son de dos tipos: uno, el más abundante, presenta patología predominante de órgano, aparato o sistema (la motivadora de su destino) pero sin necesidades especiales de atención cualificada y, frecuentemente, con mayor o menor grado de pluripatología; el otro tipo de enfermo es menos frecuente pero más cualificado, requiere una atención continuada y de alta especialización en algún campo especial de la patología médica y representa el paciente correctamente ubicado en un verdadero servicio de especialidad. Como queda dicho y se comprende, el paciente del primer tipo es el más numeroso en el área de especialidad y lo es tanto que llega a bloquear de modo importante la labor asistencial, y por supuesto la docente e investigadora, del personal altamente cualificado del *staff*, que se ve obligado a realizar una labor realmente no especializada, con un rendimiento asistencial por debajo de su cualificación.

Ante esta saturación de enfermos, numerosos servicios han perdido su auténtico carácter de especialidad y muchos especialistas han pasado a ser simplemente “parcialistas”. Es verdad que cierto número de los llamados especialistas se inician y se mantienen como simples “parcialistas”, entendiendo la especialización más como una cuestión de cantidad que de calidad: son los pseudoespecialistas cuyo rasgo definitorio es la corteidad. Pero muchos auténticos especialistas, de elevada y cualificada formación, cuya misión en la asistencia es la atención a pacientes que requieren métodos y técnicas especiales, se ven sometidos por sobrecarga asistencial a atender a pacientes que sólo

tienen de especiales una dudosa relajación topográfica del síntoma principal con la denominación de la especialidad.

Hace 25-30 años, la aparición de las áreas de especialización en el hospital fue lógica consecuencia del desarrollo y utilidad de las especialidades, pero su rápida y progresiva expansión y prepotencia no obedecieron a criterios rigurosamente definidos sino, en muchas ocasiones, a ansias personales o de grupo, de espacio, función e independencia, llegando a conseguir en no pocas ocasiones sólo servicios de “parcialidad” donde no se atienden pacientes especiales sino una masa continua y voluminosa de enfermos rutinarios, cuya asistencia no deja tiempo ni a la investigación ni a la docencia cualificadas. Posiblemente, algunos de los males médicos, humanos y económicos de la asistencia hospitalaria actual están ligados en gran medida a esta fragmentación de la medicina en tantas partes como vísceras tiene el organismo humano y a la consiguiente y exuberante aparición del “parcialista” médico. Simultáneamente a como se iba produciendo desde el seno de la Medicina Interna la diáspora de los especialistas y la sucesiva aparición de las especialidades, aquélla se iba constriñendo en el hospital hasta quedar reducida a un área de recogida de pacientes geriátricos o terminales o de difícil filiación inicial o crónicos irremediables o que no caben por incapacidad física en el área de especialidad o porque no existe en el hospital la especialidad que le correspondería o porque son portadores de pluripatología no calificable, etc., es decir, un tipo de patología residual no asumible por otras especialidades. Es obvio que esta situación ha acarreado malas consecuencias para la Medicina Interna en el hospital, al verse expoliada de su propio contenido y rellena de una patología de desecho y poco atractiva, con lo cual el internista, cuya formación es costosa y duradera, pierde rentabilidad laboral, rebaja sus niveles de información y adiestramiento y no dispone del material adecuado para la formación de residentes. Con el paso del tiempo pierde prestigio profesional y en alguna medida se erosiona su ilusión por el trabajo.

Esta situación absurda de muchos de nuestros hospitales, generada en última instancia por una indiscriminada distribución de pacientes, ocurrió hace años en los hospitales americanos, coincidiendo también con el exótico desarrollo de las áreas de especialidad. Pronto comprendieron los expertos en salud americanos que una asistencia hospitalaria funcionando principalmente sobre la base de las especialidades era insoportablemente cara sobre todo en relación a su rendimiento social y humano, y como solución inmediata expandieron, como base de la asistencia hospitalaria, el área de Medicina Interna, dotada de internistas generalistas y otros subespecializados en las distintas ramas del área e instruidos en las técnicas diagnósticas y terapéuticas de uso habitual en la práctica médica, manteniendo la mayor parte de las especialidades para una atención médica y técnica de alta cualificación e, incluso, reduciendo algunas a la mera asistencia técnica. En esta reorganización americana, las áreas de especialidad acogen en primera instancia pacientes muy específicos y seleccionados, pero su función asistencial primera es la de apoyo a la Medicina Interna, amén la de cumplir adecuadamente con la investigación y la docencia de posgrado.

En nuestros hospitales seguimos manteniendo por inercia servicios, secciones y unidades de especialidades de rendimiento y cualificación bajos, en detrimento de la Medicina Interna y de las funciones reales de un auténtico servicio de especialidad, encontrándose ambos con pacientes que no les corresponden con exactitud. En nuestro medio, el paciente más habitual que llega al hospital suele presentar patología predominante de un aparato o sistema, pero patología común sin especiales compromisos diagnósticos y terapéuticos, sin necesidad de seguimiento especializado, con frecuente pluripatología asociada o derivada y que no necesita, por tanto, de la atención del especialista altamente cualificado. Este tipo de enfermo es conducido, según veleidades del destino, tanto al área de Medicina Interna como al de la especialidad de su síndrome predominante, aunque generalmente, como consecuencia de la mente demasiado concreta del distribuidor de turno, termina en el área de especialidad que mejor le parece y comienzan así a funcionar los desatinos. Parece más lógico que este tipo de enfermo, convencionalmente tributario tanto de la especialidad como de la Medicina Interna, sea ubicado en esta última y atendido por internistas generalistas y subespecializados con el apoyo médico y técnico de las especialidades correspondientes. Creemos que este modelo de asistencia hospitalaria, que fue el original antes del independentismo de las especialidades y al que han vuelto y están volviendo países más pragmáticos que el nuestro, reduce el número de consultas interespecialidades, simplifica la realización de pruebas y técnicas diagnósticas, unifica e integra criterios terapéuticos, disminuye los días de estancia hospitalaria y, en definitiva, ahorra dinero al hospital, amén de ofrecer al paciente una relación médico-enfermo más personal y menos diversificada. Por otra parte, el enfermo de “alta especialidad” por su complejidad diagnóstica y/o terapéutica debería ser conducido, para la atención cualificada que le corresponde, a servicios especialmente dotados en personas y técnicas, es decir, auténticos servicios de especialidad, que descargados de pacientes “no especiales” podrían dedicarse con plenitud a la asistencia verdaderamente especializada, a la enseñanza del posgrado y a la investigación, al tiempo que la Medicina Interna hospitalaria recobraría sus propias características en beneficio de una asistencia nosológicamente más racional, antropológicamente más humana y socialmente menos cara.

Posiblemente muchas o algunas de las consideraciones anteriores puedan ser aceptables en el momento actual, pero la práctica clínica en el hospital demanda atención a nuevos atributos (eficacia, efectividad, eficiencia, ético-sanitarios) que están conformando en la práctica nuevas actitudes que van desde cambios en los fundamentos y aplicación del saber clínico hasta nuevas formas en la organización de la estructura médica hospitalaria. En el primer caso es pujante la necesidad de trasladar el uso de la intuición y experiencia clínicas a la utilización de la evidencia, rigurosamente contrastada de los problemas clínicos, en busca de algunos beneficios no el menor la disminución del riesgo de error clínico. En cuanto a cambios en la estructuración existencial hospitalaria es manifiesta la tendencia a la transformación de la organización actual en servicios médicos según las tradicionales especialidades, en modelos mas ajustados a las necesidades de los pacientes, consistentes en organización, servicios, especialidades o unidades clínicas, incluso en simbiosis médico-quirúrgica.

Es de esperar que al internista se le reconozca especialmente dotado para ser útil en estos nuevos modelos multidisciplinarios en concordancia con otros subespecialistas, pero ejerciendo una función coordinadora e integradora y vigilante de la calidad humanista de las actuaciones médicas. De tal manera, el internista en el futuro hospital, tendría una aplicación funcional polivalente sin una ubicación especial concreta, transformándose en un médico de hospital, de todo el hospital, en lo que ha empezado a denominarse “medico hospitalista”.

JANO 1988

MEDICINA ACTUAL Y CRISIS NOSOLÓGICA

Les contaba yo a los estudiantes lo que en el devenir del tiempo hasta nuestros días ha pasado con la diabetes mellitus desde que aquel inquieto médico del siglo XVII que se llamó Thomas Willis realizó el acto más importante en toda la investigación de la diabetes, consistente en meter el dedo en la orina de uno de sus pacientes y comprobar que era dulce; historia larga de la diabetes, que, en pocas palabras, consiste en haber pasado de ser una enfermedad metabólica concreta a un conjunto de síndromes de etiopatogenia diversa, cuya expresión clínica se ha ampliado de tal forma que ha llegado a abarcar la totalidad del organismo. Y al hilo de esta expansión de la diabetes mellitus en todos los campos de su conocimiento y de su práctica, les dije que, como profesor de Medicina Interna, me conformaría con que se supieran bien esta enfermedad, porque con ello se habrían visto obligados a estudiar a fondo todas y cada una de las disciplinas que integran el *currículum* de Medicina y, por supuesto, saberse casi toda la patología médica. Y al decirles que la diabetes mellitus es un buen ejemplo, de lo que la Medicina actual está haciendo con muchas de las entidades concretas de antaño, es decir, desbordando sus límites nosológicos convencionales y dándoles una dimensión más amplia y a veces total, un estudiante, el más conspicuo, me declaró que, en efecto, “estamos asistiendo a la última paletada en el entierro de Sydenham”. Repuesto ya del fulgor de la frase, tan sentenciosa como funeraria, la recojo ahora como pretexto para escribir estas líneas, a modo de pespunte provisional sobre una cuestión que bien merecía, sin la urgencia que me exigen, un tratamiento más sosegado.

La Medicina actual –sin pararnos a dilucidar cronológica y conceptualmente lo que debemos entender por actual– asiste como espectadora de su propia obra al cambio progresivo en la naturaleza, frecuencia, distribución y expresión de muchas enfermedades y, sobre todo, al ocaso de la nosología clásica como etapa final de la revolución nosológica que instalara Sydenham durante el siglo XVII en la historia universal de la Medicina.

Thomas Sydenham, sobre la idea de que el material básico de la Medicina lo constituye la sintomatología que se recoge en el enfermo, organiza y clasifica con moldes sintomáticos este material semiológico en entidades morbosas y ofrece al médico el método analógico de reconocer concretamente cada entidad nosológica, aliviándole del empirismo de la clínica anterior. Con el antecedente clasificatorio de Linneo, su contemporáneo Boissier de Sauvages –*juxta sydenhami mentem et botanicorum ordinem*– emprende la hazaña nosotóxica de clasificar las especies morbosas, consiguiendo, entre clases, órdenes y géneros, nada menos que 2400 especies. Ya Sydenham había contribuido a la nosología con sus descripciones de la varicela, disentería, peste, bronconeumonía, sarampión y escarlatina, corea reumática, gota e histeria, y otros, en años sucesivos, la fueron enriqueciendo: en 1718, Strothers describe la fiebre puerperal; en 1735, Werlhoff, la púrpura hemorrágica, y Casal, la pelagra; en 1740, Hoffman, la rubéola; en 1764, Cotugno, la “ciática”; en 1768, Heberden, el *angor pectoris*; en 1793, Bell separa la sífilis de la gonorrea; en 1825, Parry describe el hipertiroidismo; en 1849, Addison, la

anemia perniciosa; en 1895, Garrod, la artritis reumatoide; etc., hasta llegar a la ubérrima nosología actual, infinitamente más larga que cualquier memoria humana.

Desde el inicio de este empeño nosotáxico se pone de manifiesto la irregularidad en la nomenclatura de las enfermedades. Cuando Sauvages emprendió la hercúlea tarea de ordenar en cuadros distintos todas las enfermedades conocidas, se le planteó la necesidad inicial de regularizar su nomenclatura y lo soluciona con reglas que, al menos en su tiempo, merecen ser aprobadas, aunque están lejos de ser óptimas. Desde entonces no han dejado de aparecer intentos de mejorar la nomenclatura médica, relegando unos términos y creando otros nuevos. A partir de la situación del nomenclador médico se ha intentado constantemente la clasificación de las enfermedades, no solo por el natural impulso táxico de la mente humana, sino sobre todo para facilitar el estudio y el manejo clínico de aquellas. Sin embargo, una clasificación perfecta es imposible en Medicina, porque no se puede someterla a leyes excesivamente rigurosas, al punto que los resultados son tan imperfectos que hacen exclamar a Cuvier que la Medicina casi puede pasar sin clasificaciones. Nada tan incierto, según dice Lévi-Strauss, ya que ninguna ciencia puede actualmente considerar que las estructuras que pertenecen a su campo de estudio, se reducen a un ordenamiento cualquiera de partes y añade que cualquier clasificación es superior al caos e incluso una clasificación a nivel de las propiedades sensibles es un paso hacia un orden racional. La clasificación de las enfermedades supone el resultado de una inmensa y diversa cantidad de observaciones para organizar con orden no dependiente de una interpretación sino del orden natural y ello se lleva a cabo según similitudes anatómicas, etiológicas o patogénicas. La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud es una lista de códigos publicada por la OMS, que inicialmente se diseñó como herramienta para describir enfermedades desde una perspectiva de Salud Pública y con una intención principalmente estadística. En el marco de la gestión de la Medicina hospitalaria han aparecido los llamados Grupos De Diagnósticos Relacionados (GDR) que constituyen un sistema de clasificación no ya de enfermedades sino de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística) con el coste de recursos que condiciona su asistencia y se utilizan para comparar la eficiencia de hospitales y servicios.

Pero dejando a parte esta diversidad de clasificaciones en Medicina, parece evidente que la nosología actual –porque la nosología tiene sus etapas por imperativos históricos– ha sido reiteradamente analizada. Es innegable que las enfermedades han modificado su frecuencia, que unas han desaparecido, erradicadas por la causa que sea, y otras han aumentado su incidencia, otras han variado su morfología clínica, otras son interpretadas de distinta manera y nosotaxiadas de modo diferente, otras son auténticamente nuevas, etc.; pero seguramente el cambio más importante en la nosología de nuestra Medicina actual consista en ese progresivo y acelerado desbordamiento de la entidad morbosa como tal, que conlleva un desdibujamiento de sus límites y la interrelación y solapamiento de muchas de ellas, cambio más cualitativo que los anteriores, que está transformando el mosaico nosológico en un cuadro difuminado.

Esto que está ocurriendo en la Medicina no es un fenómeno exclusivo de ella, sino que abarca todas las áreas del saber humano. En efecto, este fenómeno, que bien podemos describir como el borramiento actual de los límites en busca de la unidad, atañe a toda ciencia, que después de una necesaria etapa de crecimiento complicado tiende a una visión singular y unitaria. El mejor y más profundo conocimiento de los fenómenos, consecuencia directa del progreso técnico, ha puesto en situación crítica, hasta romperlos, los límites convencionales de tales fenómenos, que fueron inicialmente establecidos en cumplimiento de un natural tákico de la mente humana, creando figuras abstractas para facilitar su conocimiento y su manejo práctico y científico.

En el orden de los grandes límites, quién se atreve a dudar, por ejemplo, que la Física y la Química, ciencias clásicamente bien delimitadas, tienen tantos puntos de unión a nivel molecular que no sólo han solapado su fundamento radical, sino también, en importante medida, sus mecanismos de investigación y de aplicación práctica; o la Cirugía y la Medicina, conceptual y operativamente tan distintas desde el Renacimiento, se han identificado hoy, a nivel científico y clínico, que casi son la misma disciplina con eventuales y cada vez más reducidas diferencias terapéuticas; o la Psiquiatría y la Medicina, cuando la primera está entrando en el método científico y operativo de la primera; o, como ejemplo más genérico, la morfología y la función, con sus respectivas expresiones escolares, la anatomía y la fisiología, que en tantos puntos o en tantos momentos denuncian claramente su comunidad, y como éstas, otras muchas pruebas que si las analizáramos más pormenorizadamente evidenciarían al máximo su ejemplaridad en la tesis que sostenemos.

Y esto está ocurriendo también, necesariamente, en la nosología clásica y por supuesto en su instrumento más veleidoso, la nosotaxia: estamos asistiendo al progresivo borramiento de los límites convencionales de las entidades morbosas. Primero fue el compromiso nosotákico que creaba la evolución crónica de muchas enfermedades agudas, al punto que tal evolución indefinía en muchos casos el perfil clínico establecido para la forma aguda. Ya el mismo Sydenham sufrió este compromiso al aceptar la dificultad de clasificar nítidamente las enfermedades crónicas. Después fue la evidencia de la frecuente asociación de enfermedades, ya señalada por Boissier de Sauvages como un elemento corrector de su nosotaxia, y a la cual asistimos en nuestro tiempo, por diversos motivos, en todo su esplendor. Más tarde la descripción de las llamadas enfermedades sistémicas, sobre conceptos unitarios patogénicos o fisiopatológicos, desbordó el criterio de enfermedad limitada y concreta que cada una tenía y aparecieron en el marco común con bordes imprecisos y denunciando una importante tasa de comunidad. Y finalmente el fenómeno más actual de la nosología, derivado del mejor conocimiento de las enfermedades que nos ha proporcionado el progreso tanto de las ciencias básicas como de las técnicas de exploración es, como ya he dicho, la rotura de los bordes clínicos de muchas enfermedades que llegaron a nosotros con límites precisamente determinados.

A este fenómeno, consistente en la difuminación o pérdida de los límites difinitorios

clásicos de una enfermedad y que hemos denominado “citólisis del tejido nosológico clásico”, asistimos con progresiva frecuencia en muchas entidades de la Medicina Interna. Recuerde el lector, como la mayoría de las enfermedades de la patología médica, según el mejor conocimiento que de ellas hemos ido acumulando, han añadido síntomas y signos y alteraciones anatomofuncionales al cuadro clínico descrito inicialmente y como se van descubriendo relaciones de diversa índole con otras enfermedades y procesos que antes se consideraban distintos e independientes. Y qué decir de otras entidades desbordadas por la amplia patogenicidad de los inmunocomplejos circulantes o de aquellas que se instalan en la trama universal de la autonocividad inmunitaria, o de las que son consecuencia extensa del disturbio enzimático o metabólico, o del proteiformismo de lo paraneoplásico, lo infeccioso, lo disfuncional, lo psicosomático, etc. Parece evidente y además lógico, a la altura de la Medicina en que estamos con su alto nivel de conocimiento científico y práctico, que asistimos paulatinamente al derrumbamiento de los compartimientos nosológicos clásicos y nos acercamos al concepto de enfermedad totalitaria y holística en el marco de la unidad biológica.

Con el devenir del tiempo se va haciendo más tenue la concepción de las enfermedades como entidades especiales y clasificadas para el manejo práctico del enfermo y van tomando envergadura clasificaciones que atienden más a cuestiones de gestión sanitaria que a las enfermedades como eventos principalmente clínicos. Lo que sí parece más claro es que en la escena clínica va perdiendo protagonismo la enfermedad como entidad singular y lo va ganando el enfermo como ente total. Nos vamos acercando científicamente al viejo dicho de que no hay enfermedades, sino enfermos, que nace en la misma concepción sydenhamiana, interpretada por Walshe, de que la enfermedad es un ente abstracto que no produce síntomas; lo que se manifiesta con síntomas es el hombre enfermo. Y el hombre enferma en su totalidad, no sólo en la perspectiva amplia de ente psicobiosociológico, sino también, como vamos descubriendo, en sus estructuras anatomofuncionales, cuyo riguroso análisis científico deja ver su carácter de unidad con capacidad de respuesta total.

Este carácter de unidad biológica del hombre trasladable a su enfermedad está ya en la teoría humoral hipocrática de la enfermedad, incluso años antes en el concepto de naturaleza, de *physis*, de Alcmeón de Crotona, y después ha sido buscado con ahínco por muchos internistas y biólogos médicos. Seguramente la adquisición que mejor explica la unidad biológica del hombre dentro de su inmensa complejidad, es la que proporciona Claudio Bernard con el concepto de unidad fisiológica o funcional y más concretamente, de medio interno y homeostasis. A partir de la doctrina fisiológica de Claudio Bernard, numerosos médicos y biólogos han intentado basar la unidad biológica del hombre en aspectos muy diversos que, en realidad, son explicaciones parciales de la teoría fisiológica o funcional del fisiólogo francés.

Y sin embargo, en los intersticios de esta trama histórica que buscaba una explicación a la unidad biológica del hombre, tanto en la salud como en la enfermedad, se ha

desarrollado, paradójicamente, la ceremonia de la dispersión. Desde hace años, pero más en los últimos veinticinco, asistimos a la fragmentación en el conocimiento científico del hombre enfermo, y sobre todo en su manejo clínico. Esto, que es consecuencia directa del alto rendimiento de técnicas concretas o puntuales, nos ha entregado en la clínica un hombre enfermo como un conglomerado de partes trastornadas, susceptibles de repararse parcial e independientemente, y con escasa importancia como organismo unitario e integrado. Esta fragmentación científica y práctica de la Medicina actual, lejos de ser un progreso, como puede parecer, es impropia del nivel de conocimientos básicos y clínicos actuales y supone una importante rémora en la interpretación unitaria y central de la Medicina. La Medicina, como ciencia, como todas las ciencias, después de una creciente dispersión más metodológica que real, tiende a una visión unitaria y central. Como decía Einstein, la razón y el objetivo de la ciencia consisten en acumular y coordinar nuestros conocimientos dispersos y reducirlos a un sistema unitario y lógico, y en consecuencia podemos deducir que si esto no es así y se persiste en la complicación dispersa no se llega a ciencia y se queda sólo en método y su aplicación no será científica, sino simplemente metodológica.

La aplicación científica de la Medicina pasa necesariamente por una concepción unitaria e integrada del hombre enfermo, y si tal concepción no existe, todo se queda en la sumación de métodos aplicados al diagnóstico y la terapéutica. Qué duda cabe que muchos de estos métodos son útiles y necesarios y representan el progreso técnico de nuestra Medicina, pero deben funcionar integrados en esa concepción unitaria del hombre enfermo y totalitaria de la enfermedad. Tal concepción exige, ahora más que nunca, un tipo especial de médico.

Un médico que debe poseer como primera condición operativa la de conocer en extenso y en la suficiente profundidad toda la patología médica, porque desde la asistencia a una enfermedad concreta puede verse involucrado en otros procesos convencionalmente distintos o asociados, los cuales debe ser capaz de reconocer y asistir con la ayuda ocasional, técnica y especializada, de otro tipo de médico que después citaremos. Esto parece más racional que la práctica que se ha impuesto en los últimos años: cada especialista se ocupa de la parcela morbosa que presenta el enfermo, con la cual puede ocurrir, por ejemplo, que un desafortunado enfermo diabético sea atendido por once o doce especialistas, lo cual, además de la desolación que produce en el ánimo del enfermo como persona, conlleva directa o indirectamente un alto gasto de asistencia y puede colocar al enfermo en situación semejante a la de la oveja cuando en torno a ella se reúnen los rabadanes.

Desde el centro de este amplio conocimiento de la patología médica, este médico debe procesar todos los datos recogidos en el enfermo e integrarlos de una manera unitaria, salvando las fronteras nosológicas tradicionales, y todo ello en el marco de la suficiente formación psicológica y sociológica para que su atención al paciente obtenga categoría antropológica. Pero además de esta fundamental misión integradora, este médico debe

tomar decisiones y debe estar instalado en una actitud crítica que sanee constantemente la labor de equipo. Se me puede argüir que este tipo de médico no es fácilmente realizable en la práctica, en razón a la doble dificultad que entraña su información y su formación.

Es cierto, como dice Hamburger, que la masa de conocimientos médicos necesaria para el cuidado de los enfermos ha sobrepasado súbitamente toda posibilidad de captación, aprendizaje y recuerdo por parte del más inteligente y laborioso de los médicos, pero no es menos cierto que en esa gran masa no todo es aprovechable, y de lo que se trata, por tanto, es de seleccionar la información, lo cual, de momento, se realiza bajo el criterio del médico, utilizando los índices bibliográficos, un número determinado de revistas médicas, conferencias, congresos y resúmenes bibliográficos ya previamente seleccionados y con el tiempo esta selección se facilitará mediante técnicas informáticas. Yo estoy convencido que esta información seleccionada es utilizada por el médico en su justa medida para la aplicación práctica: una estimación aproximada hecha en nuestro departamento y supongo trasladable a cualquier departamento actual de Medicina Interna de nuestro país pone de manifiesto que menos del 10% de los errores diagnósticos y terapéuticos se debe a insuficiente información médica. En cuanto a la formación intelectual de este médico, que requiere principalmente el desarrollo de las capacidades de síntesis y crítica, necesita como condición primera de unas características personales, culturales y morales, que hemos analizado en otra ocasión, sobre las cuales la influencia de un maestro dotado de semejantes características y la metodología apropiada de un servicio o departamento, pueden conseguir modelar la formación adecuada de este médico.

Un tipo de médico nada hipotético, que existe entre nosotros y que constituye por excelencia el internista generalista. El es la base del equipo de Medicina Interna y de él debe salir, con la instrucción necesaria, el internista especialista, es decir, aquel con mayor dedicación a un área más reducida de la patología y en posesión de las técnicas habituales de este área (según los casos: endoscopia, ecografía, ECG, EEG, exploraciones funcionales, etc.) y que completaría la operatividad del equipo de Medicina Interna. Al lado de este equipo deben funcionar las áreas de especialidad que recogen, de ingreso o de consulta interna, enfermos muy seleccionados que necesitan imprescindiblemente de técnicas altamente cualificadas para su diagnóstico y tratamiento.

Estos tipos de médicos, el internista generalista, el internista especialista y el especialista propiamente dicho, completados en primera instancia por el médico de cabecera o de familia, ocupan el espacio asistencial de nuestra Medicina, con distribución y niveles de competencia asistencial, docente e investigadora que no podemos analizar aquí.

Queden estas líneas, alargamiento retórico de aquella frase del alumno conspicuo, como una piedra más lanzada al estanque de nuestra atención. Hoy que la Medicina, superando en gran medida la dispersión de sus conocimientos e integrándolos en un sistema de interpretación total y unitario, ha alcanzado los niveles de ciencia, no podemos caer en el hecho paradójico de fragmentar su aplicación. No sólo se trataría de una filosófica

dislocación entre ciencia y aplicación, que lesionaría tanto a la ciencia como concepto como a su aplicación como práctica, sino que en el caso especial de la Medicina supondría un error de graves consecuencias para el hombre enfermo, que, aunque no se vea todavía con claridad completa, siempre realiza su enfermedad a nivel histológico, la desarrolla a nivel fisiopatológico, la expresa a nivel clínico, la sufre a nivel psicosomático y la padece a nivel social, de una manera unitaria y total.

Anales de Medicina Interna (Madrid 1986)

LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

La enseñanza de la Medicina facilita el aprendizaje del estudiante para conseguir un cambio de conducta que le permita ser un profesional médico adecuado a lo que la sociedad, actual y futura, necesita. Todas las Facultades de Medicina han concretado su objetivo institucional en la formación de un médico capaz de ejercer sus funciones completas en la Atención Primaria. Además, la Facultad debe proporcionar al estudiante mecanismos intelectuales y actitudes que le permitan la renovación permanente de sus conocimientos y habilidades durante su vida profesional. Finalmente, la atención educativa no debe olvidar la formación de otros profesionales cualificados (investigadores, científicos, docentes, etc.).

El objetivo prioritario de la enseñanza de la Medicina, la formación del médico práctico, supone la adquisición por parte del estudiante de habilidades para la ejecución del quehacer clínico. En esquema, la actividad clínica contiene cinco fases: A) Historia clínica; B) Examen físico; C) Datos complementarios; D) Tratamiento y E) Seguimiento. Estas fases generan el conocimiento del paciente y son sucesivas y retroactivas, es decir, funcionan según el método científico: proceso mediante el cual la experimentación proporciona nuevos conocimientos. Cada una de las fases del esquema anterior supone el experimento mediante el cual el clínico recoge datos, los analiza y extrae su significado, formulando una hipótesis, cuya corroboración o refutación, necesita obligatoriamente una nueva puesta en marcha de las fases del esquema, alimentándose cada una de ellas de las anteriores y posteriores. Este método hipotético-deductivo no es el único para abordar los problemas clínicos, pero los estudios de Elstein y colaboradores sugieren que es el más utilizado por médicos y estudiantes. La dinámica práctica de estas fases clínicas, necesita imprescindiblemente de una adecuada formación teórica enmarcada en un cuadro de cuatro sólidos lados que atiendan respectivamente a aspectos profesionales, sociales, éticos y antropológicos. Hay tres momentos decisivos intercalados entre las fases del esquema, en los que el clínico toma decisiones: entre B y C para establecer planes diagnósticos, entre C y D terapéuticos y entre D y E educacionales (educación del paciente y sus familiares en relación al caso). La ejecución de cada una de las fases clínicas presupone la adquisición de conocimientos teóricos y la disposición de habilidades adquiridas durante el aprendizaje y desarrolladas mediante el entrenamiento. Los momentos decisivos para organizar planes requieren un ejercicio intelectual de alto nivel cuya expresión es el juicio clínico, es decir, la capacidad de tomar decisiones y utilizarlas de la mejor manera. El juicio clínico tiene, al menos, cuatro componentes, dos exclusivamente adquiridos, conocimientos y habilidades, y otros dos con un importante condicionamiento personal, el método y la intuición.

Parece comúnmente admitido que el aprendizaje de la actividad clínica es insuficiente durante el período de licenciatura para conseguir el principal objetivo educacional de la Facultad de Medicina y tal insuficiencia se refiere, sobre todo, a la adquisición de habilidades.

Como principio general, la enseñanza práctica debe buscar un aprendizaje lo más parecido a lo que se realiza en la práctica profesional y esto, que es realizable en determinadas asignaturas, es difícilmente alcanzable, por razones obvias, en la enseñanza de la Patología Médica. No obstante se utilizan estrategias didácticas que se aproximan a ello.

Impera el criterio razonable que la formación clínica debe adquirirse junto al enfermo. William Osler decía que “estudiar la enfermedad sin libros es como salir a navegar sin una carta marina, pero estudiar en los libros sin ver al paciente es como no salir a navegar” y Julio Ortiz Vázquez, cambiando el símil náutico por el taurino, que “a torear se aprende toreando no leyendo tratados de tauromaquia” y en el aprendizaje médico la relación con el enfermo puede ser hospitalaria y/o extrahospitalaria.

En el medio hospitalario un modelo ya clásico, universalmente utilizado, es el *clinical clerkship* que soporta bien la traducción de pasantía clínica, y que el estudiante realiza durante el segundo ciclo de su licenciatura. Según este método, el estudiante se integra en un grupo de trabajo en las salas y consultorios del hospital y bajo la asistencia y control de un médico del *staff* realiza la anamnesis y exploración de los enfermos asignados, ejercita el juicio clínico y ensaya la toma de decisiones. Es sin duda un buen método de cuyos aspectos concretos (duración, rotación, tutoría, monitorización, etc.) se ha ocupado recientemente Carmena. Sin embargo, el aprendizaje clínico en el medio hospitalario no cubre por sí solo los contenidos de la formación práctica del estudiante. Cambios estructurales en la estrategia sanitaria y en la morbilidad, están desviando la atención médica al medio ambulatorio. En países con sistemas sanitarios avanzados, menos de un 5 % de los contactos médico-paciente terminan en hospitalización, lo cual ha obligado a un replanteamiento de objetivos educacionales y en algunos de estos países se ha propiciado la creación de departamentos de Medicina Comunitaria, con estrategias docentes extrahospitalarias que facilitan al estudiante no sólo la atención a la enfermedad en estado naciente, sino también la práctica de otros aspectos que son más relevantes en el medio ambulatorio (preventivos, psicológicos, sociales, morales, etc.).

En ambos medios, hospitalario y extrahospitalario, el aprendizaje práctico con el paciente puede completarse con otros métodos: seminarios, grupos de discusión, sesiones clínicas y clínico-patológicas, revisión de protocolos, modelos simulados con ordenador, medios audiovisuales y el más recientemente utilizado de “pacientes estandarizados”, que permite al estudiante examinar en pocas horas a muchos pacientes con una amplia variedad de problemas médicos.

Parece evidente pues, que con la metódica adecuada, la enseñanza práctica de la Medicina clínica debe realizarse en ambos medios y en relación directa con el paciente. Sin embargo, existen inconvenientes comunes a los dos medios que dificultan su correcta utilización: masificación de estudiantes, limitación de áreas disponibles, escasa varie-

dad de casos clínicos en un tiempo dado, baja dedicación de los médicos por insuficiente vocación o por escasa recompensa académica o económica, pasividad del estudiante, etc. Algunos de estos inconvenientes se exageran en el medio extrahospitalario, que incorpora problemas específicos, dependientes de la comunidad universitaria y de la administración. Derivada de estos inconvenientes y de otros más difícilmente confesables, la enseñanza práctica de la Medicina en nuestras facultades ha sido, por lo menos, insuficiente. Debo decir de pasada, para aligerar el desánimo del estudiante actual, que desde tiempo inmemorial todos hemos recibido una mala enseñanza práctica y a pesar de ello no sólo abunda entre nosotros el buen clínico, sino que la mayoría de los médicos adquieren al poco tiempo de su ejercicio profesional una buena destreza clínica. Sirva también de consuelo a nuestros estudiantes (sin la pretensión que funcione aquí el refrán español de “mal de muchos...”) saber que en casi todos los países del mundo el recién graduado reconoce su insuficiente formación práctica y teme iniciarse en el ejercicio profesional individualizado. Así lo reconocen recientemente estudiantes, internistas y educadores americanos. Sin embargo, estas observaciones no justifican la tranquilidad.

Es evidente que todo está inventado en la docencia práctica de la Medicina y de lo que se trata es de utilizar métodos válidos adecuados a nuestra realidad, prescindiendo de la copia indiscriminada y de los planteamientos utópicos. La pasantía clínica es, sin duda, el mejor método básico y nosotros lo hemos utilizado en alguna etapa de nuestra actividad docente, con resultados diversos. A nuestro juicio, la aplicación de la pasantía clínica durante el segundo ciclo de la licenciatura, presenta, además de los inconvenientes generales antes citados, los siguientes: a) dedicación incompleta del estudiante, no sólo por razones de espacio y tiempo, sino psicológicas al simultanear la pasantía con el aprendizaje teórico sometido siempre a la inquietud del examen consiguiente; b) falta de la suficiente adaptación paralela entre la dotación teórica del estudiante y la oportunidad que le brinda la clínica; c) generalmente, poco bagaje propedéutico del estudiante que obliga durante la pasantía a la instrucción de procesos elementales (historia clínica y exploración física) que debieran estar desarrollados previamente para su correcta utilización durante la pasantía; d) dificultad de estructurar por objetivos, al ser el contenido del aprendizaje extenso, heterogéneo y oportunista y, en consecuencia, también dificultad de evaluación objetiva.

Afortunadamente no hay inconvenientes incorregibles y algunos de los citados desaparecerían trasladando la pasantía clínica a un período, no menor de dos años, posterior a la terminación de los cursos convencionales de la licenciatura. Esta pasantía clínica posterior, intra y extrahospitalaria, debería ser obligatoria para todos los estudiantes que deseen ejercer la medicina y así lo ha reconocido recientemente la Comunidad Europea, consciente de la escasa preparación práctica que en todos sus países ha adquirido el médico recién graduado. y todo el aprendizaje acumulado antes de esta pasantía clínica debe ser una preparación a ella, mediante una enseñanza teórica y práctica.

La enseñanza teórica previa busca, como fin imprescindible, la transmisión del conocimiento de las enfermedades que integran la patología médica para que el estudiante pueda transformarlo en habilidades y competencias médicas. Sin embargo, la enseñanza teórica, cuya base sigue siendo la “lección magistral”, debe trascender su utilidad más allá de la simple transmisión de conocimientos. No debe ser, obviamente, la traducción del libro ni sólo, con ser importante, la oferta del profesor al alumno de sus conocimientos, experiencias o saberes, o la explicación facilitadora de cuestiones complicadas, o la actualización de temas, (todo ello, habitualmente, en relación de autoridad), sino que en una relación de reciprocidad que introduzca la actividad del estudiante, se organice como método que ayude a éste a aprender a estudiar, descubriéndole la necesidad de saber, le enseñe a conocer y utilizar los recursos didácticos disponibles y sea capaz de estimularle la curiosidad y el interés por una ciencia todavía llena de misterios, uniéndose profesor y alumno en una constante y atractiva búsqueda del saber, para con todo ello conseguir el objetivo del aprendizaje que es el cambio de conducta y no sólo la recepción de conocimientos. La formación teórica en medicina clínica es fundamental para un buen ejercicio práctico, entre otras razones, porque “no se ve lo que no se tiene detrás de los ojos”, pero, además, permite la renovación, facilita la crítica y estimula la imaginación y la potencia creadora, funciones útiles para el médico práctico, pero imprescindibles para otros tipos de médicos que también se forman en la Facultad (científicos, investigadores, docentes, etc.). Tengo la impresión, posiblemente herética, que muchas insuficiencias y errores clínicos suceden en la práctica por mala formación teórica, porque si puede ser cierto el aforismo pragmatista de que “sólo se llega a saber bien lo que se hace bien”, no lo es menos y en anterior instancia, que sólo se hace bien lo que se sabe bien. La “lección magistral”, estructurada de la manera que lo han hecho los expertos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Illinois, sigue siendo una pieza fundamental en la enseñanza de la Medicina y la experiencia demuestra que no es probable que sea eliminada, ni que esto sea deseable.

El componente práctico de la enseñanza que precede a la pasantía clínica, debe tener dos grandes objetivos: la formación propedéutica del estudiante y el desarrollo de habilidad en la toma de decisiones. La instrucción propedéutica pretende la adquisición de habilidades clínicas referidas a la realización de la historia clínica, obtención o interpretación de datos físicos en la paciente y derivados de análisis biológicos y técnicas de imagen habituales en la clínica general. Debe realizarse en la clínica, con el apoyo eventual de medios audiovisuales, en pequeños grupos instruidos y monitorizados por un jefe de prácticas y con un programa de objetivos adecuado a cada una de las partes que integran la patología médica, para que al terminar el período de instrucción el estudiante sea capaz de manejar los elementos del diagnóstico clínico y pueda ser evaluado pertinentemente. La obtención de destreza en la toma de decisiones es un proceso intelectualmente complejo, continuo en la vida del médico. Sin embargo, puede facilitarse al estudiante, que ya dispone de conocimientos teóricos y habilidades clínicas, la destreza en la elaboración del juicio clínico y la capacidad de tomar decisiones, imprescindibles para la posterior pasantía clínica. Este aprendizaje debe realizarse

también en pequeños grupos, bajo la dirección de un profesor clínico experto y en forma de seminarios o grupos de discusión, utilizando historias clínicas, problemas previamente diseñados, casos simulados, etc., a ser posible sincrónicamente con el contenido de las lecciones teóricas. La participación activa del estudiante en este tipo de tareas, debe ser ineludible, pues para poder cambiar de actitud o modificar su escala de valores, un educando debe tener la posibilidad de expresar sus opiniones, dar a conocer sus sentimientos y ordenar dialécticamente sus ideas.

Aceptado como válido este planteamiento didáctico, posiblemente sea adaptable a nuestros recursos actuales. Es cierto que los expertos en educación médica han diseñado modelos didácticos que se acercan a la perfección, pero tienen el inconveniente de su difícil puesta en práctica y cuando se han puesto, no han resultado tan eficaces como parecían. Debemos, sin embargo, seguir buscando la perfección, pero sin olvidar ese pequeño tratado de filosofía que dice: "lo mejor es, a veces, enemigo de lo bueno".

Anales de Medicina Interna (Madrid) 1988

LA ENSEÑANZA DEL HUMANISMO MÉDICO

Hay varias maneras de entender el humanismo relacionado con la Medicina y los médicos, resumidas en estas cuatro variedades principales: el humanismo histórico, el culto, el clínico y el científico.

- El *humanismo histórico* o clásico, fue básicamente una corriente de pensamiento iniciada en Occidente durante el Renacimiento, común a muchos médicos de los siglos XV y XVI que sintieron la necesidad de renovar la Medicina de su tiempo mediante la utilización adecuada e inteligente del legado de la antigüedad clásica. De la Grecia y de la Roma antigua extrajeron los médicos inquietos del Renacimiento la savia necesaria para cambiar una Medicina que, por su forma y contenido, no les satisfacía. Este humanismo clásico se ha quedado entre nosotros en un simple interés historiográfico, pero quizás esconda todavía bajo su piel histórica la gran enseñanza de la renovación como necesidad.
- El *humanismo culto* puede entenderse como la actividad, intelectual o artística, que el médico realiza al margen de la Medicina (paramédica, suele llamarse) y en campos que tradicionalmente han sido tenidos por humanistas: las artes, la literatura, la filosofía, el ensayo, la historia, etc. Más que de humanismo en sentido estricto, que significa conocimiento del ser humano y la atención a éste según tal conocimiento, debería hablarse de actividad cultural del médico, y si por costumbre quiere mantenerse el término tradicional de humanismo, mejor sería hablar de humanismo del médico que de humanismo médico, porque la actividad que contiene carece de aplicación médica. Es éste un humanismo que se queda en sí mismo, en la propia satisfacción cultural del médico, sin llegar a penetrar en su actividad clínica y, por tanto, sin trascendencia médica.
- El *humanismo clínico* consiste en la actitud que el médico, desde su condición de tal, tiene con el enfermo, considerando en éste, al lado de su particular patología diagnosticable y tratable, su condición de persona doliente, de hombre en estado de enfermedad. Se trata, en esencia, de la atención que en la clínica tiene el hombre médico con el hombre enfermo sobre la relación humana que entre ellos se establece. Este humanismo reside en la vocación de ser médico, en el impulso humanitario hacia el hombre enfermo, más que en el conocimiento científicamente establecido del ser humano y de su realidad. Es, ya se verá, la versión elemental o simple (“para andar por casa o por la clínica”) del humanismo científico.

Sin embargo, bendito sea este humanismo clínico humanitario, ejercido desde siempre por los buenos médicos, porque sin tener la estructura y el contenido del *humanismo científico* y desde la simple y sincera cordialización del acto médico, protege, en alguna medida, a pacientes y médicos de los rigores de la tecnificación y deshumanización de la Medicina actual.

¿Y en qué consiste lo que venimos llamando *humanismo científico*? Para decirlo simplemente: en el estudio y conocimiento científico de la múltiple vertiente humana del pa-

ciente y su aprovechamiento en la clínica. No se trata como en el humanismo clínico de la simple atención humanitaria del médico al paciente sobre la relación amistosa que nace de la vocación médica, sino del conocimiento del hombre como ente capaz de estar sano, ser enfermable, ser enfermo, sanar y ser mortal, capacidades éstas mediadas, en distintas manera y medida, por la psicología del hombre y la sociedad en que vive, y enmarcado todo en la perspectiva histórica y en las condiciones morales de cada tiempo y espacio. Este conocimiento múltiple del hombre se consigue en el humanismo científico mediante el estudio de las disciplinas que desde hace años y siguiendo el modelo americano, se llaman Humanidades Médicas.

Son éstas principalmente: la Antropología, Psicología y Sociología Médicas, la Historia de la Medicina y la Bioética, disciplinas que deben ser utilizadas, tanto en la docencia como en la investigación, según el proceder científico, si bien adaptado, que infunde la enseñanza y la investigación de otras disciplinas biomédicas del *curriculum* académico. Y estas Humanidades en su condición de médicas, pueden y deben tener su aplicación en la asistencia, bien a través de la información que añaden al conocimiento completo del paciente, bien mediante la acción de consultores y especialistas en Humanidades Médicas incluidos en los comités pertinentes de los grandes hospitales, sobre cuestiones generales y particulares de la práctica médica del hospital y su área de influencia. De tal manera que éste que denominamos humanismo científico consiste, por un lado, en el conocimiento del hombre a través de las Humanidades Médicas, como complemento en el médico de su formación científico-natural y, por otro, en la aplicación de ese conocimiento a la práctica médica. Es decir, junto al estudio y la práctica de las Ciencias Biomédicas, los de las Ciencias Sociomédicas, versión en otros términos de Humanidades Médicas.

Parece obvio que para que la Patología llegue a ser completamente humana y que el saber del médico con respecto a ella, y en consecuencia su actividad diagnóstica y terapéutica, no queden reducidos únicamente a la vertiente física o científico-natural, habrá que completarlos con el conocimiento del hombre como ser mutable en su estado de salud, lo cuál corresponde a la Antropología Médica, y si se quiere conocer como estas condiciones mutables del hombre (estar sano, ser enfermable, ser enfermo, etc.) han sucedido y suceden en distintas épocas y situaciones histórico-sociales, habrá que recurrir a la Antropología Cultural.

Habrà de completarse también con el conocimiento de cómo y de qué manera la estructura y la actividad psicológicas del paciente y las condiciones sociológicas en que está inmerso, son capaces de influir en la génesis, expresión y evolución de su enfermedad, introduciéndose así la necesidad del estudio de la Psicología y la Sociología Médicas. Y debe ser conocido también como la ética es capaz de orientar y conducir la acción del médico, a la vez que entenderla y explicarla, porque la ética es, y no sólo para el médico, un condicionamiento práctico en la norma de conducta del ser humano, al tiempo que una disciplina científica incluida en la filosofía y la ciencia de la conducta, constituyendo la más antigua e importante de las Humanidades Médicas, la Bioética.

Y finalmente, para que la Patología sea plenariamente humana y el médico verdadero humanista, parece necesario completar su formación con el conocimiento histórico de su pasado, porque al menos, como dice Laín, procurará al médico dos ganancias importantes: una intelectual, ayudándole a saber mejor lo que como médico sabe, y otra ética, induciéndole a hacer mejor lo que como médico hace. Esto es en esencia, y no poco, lo que ofrece el estudio de la Historia de la Medicina, ocupando un lugar dentro de las Humanidades Médicas en la tarea común de hacer de la Medicina una actividad plenamente humana.

Todo esto que parece tener un fundamento conceptual aceptable, suscita, al menos, dos preguntas principales. La primera es: ¿tiene el humanismo alguna función que cumplir, en nuestro tiempo actual y podrá tenerla en el futuro? La respuesta debe ser afirmativa y no sólo desde el optimismo y la esperanza, sino apoyada en una razón fundamental: el humanismo no es sólo, por supuesto, una tradición que viene del pasado, sino una actitud intelectual y práctica vigente, capaz de elaborar respuesta, desde sus raíces éticas y culturales, a los nuevos problemas que el proceso histórico genera. En el humanismo fundamental, vertebrando la sociedad y dándole sentido, nos queda la esperanza de una alternativa renovadora al momento histórico que vivimos, y en las Humanidades Médicas, gestoras del humanismo médico científico, puede hallarse respuesta a los problemas actuales de una Medicina que, alejándose del hombre, se aproxima plenamente a la técnica. Y al hilo de esto viene la segunda pregunta: sobrepasando la validez conceptual, ¿son realmente útiles en la práctica las Humanidades Médicas? o más elementalmente ¿resultan útiles las Humanidades Médicas en el *currículum* académico de la formación del médico? La respuesta podría tener un contenido teórico, con seguridad convincente, pero me limitaré a dar la contestación práctica que desde hace años vienen dando las universidades americanas. Según los sucesivos informes del Instituto de Valores Humanos en Medicina, la mayoría de las escuelas de Medicina americanas han incorporado a sus *currícula* la enseñanza de las Humanidades Médicas, mediante cursos, obligatorios y optativos, que ocupan un significativo porcentaje de su actividad docente. Y lo han hecho explícitamente como respuesta a una Medicina cada vez más técnica y más cara. Puede parecer paradójico que el país más y mejor tecnificado de la tierra restaure ahora el humanismo en su Medicina, y lo hace no sólo como tributo ineludible a la tradición humanista de la Universidad, sino y posiblemente sobre todo, porque los expertos en Salud han comprobado que una asistencia realizada con el complemento médico del humanismo termina siendo no sólo más humana sino también más barata.

Otros muchos países desarrollados, conscientes de la realidad actual de la Medicina como ciencia social y sensibles a la tradición humanista esencialmente antropocéntrica, han añadido en la formación de sus médicos el estudio de las Humanidades Médicas, entendiendo que la educación no consiste sólo en la instrucción y entrenamiento en técnicas específicas, sino en la formación completa del médico, abierta al conocimiento del hombre y de su realidad, que condicione su forma de conducta clínica y profesional.

En España, salvo contadas y elogiabiles excepciones, las Humanidades Médicas no han entrado de forma académica y completa a integrar la formación del médico.

De espaldas al progreso, seguimos haciendo una Medicina cada vez más técnica y antropológica, ya casi insoportablemente cara, ajena a lo que en la atención sanitaria es capaz de aportar el humanismo científico y haciendo cada vez más pequeñas la formación del médico y del hombre. No es ajena a este estado de cosas la progresiva pérdida en la Universidad, de la enseñanza de la medicina clínica, hoy reducida a la oferta de conocimientos inventariados, de inmediata aplicación práctica y de escasa elaboración intelectual y, en algunos casos, al aprendizaje práctico. Y sin embargo, aún queda la esperanza de que las cosas cambien, sobre la base de la necesidad objetiva, el ejemplo de otros países y el clamor de voces autorizadas de nuestra Medicina que piden la implantación del verdadero humanismo médico, el humanismo científico, en la enseñanza, la investigación y la asistencia médica.

Legado del pasado y abierto hacia el futuro, el humanismo es además de tradición y esperanza, recurso disponible del presente. Desde la tradición, el humanismo hoy aparece como recurso válido a una Sociedad y a una Medicina que lo necesita, abriendo en ambas una mejor esperanza de futuro.

Anales de Medicina Interna (Madrid) 1991.

UNA ASIGNATURA EN CRISIS

La Patología Médica (PM) (exactamente Patología y Clínica Médicas), la vieja asignatura donde nos hicimos médicos, está en trance inminente de desaparición, ha sido abolida ya de los planes de estudios en muchos departamentos de Medicina y sustituida por un cuerpo frankensténico y sin alma que denominan “Medicina y Cirugía de aparatos y sistemas”. Parece víctima de los cambios introducidos en la enseñanza y la asistencia de la Medicina, buscando en ambas la mayor eficacia, pero realizados con un lamentable olvido, sino desprecio, del concepto y la realidad de la Medicina Interna, versión asistencial de la escolar PM.

La filosofía de la educación médica, consciente de que el aprendizaje es un fin mediado por la enseñanza, ha inclinado su interés por el primero procurando que la segunda, al menos, no sea contraproducente, adaptando a la cuestión el principio hipocrático de “lo primero no perjudicar”. En este sentido se han desarrollado sistemas educacionales en el pregrado de Medicina que potencian el protagonismo del estudiante en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes y, por otra parte, procuran una enseñanza lo más adecuada a la unidad anatomofuncional del paciente. Es decir, sistemas de autoaprendizaje y de formación integrada.

El autoaprendizaje o aprendizaje autodirigido, es decir, la capacidad que el estudiante dispone para organizar su propio trabajo de aprendizaje mediante programación y realización de tareas y selección de lecturas adecuadas, es la parte más sugestiva del llamado método orientado a la solución de problemas (*problem-solving approach*) que supone la mayor aproximación al ideal alcanzable de la educación médica. Además de la dirección del estudiante en su propio proceso de formación que le proporciona un eficaz entrenamiento en la metodología del autoaprendizaje, imprescindible en su futura vida profesional, este sistema educativo obliga al estudiante al análisis y solución de problemas tal como se encuentran en la práctica clínica y le facilita la adquisición de habilidades mediante el “laboratorio de habilidades” (*skills-lab*) y la formación de actitudes.

Más antigua es la propuesta del plan de estudios integrados, consistente en enseñar simultáneamente las materias relacionadas, evitando la desconexión entre las distintas disciplinas y las repeticiones inútiles, cuando no perjudiciales, de la información. Los modelos de integración son diversos, aunque básicamente responden a dos sentidos diferentes: el horizontal (enseñanza conjunta de la estructura y la función o de aspectos médicos y quirúrgicos, de un sistema) y el vertical (enseñanza conjunta de todo lo relativo a un sistema y sus enfermedades, desde los fundamentos estructurales y funcionales hasta los aspectos clínicos, terapéuticos y evolutivos). Un subtipo de esta integración vertical es la denominada “lección compartida”, en la que los diferentes profesores pertinentes abordan sus áreas específicas de conocimiento y experiencia en la clase sobre una enfermedad determinada.

Estos modelos educacionales se presentan como los más eficaces para cambiar la

conducta del estudiante, adaptándole al ejercicio de la profesión y a su formación continuada y cuestionan, por supuesto, el modelo clásico de enseñanza por asignaturas. Al plan de estudios por asignaturas se le han achacado diversos defectos e inconvenientes: predominio de la enseñanza teórica, administrada en la llamada “lección magistral” (también considerada como intrínsecamente mala) sobre el aprendizaje práctico, con escasa o nula relación con los problemas de la práctica médica y ausencia de aspectos educativos relativos a la adquisición de habilidades y actitudes; información parcial con riesgos de repeticiones y omisiones: exceso o defecto en la cuantía de la materia a enseñar en función de los criterios y apetencias del titular de la asignatura que, por otra parte, ejerce de dueño o patrón de ella, sobre la masa ancilar de los estudiantes; inadecuados e impertinentes sistemas de evaluación, etc.

Sin embargo, los nuevos modelos de educación médica, que superan la tradicional enseñanza por asignaturas, no han logrado entre nosotros, ni fuera de nosotros, la suficiente y deseada implantación. El plan orientado a la solución de problemas se ha mostrado difícil de introducir en nuestros planes de estudios por incumplimiento de algunos requisitos básicos, que no suelen darse en nuestras universidades: disposición de muchos y bien entrenados profesores, con pocos y bien seleccionados estudiantes y utilización de importantes recursos materiales. Por otra parte, su aplicación parece insuficiente para aportar un aprendizaje sistemático y completo de todos los problemas y conocimientos clínicos. Algunas universidades han desechado su utilización como fundamento docente, sin renunciar a su aplicación complementaria en seminarios, discusión en pequeños grupos, lecciones clínicas, etc.; otras proyectan su instauración en sus nuevos planes de estudio. La información derivada de las universidades y escuelas de medicina que utilizan desde hace años este sistema educativo (MacMaster, Harvard, Maastrich, Ben Gurion, etc.) parece mostrar su eficacia sobre otros modelos tradicionales. Sin embargo, no se dispone de datos comparativos, científicamente fiables, sobre la calidad de los sistemas, entre otras razones porque son metodológicamente difíciles de establecer.

El método de enseñanza integrada se ofrece más realizable en los planes de estudio y ello propició su paulatina implantación en nuestras facultades de Medicina. Pero ciertamente, no se han obtenido, en general, los resultados completos que eran de esperar, porque el método, junto a sus deseables intenciones, conlleva algunos inconvenientes y dificultades. En primer lugar, es difícil de organizar y de mantener eficazmente a través del pregrado e incluso durante el curso escolar, ocupando mucho tiempo y dedicación a los profesores encargados de su organización y seguimiento. Por otra parte, el estudiante con frecuencia se encuentra confundido ante el desfile de demasiados profesores con estilo, preparación y doctrina diferentes, lo cual dificulta un aprendizaje unitario y coherente (el método puede integrar la enseñanza y desintegrar el aprendizaje) y, por supuesto, le priva de la ganancia polifacética de un posible maestro. Finalmente, no es raro que la integración interdisciplinaria adolezca del necesario impulso estimulante que conlleva la responsabilidad docente, al hallarse esta repartida entre numero-

sos profesores y varios departamentos. El modelo más puntual de la enseñanza integrada, la “lección compartida”, cuando se ha aplicado, ha concluido en un caos para el estudiante y también para los profesores implicados.

Todo ello ha conducido en la práctica a un paulatino abandono de la enseñanza integrada y a la vuelta subrepticia del sistema de asignaturas. Concretamente, en el área docente de conocimientos clínicos, la mayor parte de universidades españolas, incluso las que fueron pioneras en la integración han renunciado a este sistema y se pronuncian, en su defecto, por la simple coordinación de asignaturas. No obstante, el proyecto de docencia integrada tiene suficiente entereza conceptual y práctica para no ser abandonado por las dificultades de su realización y sus defectos formales y creemos debe continuarse en busca de una aplicación racionalmente eficaz. En este sentido, el Real Decreto 1417/90 que establece las directrices generales de la formación médica pregraduada, incita a la enseñanza integrada eludiendo el concepto de asignatura, pero en su redacción parece aceptar tácitamente la dificultad entre el deseo y la práctica, cuando al referirse a materias troncales invita a las Universidades a organizarlas en asignaturas completas.

En la mayor parte de los planes de estudio de nuestras Facultades, se ha intentado la integración de la PM con la Patología Quirúrgica, como un residuo del proyecto de integración completa del pregrado, sin que los resultados hayan sido satisfactorios, entre otras razones por que el trabajo de organización y mantenimiento del sistema y su rendimiento docente, no parece corresponder del todo con la realidad común de la PM y la Patología Quirúrgica, debiéndose considerar esta como una adenda ocasional de aquella, si bien con suficiente trayectoria individual en lo que a determinados problemas y procedimientos quirúrgicos se refiere. Estas consideraciones incitan más a la coordinación médico-quirúrgica que a la integración, como está ocurriendo en la mayoría de nuestras universidades.

Pero al margen de estos intentos integradores o coordinadores, la PM ha sufrido en los últimos años una erosión constante en su cuerpo formal y, sobre todo, en su contenido doctrinal. Asistimos, efectivamente, a un desglose docente de la disciplina en los múltiples aparatos que la constituyen, con la aplicación de los respectivos profesores específicos que, en muchos casos pugnan, paradójicamente, por transformar en asignatura su especial actividad docente. Además de los conocidos males achacados al “asignaturismo”, este desmembramiento de la PM parece consecuencia de diversas razones: a) la consideración de que el profesor de Medicina Interna no dispone de conocimientos y experiencia suficientes en un campo pedagógico tan inmenso y diverso como es la PM. La expansión de conocimientos en todas y cada una de las partes que integran la PM, suscita la duda de que un sólo tipo de profesor pueda abarcar su enseñanza completa; b) la organización de la atención médica, sobre todo en el ámbito hospitalario, en servicios de especialidades con autonomía e independencia, junto a servicios de Medicina Interna, cuyos contenidos y funciones, en consecuencia, resultan difíciles de establecer, lo cual ha propiciado una mayor adecuación docente a la especialización

clínica; c) la tendencia a la enseñanza independiente por aparatos y sistemas a la que inducen los textos tradicionales de Medicina Interna organizados de esta manera y desarrollados por diversos autores especializados y que, en general, constituyen el soporte básico de la enseñanza teórica de la PM; d) finalmente, y en aparente consecuencia con todo lo anterior, la aparición y posterior multiplicación de profesores especializados en cada una de las partes de la PM, que además del natural deseo de enseñar su disciplina particular, tienen la obligación de cumplir con su carga docente. Sin embargo estos factores desintegradores de la PM pueden ser discutidos y, en cualquier caso, pierden parte de su fuerza efectiva si se atiende y se respeta el concepto y la realidad de la Medicina Interna.

Debe ser reconocido que la Medicina Interna no es la suma de conocimientos, habilidades y actitudes referidos a cada una de las especialidades que la integran y permiten su aplicación independiente en la clínica, sino una determinada formación médica que posibilita la atención a la enfermedad humana en el marco de la unidad y totalidad fisiopatológica y antropológica del paciente. Cualquier clínico actual con rigor intelectual suficiente, percibe con evidente claridad la progresiva crisis del ontologismo nosológico clásico, que partiendo del impulso sydenhamiano establece entidades nosológicas definidas más como recurso para facilitar su conocimiento y manejo que como realidad biológica. El progreso tanto de las ciencias básicas como de las técnicas de exploración, ha propiciado un mejor conocimiento de las entidades nosológicas, desdibujando sus límites nosográficos, en gran medida convencionalmente establecidos, descubriendo la interrelación y el solapamiento de muchas de ellas que, con frecuencia, desbordan el marco de aparato o sistema en que están incluidas. A estas alturas del conocimiento fisiopatológico y de la concepción humanista del paciente, el clínico consciente es capaz de ver a través del ordenamiento nosológico que el hombre enferma en su totalidad, referida ésta no sólo a la consideración antropológica del paciente, sino a sus estructuras anatomofuncionales, cuyo riguroso análisis científico deja ver su carácter de unidad con capacidad de respuesta total. Esta concepción de la enfermedad como eventualidad holística del hombre, que deriva necesariamente de la unidad biológica del ser humano, es el fundamento de la Medicina Interna que le otorga no sólo sentido en la aplicación práctica sino también autenticidad científica.

La atención médica a la mayoría de las enfermedades que integran la Medicina Interna se enfrenta frecuentemente a la pluripatología del paciente, expresada en síntomas y signos que sobrepasan el límite anatomofuncional establecido de la enfermedad, sobre la base de un extenso y común proceso fisiopatológico. El clínico generalista, con buena y completa formación fisiopatológica, que constituye la base formativa del médico internista, parece el adecuado para la atención básica a estos procesos (prácticamente la mayoría de las enfermedades) con carga más o menos extensa de pluripatología, interviniendo el especialista pertinente ante especiales situaciones diagnósticas, terapéuticas o evolutivas. Por otra parte, hay que convenir que la razón y el objeto de la ciencia consisten en acumular y coordinar nuestros conocimientos dispersos y reducir-

los a un sistema urinario y lógico, y esto es lo que pretende el estudio de la PM: acumular los conocimientos relativos a cada una de las enfermedades médicas e insertarlos integradamente en un sistema noético y práctico urinario.

La enseñanza científica de la Medicina pasa necesariamente por una concepción unitaria e integrada del hombre enfermo y si tal concepción no existe, el estudiante adquiere un aprendizaje fragmentado, de exclusiva utilidad metodológica pero ajeno a la realidad científica e insuficiente para una auténtica ganancia educacional. Este concepto unitario e integrador, verdadero tejido conectivo entre las enfermedades y las especialidades, es el que infunde el sentido docente de la PM y que demanda su persistencia como disciplina. Paradójicamente cuando se pretende una enseñanza integrada de la Medicina en un intento progresista de la educación médica, se está procediendo a la desintegración de la asignatura que mayor oferta de integración horizontal y vertical realiza, en evidente actitud retrógrada del proceso educacional. Tradicionalmente, el profesor de PM integra en la enseñanza de cada enfermedad todos los aspectos médicos relativos a ella (etiológicos, patogénicos, histopatológicos, clínicos, diagnósticos, terapéuticos etc.) y la coloca en el marco pluridimensional de la unidad anatomofuncional y humanista del paciente. Se podrá argumentar que esta tarea numerosa desborda la habilidad docente del profesor de PM, incapaz de disponer de tantos conocimientos y de la experiencia clínica correspondiente. Esto puede ser cierto y lo sería necesariamente, si hubiera que saberlo todo y en todo hubiera que tener abundante experiencia para conseguir la titánica proeza de enseñarlo todo. Pero lo que el profesor de PM debe enseñar es simplemente lo necesario y esto, aparentemente difícil de delimitar, viene definido por dos tipos de condicionantes: uno, los objetivos concretos y específicos establecidos institucionalmente para cada enfermedad y otro, el criterio del profesor de PM que, cuando tiene suficiente experiencia pedagógica y clínica, sabe medir el contenido de la enseñanza adecuadamente a la capacidad del estudiante y en pertinencia con la educación de este y los problemas de salud de la comunidad. En la falta de esta adecuación y pertinencia que perturban y desmesuran la enseñanza de la PM radica parte de los males achacados a la asignatura, que no dependen tanto de su condición de tal como de los errores que en ella introduce el profesor que la imparte. En este sentido, la selección del profesor de PM debería ser más cuidadosa, escogiéndose aquel con formación completa de Medicina Interna y suficiente experiencia clínica y docente, lo cual, tristemente, sólo se consigue con los años. Sin embargo en la actualidad este profesor, antaño catedrático de PM, hogaño inmolado en aras de la reforma, tiene como tal pocas o nulas funciones que cumplir en la enseñanza compartida del departamento. Sus tareas son iguales a los demás operarios docentes del departamento, impartiendo las lecciones que le corresponden en el reparto colectivo, frecuentemente inconexas y, por imposición de los objetivos especiales del departamento, más explicativas que analíticas, cuando no dirigidas a una enseñanza puntual que, cada vez más, demandan los estudiantes con vistas al futuro MIR.

Así están las cosas y si son eficaces, basta; ya lo decía Goethe en una frase apoteósica del utilitarismo: "sólo lo eficaz es verdadero". No obstante, pensamos que debe seguir

siendo el organizador de la enseñanza de la disciplina, programando formalmente la docencia y, sobre todo, imponiendo un sentido internista en su realización. Debe, así mismo, participar activamente con los demás profesores internistas de la asignatura, auxiliados adecuadamente por los especialistas, en el programa de lecciones teóricas y ser capaz, como expresión de su rango docente, de impartir oportunamente la lección magistral (no es el momento de explicar las diferencias entre lección teórica y lección magistral, que el lector posiblemente conoce o, al menos, intuye, y que puede encontrar, más o menos explícitamente, en diversas publicaciones). Es criterio compartido entre expertos en docencia universitaria, que la lección teórica y, si es posible, la magistral, no deben perderse en el proceso educacional del estudiante, conservándolas como medio útil dentro del sistema pedagógico que se realice. En el caso de la PM, si se conserva el modelo de asignatura, como parece razonable, la impartición de estas lecciones constituye la base de la enseñanza teórica, debiendo admitirse en ella los oportunos criterios de integración y/o coordinación, introduciendo a través de los medios docentes (seminarios, lecciones clínicas, discusión en grupos pequeños, audiovisuales, informatizados, etc.) los componentes posibles del sistema basado en la solución de problemas, que estimulan la libertad del estudiante y la adquisición de habilidades y actitudes. De esta manera es posible conseguir una aceptable formación de los futuros médicos y se previene, digámoslo de pasada, la tendencia actual en nuestros estudiantes a una alterada formación pregraduada que está condicionando, sin quererlo, el sistema MIR.

Debemos ser devotos del cambio, ese impulso cosmológico y sabio que trasciende cualquier aspecto de la vida, pero debemos ser cuidadosos con los cambios, expresión manipulada del concepto heraclítico, porque el primero es siempre progresista y los segundos pueden ser erróneamente lo contrario. La búsqueda y aplicación de métodos docentes avanzados, abiertos a la realidad humana del estudiante, dirigidos a una formación básica, intelectualmente activa, pertinentes con los problemas del hombre y de la sociedad y dispuestos al autoaprendizaje, necesario en un oficio como el de la Medicina, sometido a la renovación constante, supone un empeño loable que, alcanzable o no, debemos perseguir. Pero cualquier empeño sometido al tormento de Sísifo, como este, tiene el riesgo no sólo de ser abandonado, sino también, y sobre todo, de quedarse en soluciones intermedias y transitorias, generalmente peores que las de partida del empeño. Aparece así el síndrome de las soluciones a medias que empeoran el problema, de tan amplia distribución entre nosotros.

LA SOCIALIZACIÓN DEL ESTUDIANTE

El concepto inicial de Universidad, que presidió la aparición de las primeras en la baja Edad Media y en el Renacimiento, fue la formación del hombre mediante la adquisición de conocimientos principalmente teóricos y de escasa utilidad práctica. El hombre satisfacía así su natural deseo de saber y la Universidad cumplía una misión platónica. A partir del siglo XVII con la filosofía utilitarista de Francis Bacon, la Universidad incorpora a su original sentido platónico una concepción pragmática, según la cuál su misión primordial se traslada a la formación práctica del hombre mediante el aprendizaje de un oficio y su manera de ejercerlo. El desarrollo de la Universidad hasta el presente, ha conjugado estos dos modelos pedagógicos, con la triple pretensión de contribuir a la formación del hombre como tal, dotarle de conocimientos y habilidades para un oficio concreto y enseñarle a ejercerlo en beneficio del individuo y de la sociedad. En consecuencia, todas las universidades han tenido y tienen impresos en sus objetivos institucionales la formación humana, técnica y profesional de sus discentes, si bien en desigual medida según las universidades y los tiempos.

La enseñanza de la Medicina ha asumido históricamente estos contenidos pedagógicos de la Universidad y los ha desarrollado según tres modelos distintos y sucesivos. Primero fue un modelo renacentista, casi platónico, que buscaba la formación del médico omnisciente mediante la lección enciclopédica del maestro. Su formación era básicamente teórica y sujeta a la memoria y su ejercicio más que en la técnica se basaba en la filantropía. Si los aires del pragmatismo utilitario comienzan a soplar en la Inglaterra del siglo XVII, no es hasta finales del XIX en Alemania y principios del XX en Norteamérica, cuando el anterior modelo clásico de la enseñanza médica sufre una clara transformación hacia un modelo más práctico y profesional. Ahora no es lo teórico lo único o lo básico en la formación del médico, sino la adquisición de habilidades mediante el aprendizaje de técnicas y manejos concretos que le capaciten para el ejercicio profesional en tareas definidas. Este modelo reduce la formación teórica globalizadora en beneficio de la formación práctica y especializada y si en el primero era el aula donde se aprendía de boca del maestro, en este se aprende en el hospital y de mano del clínico, trasladándose la formación del estudiante de la enseñanza teórica al aprendizaje práctico. En la segunda mitad de este siglo, en distintos tiempos según los países y las universidades, se pone en práctica el último modelo de formación médica que responde al concepto actual de Medicina como ciencia social. El médico filantrópico derivado del modelo clásico y el profesional especializado del segundo, por ineficaz el uno y por concreto e individualizado el otro, no resultan suficientemente provechosos a la comunidad social. Se sobrepasa el concepto individual, organicista, del fenómeno sanitario y, en consecuencia, se necesita un médico no sólo involucrado individualmente con el paciente, sino que integrado en el equipo sanitario atienda a una comunidad en la cuál, mediante su intervención sanitaria completa, pueda ser agente de transformación social. El médico se transforma así en un miembro del equipo sanitario que funciona dentro de un sistema de Salud y en el ámbito de la Comunidad. En consecuencia, el objetivo principal de la educación médica se fija en la formación del médico básico de

atención primaria de salud, incorporando a su bagaje clínico la adquisición de conocimientos y destrezas en tareas sanitarias más amplias que incluyan, además de acciones curativas y preventivas, mecanismos de influencia en factores ambientales, sociales y culturales relacionados con el desarrollo de la enfermedad. Este nuevo modelo de médico ha motivado importantes cambios en los planes de estudio de Medicina dirigidos a la formación del médico en un equipo de salud y en el seno de la comunidad y que las Facultades de Medicina van incorporando con distinta prontitud.

En todas las Facultades y Escuelas de Medicina hay algo de estos tres modelos docentes, aunque hay que reconocer que las más avanzadas y conscientes de la realidad social, se van trasladando significativamente del primero al tercero. Y alejadas del modelo clásico, en todas ha predominado y predomina la formación técnica del estudiante, es decir, la dotación de conocimientos y habilidades para el ejercicio práctico de la Medicina, sobre la formación humana y profesional para incluirle con ambos componentes en la sociedad. Esta última parte de la formación del médico es un proceso educativo que, definido o no en el plan de estudios, discurre paralelamente al proceso de preparación técnica y ha sido denominado socialización del estudiante. Este proceso es un continuo durante la licenciatura y se produce mediante la adquisición y desarrollo de conocimientos y valores capaces de generar modelos de conducta que capaciten al individuo su estancia en la sociedad como hombre y como profesional. Desbordada por razones obvias la capacidad de la Facultad de Medicina para ocuparse del componente humano de la socialización, que desde el modelo clásico abarcaba objetivos humanistas, culturales y éticos, su misión en la socialización del estudiante ha quedado limitada al componente profesional.

Aunque la socialización profesional tiene una parte técnica que supone el conocimiento de reglas e instrucción práctica para proceder y comportarse como profesional, su fundamento, al cuál se refiere especialmente el concepto de socialización, consiste en la adquisición de valores y modelos de conducta que capaciten al individuo para cumplir correctamente su profesión, mediante una autoimagen que permita sentimientos de idoneidad personal y satisfacción en el ejercicio de la profesión. Esta adaptación psicosocial y personal del estudiante al ejercicio de la profesión médica, debe incluir valores éticos, sociales, científicos y antropológicos, que en alguna medida están ya impresos en su impulso vocacional y son aportados al proceso de socialización, pero en el transcurso de la licenciatura se van adaptando a la exposición de una gran variedad de mensajes emitidos por todos los agentes implicados en su educación. Por tanto, el estudiante, con la aportación inicial de unos valores, participa en su socialización de una manera activa y no como mero receptor *in albis* de mensajes educativos. Supone esto algo importante en el proceso de socialización profesional: la interacción entre el estudiante y los agentes de su educación, mediante la cuál se desarrollan expectativas de sí mismos y de los demás dentro del contexto médico, generándose respuestas adecuadas a esas expectativas que con el tiempo se desarrollan en modelos de conducta. Los agentes educativos que actúan en interacción con el estudiante en su proceso de socialización, son varios y diversos y generalmente operan de forma no explícita ni convencional,

mediante mensajes emitidos desde la «sombra» del plan de estudios explícito y convencional. Este impulso educacional de los agentes de la socialización, en ausencia de estrategias establecidas, es como una secreción supernumeraria del plan académico de estudios y ha sido denominado por algunos como “plan de estudios oculto”. Emiten mensajes socializadores que el estudiante recoge y elabora, el profesor, los condiscípulos, los pacientes, la Facultad como institución, la Comunidad, etc., pero sin duda el agente más importante debe ser el profesor.

Tradicionalmente la socialización profesional se conseguía (cuando se conseguía que, por cierto, no era siempre) a expensas principal del maestro y por vía de la ejemplaridad, en conjunción, si acaso, con los valores que aportaba el estudiante. Maestro era, en el sentido clásico, aquel especial profesor que en función de su sentido y técnica docentes y de sus especiales condiciones personales, sobrepasaba la obligación administrativa de enseñar para influir en la educación del estudiante. No sólo se distinguía en el fondo y la manera de transmitir conocimientos y desarrollar habilidades, sino que a través de sus condiciones morales e intelectuales, ayudaba a saber, a pensar y a sentir en Medicina, tallando sobre la materia prima del estudiante (no hay buen maestro si no hay buen discípulo) unos valores decisivos en el modelo de conducta del futuro médico. Esta figura del maestro, que tan provechosa fue para los que tuvimos la suerte de tenerla, se ha extinguido aceleradamente. Ya no es deseable en un mundo poco propicio para la ejemplaridad humana y profesional, y ha dejado de ser necesaria y posible en una enseñanza de la Medicina sometida a la presión creciente del contenido y especialización del programa de estudios, excesivamente técnica y polifraccionada, que persigue la formación del médico utilitario que la sociedad demanda y el sistema de salud necesita. Como consecuencia de esto y en alguna medida como causa, se han producido modificaciones en la que es materia prima del maestro, el profesor.

En cualquier plan de estudios de Medicina Clínica, el último extremo de la enseñanza se realiza mediante tres factores que el estudiante utiliza para su aprendizaje: el libro, el profesor y la clínica, que respectivamente facilitan el estudio, el pensamiento y la práctica y con ello, el saber, el saber pensar y el saber hacer. El profesor en medio del libro y de la clínica, debe facilitar intelectualmente la utilización y el provecho del uno y de la otra. Sin embargo, en el desarrollo actual de estos tres componentes docentes, el profesor ha sido el menos beneficiado. Se dispone hoy de libros de texto repletos de lecciones magistrales que devalúan las del aula y la enseñanza práctica se ha desarrollado en las áreas clínicas de los hospitales, perdiendo el profesor universitario gran parte de sus competencias tradicionales. En ello han influido, además del lógico traslado de la enseñanza al aprendizaje, dos importantes circunstancias administrativas: una, la insuficiente valoración, no ya de condiciones ético-intelectuales, lo cual resulta difícil, sino de capacidades pedagógicas y clínicas en la selección del profesorado, y otra, la jubilación anticipada que con desgraciada frecuencia separa profesores de la actividad docente en plena sazón de su magisterio. Posiblemente estemos asistiendo a la liquidación del tradicional profesor universitario de Medicina y es verosímil que en un tiempo

no lejano la formación pregraduada del médico se realice en los hospitales del sistema sanitario y a expensas de dos elementos, el libro y la clínica, y entre ellos el profesor futuro, que puede limitarse a orientar el estudio y a organizar la práctica como tutor de aprendizaje. Lejano este profesor del maestro clásico, deberá sin embargo, mantenerse sensible al proceso de socialización del estudiante, no olvidando que éste es un proceso bidireccional de dependencia mutua y no la simple aportación de un buen ejemplo a seguir pasivamente por el estudiante.

Dentro del plan docente de la Facultad, el profesor procurará revelar el “plan de estudios oculto” y le hará operativo colocando al estudiante en situaciones que experimenten las realidades de la práctica médica en diversos contextos, con el apoyo suficiente no sólo en la técnica y el razonamiento clínicos, sino también en los aspectos constructivos de la socialización que, en conjunción con los valores del estudiante, desarrollen en éste expectativas de sí mismo transformables en modelos de conducta satisfactorios para el ejercicio profesional. Hacerse médico es conseguir la conciencia psicosocial de serlo, lo cual reside no tanto en la capacidad técnica adquirida durante los estudios, como en el desarrollo de una actitud profesional que permita un ejercicio responsable y sensibilizado con las necesidades del paciente y la sociedad y una conciencia individual satisfactoria. La socialización, que es un complemento imprescindible de la formación técnica del estudiante, debería ser mejor atendida en las Facultades de Medicina con diseños educativos adecuados, con profesores sensibles a su importancia y con estrategias coherentes entre todos los agentes de la educación. Nuestras Facultades de Medicina preparan a sus estudiantes, bien que mal, para empezar a ser médicos capacitados técnicamente, pero contribuyen poco a su socialización de la cuál dependerá, en gran medida, la eficacia y la satisfacción de ser médico.

Anales de Medicina Interna (Madrid) 1991

LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE EN SU ENFERMEDAD

Considerada la actividad médica como el conjunto de acciones que el médico realiza en beneficio del paciente, es lógico que se haya producido siempre de manera desproporcionada y descendente: el médico desde su mayor autoridad moral y científica hacía descender hasta el paciente el beneficio de sus decisiones clínicas y éste las recibía ciegamente en trance de sumisión. Con el ineludible principio de beneficencia, el médico era en el proceso de la actividad clínica el único agente activo y el paciente un mero receptor pasivo, en un modelo de relación más próximo al paternalismo que a la mera prestación profesional. A partir de los años setenta, la estructura de esta relación se proporciona y equilibra con la aparición del paciente como coprotagonista, al participar en ella en el momento de las decisiones utilizando una información previamente administrada. Esta participación del paciente en la actividad médica ha supuesto una indudable ganancia en el tejido moral de la relación médico-enfermo, pero no ha satisfecho suficientemente el derecho moral del paciente a la propiedad de su enfermedad ni, por supuesto, ha beneficiado demasiado la actividad médica, aunque se reconoce que ha mejorado por parte del paciente su relación con el médico, su aptitud para afrontar e interpretar su patología y su cumplimiento terapéutico. En pocas palabras, la participación informada del paciente en la toma de decisiones médicas es una ganancia ética pero no técnica, en el ámbito de la actividad clínica. Y sin embargo, el paciente es, al menos en términos antropológicos, el principal propietario de su enfermedad, por lo que parece inexcusable su derecho a conocerla adecuadamente y su derecho y obligación a colaborar en su manejo clínico. La actividad médica, cuya estructura básica es la relación médico-enfermo, empieza a ser eficaz con el principio de congruencia entre los objetivos del médico y los del paciente que, en términos generales, suponen la curación de la enfermedad. Esta congruencia de objetivos debe aprovecharse en la clínica, transformando la actividad médica en una unidad operativa de relación horizontal y no vertical como hasta ahora, en la que el médico y el paciente desarrollen sus correspondientes papeles. El médico sigue siendo el principal agente en el proceso diagnóstico de la enfermedad, pero en determinados controles en su atención terapéutica y seguimiento es posible introducir al paciente como sujeto activo, dotado de una información y adiestramiento adecuados.

La introducción del paciente como sujeto activo en la actividad médica, mediante su participación en el conocimiento y manejo de su enfermedad, acción que denominamos “activación del paciente en su enfermedad” (APE), además de constituir un derecho irrenunciable para el enfermo, facilita y mejora la relación humana e intelectual entre médico y paciente y consigue un mejor control técnico de la enfermedad. La APE se realiza mediante la información al paciente de las cuestiones pertinentes y adecuadas de su enfermedad según un modelo pedagógico sencillo y la instrucción en aspectos prácticos, clínicos, terapéuticos y de seguimiento, susceptibles de ser manejados por él, obteniendo un nivel de educación en su enfermedad suficiente para obtener resultados sanitarios. Los resultados esperados de la APE son médicos y sociales. Los primeros se refieren a una mejor atención médica para derivar en mejor control de la enfer-

medad y calidad de vida del paciente y los segundos a una disminución de las intervenciones médico-sanitarias (consultas, exploraciones, hospitalizaciones, carga terapéutica, etc.) con resultado de un menor coste económico.

Parece evidente que la utilización idónea de la APE es en las enfermedades crónicas, aunque no en todas, por supuesto, ni su aplicación es igual en todas ellas. Las enfermedades susceptibles de APE deben ser seleccionadas según criterios establecidos por expertos médicos y sanitarios en cada enfermedad, teniendo en cuenta principios básicos como: la alta incidencia, la larga evolución, los controles periódicos, los elevados costes médicos, sociales y económicos, el grado de posibilidad, obstáculos y rentabilidad de la participación del paciente, etc., y los mismos expertos deben establecer el modelo de aplicación de APE en cada enfermedad.

Pensamos que en la compleja problemática de la medicina actual, la APE supone una oferta de optimización de la atención sanitaria y de sus costes y, seguramente, es un nuevo camino que debe aprovechar la Medicina. Algunos intentos parciales de APE se han realizado en determinadas enfermedades, pero falta todavía un ensayo serio y evaluable. Un ejemplo aplicable a este proyecto, aunque con sus peculiares características, puede ser la educación diabetológica, cuyos resultados humanos, médicos, sociales y económicos son universalmente reconocidos.

Parece evidente que en la actividad médica, el sistema sanitario ha desarrollado, y en alguna medida agotado, todas las posibilidades del médico en la atención a la enfermedad, ciertamente mejorando su calidad técnica pero haciéndola menos humana y más costosa, lo cual hace pensar que ha llegado el momento de aprovechar las posibilidades que ofrece el paciente, desarrollando su papel activo en la enfermedad. Posiblemente éste sea uno de los pocos mecanismos que nos quedan para que la Medicina, sin perder su calidad técnica, sea más humana y menos cara.

Anales de Medicina Interna (Madrid 1993)

LA ENFERMEDAD HUMANA

Para facilitar su conocimiento y utilización práctica, la enfermedad ha sido estructurada por los hombres que se dedican a ella en un conjunto de apartados (etiología, patogenia, anatomía, patología, fisiopatología, clínica, evolución y pronóstico) que de manera convencional representan las fases de su historia natural referidas, en resumen, a su producción y a su manejo clínico. Sin embargo en lo que a la Medicina humana se refiere, esta estructuración nosológica de la enfermedad puede y debe ser traspasada por una interpretación antropológica que convierta su conocimiento y manejo en específicamente humanos.

A cómo se estructura la enfermedad desde el puro trastorno material a la afectación de la persona que lo padece y como esta estructuración conserva en el hombre un recuerdo filogenético, van encaminadas las páginas siguientes.



Reducida a un esquema elemental, es posible comprender la enfermedad como un proceso dinámico que se inicia por el desorden de una estructura específica e individual de la naturaleza. Tal desorden estructural conlleva en su seno una alteración de la función, obligada por la realidad unitaria estructura-función. A continuación, o desde el inicio del desorden, aparece una reacción de carácter autorreparador adecuada y consecutiva a la acción desordenada. Es decir, desde una óptica elemental, la enfermedad consiste esencialmente en un proceso autorreparador del desorden que aparece en una estructura específica e individual. Que tal autorreparación sea eficaz o no y, si lo es, en las distintas maneras y medidas en que lo puede ser, es ya otra cuestión que pertenece al proceso evolutivo de la enfermedad.

Pero, volviendo a la esencial definición de enfermedad, es claro darse cuenta que, reducida la enfermedad a esas notas esenciales, no se refiere todavía de una manera exclusiva a la enfermedad humana, sino que puede corresponder tanto a la del hombre como a la del animal e incluso a la del vegetal, porque tanto en unos como en otros se dan desórdenes estructurales, con sus correspondientes procesos de autorreparación.

Es, pues, necesario, si queremos estructurar, al menos esquemáticamente, el concepto de enfermedad humana, perseguir la dinámica filogenética del proceso morboso a través de la escala genérica de la naturaleza. Porque, de entrada, parece aceptable que la enfermedad en su ascenso filogenético se va complejando paralelamente a la progresiva complejidad de la estructura y la función, hasta adquirir la enfermedad humana una categoría superior.

Los niveles filogenéticos de vida

En el intento de analizar la enfermedad con una perspectiva antropológica, vamos a utilizar de partida un método analógico que nos permita la visión, aunque somera, de

las formas o niveles de vida en cada una de las escalas estructurales de la naturaleza, si bien partiendo del estadio vegetal y dejando aparte otras estructuras biodes inferiores. Laín Entralgo ha estructurado conceptualmente tres niveles de vida, el vegetal, el animal y el humano, que nos sirven de punto de partida para deducir de ellos tres niveles respectivos de enfermedad. En efecto, considerando la vida, en una primera y elemental instancia, como una unidad estructura-función que sigue un modo ordenado (y eventualmente desordenado) de existencia, es posible entender la enfermedad, reducida a su esquema esencial, como el modo desordenado de la vida, es decir, de la unidad dinámica estructura-función.

En términos fenomenológicos, la vida del vegetal es exclusivamente pasiva o receptiva, es decir, el vegetal se limita a recibir, sin buscarla, la impulsión exógena necesaria para su vida y la reproducción de ésta. El vegetal tiene, pues, una vida puramente aferente, aceptiva dice Laín, que es gobernada exclusivamente, tanto en lo normal como en lo patológico, por reacciones consecutivas a acciones físico-químicas.

El animal, ciñéndonos especialmente al mamífero superior, además de lo anterior, es decir, de una vida aceptiva de fundamento y gobierno físico-químico, posee una vida quisitiva (Laín), dirigida por algunas ganancias del animal respecto al vegetal, especialmente el instinto y el sentimiento (1).

Es obvio que el instinto supone en el animal una adquisición nueva en relación con el vegetal anterior; incluso es lícito pensar, con un sentido meramente estructural, que el instinto significa tan sólo una organización elevada, "animalizada", de la trama biológica, fisicoquímica, del vegetal. Y en el orden funcional debemos entender que el instinto representa como una reacción anticipada a lo que biológicamente va a ocurrir, condicionando tal anticipo, en alguna medida, lo que está ocurriendo, el curso mismo de la acción (Laín), y lo que hoy sabemos es que se realiza mediante complejos mecanismos en *feedback* o retroacción, cuya trama funcional se organiza, en última instancia, sobre acciones y reacciones físico-químicas. La fisiología moderna nos enseña que el análisis pormenorizado de cualquier instinto no descubre en su estructura biológica más elementos que los de índole físico-química, si bien a más alto nivel de organización que en la vida vegetal. Sin embargo, el fundamento físico-químico del instinto no resta a su aparición categoría de novedad filogenética, pues si bien el instinto asume en su estructura modos de la vida vegetal, la diferencia vegetal-animal, inicialmente cuantitativa, se va haciendo en el curso filogenético y ontogénico cualitativamente divergente.

Lo mismo que el instinto, o mejor, en colaboración con él, el sentimiento está ya presente en la vida animal y en gran medida la dirige y modula. El animal, dijimos, tiene una vida quisitiva, de él hacia fuera (busca, persigue, captura), y no sólo aceptiva (de él hacia dentro), como el vegetal, y para ello necesita primero sentirse a sí mismo (autosentiscencia), después sentir al medio en que vive (sentiscencia). Los sentimientos que representan la vida sentimental del animal son, desde el punto de vista antropocéntrico, de

escasa o ninguna categoría personal, muy próximos a la corporalidad, concretamente a la sensación, e integrados prácticamente en el *pool* funcional del instinto. Son, sobre todo, sentimientos sensoriales y también sentimientos vitales, según la clásica gradación fenoménica de Max Scheler.

Para el filósofo alemán de la ética material de los valores, la profundidad del sentimiento va esencialmente unida a cuatro grados muy característicos del mismo, que corresponden a toda la estructura de nuestra experiencia humana y que se jerarquizan principalmente en función de su vinculación al “yo”. Según esto, los *sentimientos sensibles o sensoriales* constituyen el grado más elemental del sentimiento. Son, para decirlo en un rápido inventario de sus notas más distinguibles, sentimientos corporalmente localizados y en estrecha vinculación con la sensación, es decir, no se pueden desvincular en la atención de los contenidos sensoriales que le son inherentes; son también temporalmente localizados, es decir, son, por su esencia, exclusivamente actuales y, por ende, pasajeros y efímeros, aunque repetibles; son, en fin, para decirlo de una manera funcional, sentimientos que sirven a los instintos de supervivencia y reproducción, es decir, de conservación del individuo y de la especie. Recuérdese, a título de ejemplo, los sentimientos vinculados a sensaciones de hambre, de sed, de dolor, de genitalidad sexual, etc.

Los *sentimientos vitales* son también “sentimientos del cuerpo”, pero la simple enumeración de sus principales rasgos fenoménicos deja entrever alguna elevación desde la más estricta corporalidad. Son, por lo pronto, sentimientos que participan del carácter extensivo del cuerpo (bienestar, malestar, cansancio, lozanía, sentimiento de salud o enfermedad, etc.); al contrario que los sensoriales, que son localizados, son, pues, holísticos, a la vez que unitarios. En segundo lugar, si los sentimientos sensoriales informan de una parte del cuerpo, los vitales informan de la vida misma, como realidad sustancial y accidental: sentimiento de vida y su ascenso y descenso, su salud y enfermedad, su malestar y bienestar, su peligro, su porvenir, etc.

En el orden humano, para el que Max Scheler organizó su clasificación, los sentimientos vitales se expresan anteponiendo el pronombre “me” (me siento agotado, me siento enfermo, me siento fuerte, etc.), y este “me” representa al “yo corporal”, la conciencia unitaria de la vida.

En el orden animal más que los sentimientos sensoriales, los vitales integran el “sentirse a sí mismo”, lo que Zubiri denomina autosenescencia, referido a niveles inferiores prehumanos. Finalmente, los sentimientos vitales son capaces de portar un contenido valioso del entorno en que se vive: “sentir el medio”, o sentiscencia de Zubiri. De esto, y de alguna manera, se deriva el hecho de que los sentimientos vitales participan en la función del *con-sentir* y el *re-sentir* y fundamentan ya en alguna medida la conciencia de comunidad.

En suma, la vida quisitiva del animal está dirigida por el instinto (necesidad corporal

que hay que cumplir) y por los sentimientos sensoriales y vitales que constituyen la autosentiscencia y sentiscencia.

El hombre como realidad objetiva es genéricamente un animal, y, por ende, los modos de vida antedichos, vegetal y animal, son asumidos en su vida propia. Pero siendo el hombre distinto al vegetal y al animal, ¿cómo adquiere su categoría de tal? Un intento de respuesta a esta pregunta trascendental nos llevaría a una larga y seguramente deficiente revisión de todo el pensamiento antropológico histórico y actual. Ciñéndonos a nuestro propósito y a la escueta línea que llevamos, digamos simplemente que el hombre adquiere el máximo rango antropológico mediante la ganancia de dos principios fundamentales: uno, todavía de importante soporte orgánico, la inteligencia, y otro supuestamente supraorgánico, el espíritu, de los que derivan, salvando aquí complicadas explicaciones filosóficas, el conocimiento y la personalidad (la conciencia individual del “sí mismo”) y el sentido creador de la existencia. Estos dos principios nuevos enriquecen indefinidamente al hombre, y bien podemos decir, epigramáticamente, que la vida del hombre es una vida “senso-intelectiva”, incluyendo en la fracción “senso” los sentimientos espirituales. Estos sentimientos, los más elevados de la escala schele-riana, son privativos del hombre y están precedidos, por decirlo de alguna manera, de los sentimientos anímicos, también de exclusiva propiedad humana.

Los *sentimientos puramente anímicos* no son estados ni funciones del “yo” como los anteriores, sino que son, de suyo, cualidades del “yo”. Se alejan, elevándose, de la mera corporalidad, si bien la categoría cambiante que tales sentimientos experimentan en función del soporte orgánico del hombre, más concretamente de los sentimientos sensoriales y vitales, no elimina su elevada peculiaridad. Estos sentimientos vienen determinados por una motivación (estoy alegre o triste por algo) y son, por consiguiente, comprensibles.

Por el contrario, los *sentimientos espirituales* son siempre absolutos y no relativos a contenidos extrapersonales ni a la fuerza motivadora de éstos. En efecto, nos podemos “estar desesperados por algo” o “ser felices en algo” en el mismo sentido en que podemos estar alegres o tristes, ser afortunados o desafortunados por algo. Es más, el mismo Max Scheler dice que cuando el algo por lo que estamos felices o desesperados puede indicarse y está dado, es que todavía no estamos felices ni desesperados. Se admite fácilmente que estos sentimientos espirituales traspasan todos los contenidos de la vivencia, están más allá de la motivación y tienen carácter absoluto. En ellos es ya imposible todo carácter de estado. En la beatitud y desesperación auténticas, lo mismo que en la serenidad y en la “paz del alma”, manifiéstase como extinguido todo estado del “yo”; son estos sentimientos espirituales, cualidades inherentes al ser; son, para decirlo brevemente, modos de ser y no modos de estar como los anteriores. Son estos sentimientos notas expresivas de la interioridad del hombre, de su intimidad, en última instancia, de la persona, porque, en términos zubirianos, el hombre se hace persona en función de su propia intimidad. Para el mismo Max Scheler sólo los senti-

mientos espirituales son accesibles al amor y sólo a través de él aparece la persona como realidad humana portadora de valores espirituales.

Si admitimos, como parece cierto, que el hombre asume en su existencia los modos de vida animal y vegetal, si bien con ciertas notas divergentes nuevas en cada subida filogenética, podemos resumir de una manera sintética todo lo que venimos diciendo en los siguientes términos: en el hombre, mediante una artificiosa disección analítica, es posible admitir tres niveles de vida, que, por supuesto, integran una auténtica unidad sustancial. Hay un primer nivel de *vida aceptiva*, puramente material, físico-químico, que corresponde, como es sabido, a la simple vida vegetal. Por encima de este nivel existe otro de *vida quisitiva*, de base instintivo-sensorial, que corresponde a la vida animal. Y, finalmente, el más alto nivel de *vida sensointelectiva*, consciente y espiritual, que constituye el fundamento de la vida humana.

Por todo lo dicho es, al menos, intuible que estos tres niveles de vida parten de la materialidad, es decir, de la mera corporalidad, para llegar a la espiritualidad, desde el cuerpo al espíritu, desde modos de estar a modos de ser, porque, sencillamente, el cuerpo está y el espíritu es. Y desde el “estar” corporal al “ser” espiritual hay un espectro intermedio de sentimientos que constituyen el “sentir”. De tal manera que con una intención antropocéntrica y, obvio es decirlo, puramente convencional, podemos admitir que el vegetal “está”, el animal “está y siente” y el hombre “está, siente y es”.

La estructuración de la enfermedad

Llegado aquí nuestro discurso estamos en medianas condiciones para analizar por separado la enfermedad vegetal, la enfermedad animal y la enfermedad humana. Pero no habremos de hacerlo así, sino que vamos a limitarnos a comprender estructuralmente la enfermedad humana con una perspectiva integradora de los tres niveles de vida, ahora trastornados por la enfermedad, dado que en el hombre, en el que todos los acontecimientos biológicos y existenciales tienen siempre un recuerdo filogenético, la enfermedad lleva siempre en la trama de su estructura antropológica algo o mucho de cada uno de esos tres niveles.

Si la vida del hombre consiste, desde la óptica estructuralista intencionadamente simple que hemos desarrollado, en “estar, sentir y ser”, su enfermedad, *mutatis mutandi*, puede ser comprendida también a tres niveles correspondientes: el estar enfermo, el sentirse enfermo y el ser enfermo, nomenclatura ésta que debe ser desprendida del habitual sentido que tiene y entendida aquí de la manera que vamos a explicar.

El **“estar enfermo”** es el nivel de enfermedad que corresponde a su definición elemental: alteración estructural y dinámica de alguna parte del cuerpo, orgánica, celular o bioquímica, pero, a la postre, siempre desorden somático exclusivo, si bien con su consecuencia funcional obligada. Desde Galeno a Virchow se ha sostenido ineludiblemente que el *ens morbi* –lo que la enfermedad tiene de realidad principal– lleva esencialmente

en su estructura una lesión somática. Es evidente que en nuestra Medicina actual hemos penetrado más hondamente en el concepto de lesión mediante la percepción óptica estructural y, sobre todo, a través de una interpretación lesional más sutil que nos permite entenderla a nivel molecular, bioquímico y biofísico. Pero, en cualquier caso, desde lo microscópico a lo todavía inapreciable, pasando por el fino disturbio bioquímico, la lesión somática constituye el sustrato más elemental y principal de la enfermedad, su cimiento puramente corporal. La enfermedad es un estado del cuerpo, porque sea psicógena o su expresión únicamente psíquica, la enfermedad supone siempre una alteración del cuerpo o en el cuerpo. Es el “estar enfermo” según dimos al “estar” representación del cuerpo como materia, y es, en el orden filogenético, equivalente a la enfermedad vegetal. Si se admite lo que venimos diciendo, se deducirá fácilmente que a este nivel, meramente material, la enfermedad en el hombre (todavía, por supuesto, no enfermedad humana) es tan sólo una alteración sin síntomas, es decir, trastorno asintomático. El síntoma, como luego veremos, necesita cierta altura sensorial y sentimental que no existe todavía cuando la enfermedad está localizada única y exclusivamente a nivel del disturbio somático. El síntoma es siempre una realidad psicosomática, es decir, junto al disturbio puramente somático (inflamación, necrosis, rotura, espasmo, etc.) hay un contenido psíquico, que puede ir desde la simple sensación hasta la más alta interpretación intelectual, pasando por todos y cada uno de los sentimientos schelerianos.

Pero si es enfermedad sin síntomas, puede ser enfermedad con signos. En términos genéricos, signo es todo dato perceptivo que directa o indirectamente denuncia la existencia de una determinada realidad. Así, pues, la lesión somática, bien sea del órgano, del tejido o de la célula, que constituye la realidad esencial y primera de la enfermedad, el “estar enfermo” según nuestra descripción, puede ser perceptible mediante signos o datos que se expresan espontáneamente o son captados con técnicas especiales, pero sin ningún componente sensorial ni sentimental, ni obligatoriamente intelectual, por parte del sujeto que porta la lesión. El signo clínico es por definición tradicional un dato meramente objetivo, mientras que el síntoma es fundamentalmente subjetivo. La Medicina moderna ha permitido con el progreso de las técnicas exploratorias la conquista de signos o datos más profundos, más directos y muchas veces más precoces que los que la clínica tradicional nos ofrecía. Recuérdese al respecto la penetrante perceptibilidad que nos ofrece la biología molecular, los estudios histológicos *in vivo*, la radiología moderna, la endoscopia, la bioquímica analítica, los isótopos, etc., que, en alguna medida y de distinta manera, nos permiten la percepción próxima de la lesión.

Resumiendo y reiterando las líneas anteriores, debe entenderse, dentro de las coordenadas que hemos establecido, que el “estar enfermo” corresponde al momento físico-químico, material o corporal de la enfermedad, sin alcanzar todavía niveles sensoriales ni sentimentales, pero con posible expresividad objetivable en forma de datos clínicos, analíticos o instrumentales. Un ejemplo, al menos, terminará por aclarar el concepto: un sujeto porta un cáncer de colon, o un enfisema o una atrofia gástrica, o una estenosis

mitral, o una diabetes, etc., y durante más o menos tiempo puede estar asintomático, aunque cada uno de estos disturbios somáticos es susceptible de ser objetivado a través de signos clínicos, analíticos o instrumentales. Pues bien, cada una de estas alteraciones morfológicas o bioquímicas, que han servido de ejemplo, constituyen en sentido estricto lo que denominamos el “estar enfermo”, es decir, el porte de una alteración o lesión somática, al margen de su potencial y posterior evolución sintomática.

En el núcleo elemental de la enfermedad –estructural y autorreparación–, ésta última puede sobrepasar en categoría patológica al trastorno inicial de la estructura-función y protagonizar la dinámica de comienzo de la enfermedad, expresándose en signos. Por ejemplo, la lesión celular (hipóxica, química, física, biológica, inmunológica, etc.) puede sobrepasarse objetivamente por fenómenos de autorreparación que en el orden estructural serían la inflamación, la regeneración celular, la cicatrización, etc., y en el orden funcional las distintas adaptaciones fisiopatológicas. Podía pensarse que el proceso de autorreparación, que busca la vuelta a la normalidad debiera sacarse del concepto elemental de enfermedad que, con el sentido más estricto es la alteración de la estructura-función, y, sin embargo, hay que admitir que la reparación es una reacción anormal que como tal existe por alteración de la normalidad, es decir, es subsidiaria de ésta y, por tanto, se instala en el marco general de la alteración. Por esto los signos patológicos que pueden encontrarse en este nivel de enfermedad, por una parte se refieren al trastorno estructura-función y por otra, derivan de los procesos de reparación o adaptación. Los eventos fisiopatológicos que acontecen en el infarto agudo de miocardio pueden servir de ejemplo de una y otra posibilidad: la necrosis miocárdica y el bloqueo AV de la primera y la cicatrización del infarto (reparación) y la taquicardia para mantener el gasto cardiaco (adaptación) de la segunda.

El **“sentirse enfermo”** es el nivel de enfermedad que se realiza en el estrato sensorial del hombre y que corresponde, volviendo a extrapolar los niveles de vida a la enfermedad, a la enfermedad animal.

Con el tiempo, más o menos largo, según circunstancias de la enfermedad y del enfermo, el desorden estructural y dinámico de la materia, el “estar enfermo” que hemos analizado, llama al instinto y a los sentimientos, que captan y acusan tal llamada: aparecen los síntomas, y el hombre con ellos “se siente enfermo”.

Los síntomas, se deduce fácilmente, constituyen en esencia la expresión sentimental del “estar enfermo” realizada mediante los dos tipos de sentimientos que corresponden, en nuestro esquema anterior, a la vida animal: los sensoriales y vitales. Y si volvemos a utilizar la analogía, parece ineludible admitir la existencia equivalente de síntomas sensoriales y síntomas vitales.

¿De qué manera estos síntomas constituyen en el enfermo el sentimiento de enfermedad y en qué forma pueden ser captados por el médico? Daremos una explicación

común para las dos preguntas. La enfermedad se siente de una manera general o inespecífica (sentimiento genérico de enfermedad) y de una manera especial o específica, según cada tipo de enfermedad, y ambos tipos de sentimientos, genérico y específico, pueden y suelen ser coexistentes pero pueden ser independientes y son captados por el médico mediante la anamnesis.

El sentimiento genérico de enfermedad, el encontrarse mal de una manera general e imprecisa (malestar general inespecífico), es una expresión frecuente en la clínica que casi siempre precede o acompaña a las manifestaciones específicas de la enfermedad (2). Este general sentimiento de enfermedad no es fácil definirlo antropológicamente y mucho menos explicar su base biológica. Para la primera cuestión es posible adjudicarle la categoría de sentimiento vital, según la clasificación de Max Scheler y para la segunda puede buscarse una explicación en el concepto demasiado ambiguo de *cenestesia* (3). La expresividad clínica de este sentimiento general de enfermedad se realiza mediante la aparición de fenómenos de depresión, tanto psíquicos (apatía, depresión, desilusión, desgana) como físicos (astenia, cansancio, desvalimiento, confusión, abatimiento) y por otra parte se acompaña de la aparición de otros fenómenos (4).

Varios o todos de estos sentimientos vitales, en distinta proporción, según la enfermedad y el enfermo, vienen a constituir en la propia entraña psíquica del enfermo y en la eventual catalogación del médico, el sentimiento genérico de enfermedad. Por otra parte, el sujeto portador de la alteración orgánica, el sujeto que “está enfermo”, padece sentimientos propios y específicos de la alteración de su cuerpo. Son sentimientos, ya se entiende, puramente corporales, sentimientos sensoriales (dolor, hambre, sed, temblor, disnea, prurito, etc.) más o menos específicos de cada “estar enfermo”, que constituyen con los eventuales signos correspondientes, el cuadro clínico de cada enfermedad (5).

Así, pues, el “sentirse enfermo” se estructura fenoménicamente con sentimientos sensoriales y vitales, o en el lenguaje clínico, con síntomas sensoriales y síntomas vitales. Es obvio explicar que hay veces, las más, que coexisten en el mismo enfermo estos dos tipos de síntomas, que otras tan sólo existen unos y otros no y que la prioridad y preponderancia de unos sobre otros dependen de rasgos especiales de la enfermedad y del enfermo. Busque el lector en su propia casuística ejemplos para lo que acabamos de decir y los hallará fácilmente.

Finalmente, el **“ser enfermo”** supone el estrato más alto de la enfermedad, el que sobre los dos anteriores cualifica a la enfermedad como específicamente humana y cuya descripción, con el recurso analógico también, hemos de emprender a partir de las notas primordiales que establecimos al hablar del nivel de vida humana, que como se recordará terminaban en el concepto de vida senso-intelectiva.

Para el hombre, en función de su bagaje sentimental y de la inteligencia que específicamente posee, la enfermedad es una realidad sensible y cognoscible. Siente el hombre

la enfermedad asumiendo niveles anteriores, a través de los sentimientos sensoriales y vitales, pero también, recuérdese, de los sentimientos anímicos, que, entre otras características, tienen la muy importante de ser comprensibles; es decir, interpretables por la lógica. Se enlaza con el sentimiento el intelecto, que, por otra parte, ofrece al hombre el conocimiento de la enfermedad como realidad accidental de su existencia. Por ello, el hombre, a diferencia del animal, toma siempre ante la enfermedad una actitud inteligentemente operativa y le queda siempre, en distinta medida, un residuo de experiencia vital. De esta manera, la enfermedad es para el hombre una realidad (“el hombre, animal de realidades”), que se siente y se conoce, que le coloca en situación menesterosa y operativa (origen de la Medicina) y que le deja siempre, con provecho o sin él, una secuela de experiencia vital.

Pero no es sólo esto, con ser bastante, lo que cualifica al “ser enfermo”, sino que más sutiles y profundos mecanismos antropológicos otorgan nivel humano a la enfermedad. Analicémoslos, si bien someramente.

El sustrato basal de aquellos sentimientos que señalamos como específicamente humanos, los espirituales, es la intimidad, algo en la profundidad del hombre capaz de apropiarse los contenidos de su vida y su vida misma, y que, en definitiva, concede al hombre categoría de persona. El pensamiento antropológico de Zubiri es claro a este respecto: el hombre realiza su subjetualidad, es decir, se hace persona, bajo forma de subjetividad íntima y apropiadora. Más sencillamente: el hombre como persona es intimidad capaz de apropiación.

El “ser enfermo” es ya en los altos niveles del devenir antropocéntrico un trastorno en la intimidad del hombre: en definitiva, una alteración de la persona que condiciona un modo personal de vivir. Más estrictamente, el «ser enfermo» supone la acusación al hombre de su propia intimidad, a través del conocimiento intelectual de las notas somáticas (síntomas y signos) de la enfermedad y de los sentimientos espirituales, todo ello sólo posible, ya se comprende, desde el nivel superior de la vida sensointelectiva. Para decirlo finalmente, de acuerdo con la filosofía zubiriana de la realidad, el «ser enfermo» pertenece al orden de la dimensión, y, por tanto al orden de los «modos de ser». En definitiva, dirá V. Weizsäcker, la enfermedad es un “modo de ser” del hombre y, por otra parte, un “modo de ser hombre”, es decir, no es otra cosa que el hombre mismo o, mejor, la ocasión de ser él mismo.

Una adenda debe ser hecha a esta descripción del “ser enfermo”, porque de ella puede derivarse la comprensión de algunos rasgos importantes de la enfermedad humana, que aquí tan sólo debemos dejar enunciados en espera de otra ocasión. En el análisis del “ser enfermo” ha quedado implícito que la enfermedad llega a ser humana con la aparición de la persona como intimidad del hombre. Pues bien: desde la persona concurren circunstancias que pueden estar en relación con la génesis de la enfermedad y con los modos de respuesta. En efecto, desde la intimidad del hombre, desde el núcleo de “su persona”,

pueden ponerse en juego motivos nosogenéticos que dan lugar a la ancha y siempre inacabada nosografía psicosomática convencional. Por otra parte, si el hombre como persona es intimidad capaz de apropiación, la enfermedad será siempre para el hombre objeto de apropiación. De ello se derivan algunas consecuencias que desde el análisis filosófico llegan a la superficie de la clínica. La apropiación personal de la enfermedad hace que cada hombre como tal viva en su intimidad “su” propia enfermedad como un modo de afección de su persona. Tal apropiación condiciona en cada hombre una respuesta personal que matiza fuertemente desde los síntomas hasta la actitud moral ante la enfermedad (6). Finalmente, sin intención de consumir las consecuencias de la personalización de la enfermedad, ésta concede al accidente morboso carácter totalitario u holístico: es decir, la enfermedad humana es siempre, y a la vez, una reacción biológica y personal, o, para decirlo con el lenguaje práctico de la Medicina, es siempre una reacción psicosomática integrada en el concepto global de medicina antropológica.

Terminan aquí estas notas elementales sobre la estructuración antropológica de la enfermedad humana, a través de las cuales, y mediante el artificio metodológico de establecer estratos ónticamente superponibles y traspasarlos de la vida a la enfermedad, ha quedado perfilada la enfermedad humana desde el sustrato puramente orgánico a la categoría de persona, desde el “estar” al “ser”. Y en definitiva debemos concluir que el “ser enfermo”, el nivel más alto de la estructura filogenética de la enfermedad, donde ésta se hace específicamente humana, supone básicamente una alteración de la persona, es decir, de esa condición suprema que nos hace humanos.

La perspectiva clínica

Sin ir tan lejos como la pretensión de Scheling que acepta la filosofía como una forma de construir la naturaleza, es posible deducir de la teórica interpretación de la enfermedad humana, alguna aplicación en la práctica médica.

Conseguidos conceptualmente estos niveles o estratos de la enfermedad humana podemos utilizarlos acoplándolos respectivamente a tres puntos o momentos de atención del médico con el paciente. Aunque en desigual medida, según diversas circunstancias, el médico atiende siempre en el paciente a tres componentes: la persona, el enfermo y la enfermedad.

Atiende el médico a la persona desde la persona desde la relación interhumana que siempre, aunque sea mínima, se establece con el paciente y tal relación se hace operativa mediante la llamada exploración de la persona: recoge el médico datos sobre la biografía, personalidad, conducta, cultura, espiritualidad, carácter, temperamento, etc., y analiza como el enfermo conoce y asume su enfermedad y reacciona ante ella. Datos que además de reforzar la relación interpersonal, son utilizados por el médico en provecho de su actuación clínica.

Atiende el médico al enfermo que, en puro sentido clínico, significa hombre que siente

la enfermedad, es decir, que tiene síntomas. Mediante la entrevista clínica recoge el médico los síntomas que le refiere el paciente, obteniendo piezas importantes para el diagnóstico y puntos de referencia para el tratamiento.

Se completa la actuación del médico con la atención a la enfermedad, es decir, a lo que ésta deja sobre el cuerpo del paciente. La exploración clínica tradicional y la infinidad de métodos disponibles de exploración complementaria permiten la obtención de datos objetivos sobre la huella de la enfermedad sobre el soma del paciente.

El lector habrá comprendido fácilmente que cada uno de estos puntos de atención del médico al paciente se corresponden respectivamente con los niveles de la enfermedad humana: la persona con el “ser enfermo”, el enfermo con “el sentirse enfermo” y la enfermedad con “el estar enfermo”.

Los médicos, con más o menos diferencias, hemos atendido desde siempre, estos tres componentes del paciente, atención completa que constituye el método clínico tradicional. Sin embargo, un fenómeno progresivo y acelerado, que se inicia con la disponibilidad de técnicas de alta rentabilidad diagnóstica y terapéutica, ha venido a desproporcionar la aplicación del médico en estos tres componentes del paciente. El médico actual, sobre todo el práctico y reciente, atiende menos a la persona del enfermo: no valora sus condiciones y circunstancias, elude entender cómo se enfrenta a la enfermedad y lo que ésta significa en su vida, a veces hasta olvida su nombre, quedándose la exploración de la persona en simples datos de filiación y referentes a estilos de vida que pueden ser aprovechados de inmediato en la interpretación diagnóstica o en la recomendación terapéutica. Nada de esto facilita el flujo interhumano entre médico y paciente y condiciona la pérdida de datos importantes no sólo para el manejo clínico sino y sobre todo, para la categorización antropológica de la enfermedad.

También el médico ha perdido interés y aprovechamiento en la recogida y valoración de los síntomas del enfermo. Basta confrontar una historia clínica actual con otra realizada hace 30 años, para apreciar en ésta de qué manera se recogía y se buscaba el síntoma, como el entrevistador matizaba el hallazgo enriqueciéndolo clínicamente, como lo relacionaba y como lo describía, a diferencia de lo que se encuentra en la historia actual donde el síntoma es descrito puntualmente y pobre de sentido y contenido. Ciertamente que no siempre es así en la clínica actual y cuando lo es, bien puede explicarse por las bajas sensibilidad y especificidad que muchos síntomas de la clínica tradicional han mostrado al confrontarse con otras técnicas diagnósticas. Pero la justa y apropiada valoración de lo que cuenta el enfermo sigue siendo útil en la clínica, no sólo para la elaboración diagnóstica y el precepto terapéutico sino también para comprender y compadecer como el paciente siente su enfermedad.

Gran parte de los médicos actuales han desviado primomordialmente su atención clínica a la obtención de datos objetivos al paciente. La disponibilidad de técnicas de costosa

aplicación diagnóstica, en el seno de la natural tendencia del hombre a la percepción objetiva de los fenómenos, ha propiciado que el interés clínico del médico se desvíe exageradamente, a veces exclusivamente, a la obtención de datos en forma de imágenes, preparaciones, cifras, gráficas, etc., que denuncian objetivamente la realidad de la enfermedad. Incluso en la exploración física, que era en la clínica tradicional y sigue siéndolo, un método valioso para acercarse a la percepción objetiva del proceso patológico, ha perdido gran parte de su rica ofertabilidad de signos en aras de la brevedad y de la impericia de la actuación médica, quedándose en un quehacer orientador de otras técnicas.

Este comportamiento del médico actual, extendido pero no absoluto, es explicable y puede ser justificable pero en cualquier caso se manifiesta irreversible. Volver al método clínico tradicional con largas y minuciosas anamnesis y exploración física, cuando posee recursos técnicos que le permiten un diagnóstico rápido y certero, con datos perceptivos más próximos a la enfermedad que los síntomas y signos convencionales, y cuya responsabilidad comparte con el técnico, sería un fenómeno regresivo de categoría antihistórica. Sin embargo, la entrevista y la exploración clínica no deben perderse, estimulándose su entrenamiento en la formación médica, porque siguen siendo fuente de síntomas y signos, permiten el contacto directo con el paciente y facilitan al médico el ejercicio del arte clínico. Y debe ser restaurada, necesariamente, la atención a la persona del paciente, porque su pérdida significaría la desaparición de la Medicina como actividad humana, catástrofe hacia la cual es posible que hayamos empezado a caminar. La Medicina, cuyo acto fundamental es la relación congruente entre un hombre que padece (*homo patients*) y otro que le ayuda mediante su adecuada formación (*homo medendi peritus*) es una actividad llena de hombre, de ser humano, y si pierde este contenido se quedará en una técnica físicamente eficaz pero humanamente pobre y peligrosa.

En los tiempos que corren, de acelerada deshumanización en todo, debemos restaurar la formación antropológica del médico, consiguiendo ese médico integral que atienda desde la mínima lesión ultramicroscópica a la máxima dimensión de la persona; para decirlo por última vez con los términos que hemos utilizado, desde el “estar” al “ser” enfermo.

Notas

1. Hay otra ganancia del animal con respecto al vegetal que es un reflejo de una diferencia esencial entre seres unicelulares y pluricelulares: la aparición del medio interno, que, en el caso del animal, supone una organización definitiva en relación al vegetal. La vida se realiza en un ciclo continuo de transferencias entre el cuerpo y su medio externo en busca de un equilibrio energético entre ambos que sólo se consigue de una manera constante y perdurable con la muerte del cuerpo. El concepto de equilibrio energético es obviamente impreciso, ya que no conocemos con exactitud los gradientes energéticos entre medio externo y cuerpo y, menos todavía,

los “gradientes cualitativos” de energía entre ambos, en cuya explicación deben estar las razones de la vida. Pero se entiende que la influencia del medio externo sobre el cuerpo vivo es más importante que al revés, al punto que las aferencias que éste recibe de aquél son más influyentes que sus eferencias, con lo cual el medio externo es capaz de someter al cuerpo vivo a sus propias condiciones, esclavizándole a sus exigencias, privándole de libertad para su evolución y su vida.

Ello sería así inevitablemente, si entre el medio externo y el compartimento celular o activo del cuerpo no existiera una zona biológicamente constante, “el medio interno”, que protege a este compartimento de la avalancha de aferencias que el medio externo envía como consecuencia de su inconstancia. Es decir, entre el medio externo inconstante y el compartimento celular hay un medio constante que amortigua la influencia del primero sobre el segundo. Si no existiera este amortiguador del ciclo “medio externo-compartimento celular”, este ciclo giraría con gran rapidez y no permitiría la especialización y evolución celulares. Filogenéticamente cuanto más estructurado y constante es el medio interno mayor especialización y evolución se consigue. La individualización y constancia del medio interno son, a su vez, una consecuencia de la evolución morfológica y funcional del ser vivo.

El organismo mono u oligocelular es absolutamente dependiente de su medio externo, dentro del cual y en íntimo contacto, vive y evoluciona a expensas de los intercambios o transferencias con él: adquiere sustancias que le son necesarias y elimina las tóxicas e inútiles. Pero estas transferencias son en este organismo directas o prácticamente directas e inexorablemente impuestas por el medio externo, sin que la célula ejerza influencia alguna.

La evolución del ser vivo a una estructura de organización pluricelular es paralela al alejamiento del medio exterior de las células constituyentes. Este alejamiento lo produce la aparición del medio interno y condiciona que las transferencias entre medio externo y compartimento celular ya no sean directas sino a través del medio interno, con lo que la célula gana independencia y libertad, necesarias, como en cualquier orden de la vida, para el desarrollo especial y la evolución (“Sólo la constancia del medio interno es condición de vida libre” dijo Claudio Bernard). Pero parece evidente que la mayor individualización y organización celulares del ser vivo imponen mayor entidad a su medio interno cerrándose un ciclo evolutivo en retroacción.

2. Nosotros hemos prestado interés al síndrome del malestar general aislado (*An. Med. Inter.* 1996, 10: 471-475) definiéndolo como un sentimiento de encontrarse mal de una manera imprecisa sin otros síntomas y signos que sugieran al menos una orientación diagnóstica; una variedad descrita por nosotros es el síndrome del malestar general inexplicable (*Eur. J. Inter. Med.* 1991; 2; 125-128) en el que la causa del malestar general aislado es desconocida o difícil de aclarar.
3. El termino *cenestesia* (del griego *koinos*, común, y *aisthesis*, sensación) significa el conjunto de impresiones internas orgánicas difusas e indiferenciadas que constituyen la base de la sensación interoceptiva de nuestro propio organismo como totalidad y, a diferencia de la sensibilidad exteroceptiva que es epicrítica o discriminativa, la *cenestesia* es protopática e informa simplemente con carácter polar: bienestar o

malestar de nuestro cuerpo en conjunto. El soporte anatomofuncional de la *cenestesia* es el sistema nervioso vegetativo que recoge señales viscerales y quizás del medio interno, que son elaboradas en el diencefalo y enviadas al córtex cerebral como sentimientos de bienestar o malestar.

4. El sentimiento general de enfermedad se acompaña de la aparición de otros fenómenos. Unos, que siendo vivencias latentes en la existencia humana son liberados o actualizados por la enfermedad. Otros, que el sentimiento de enfermedad hace surgir como nuevos (aunque nada aparece *de novo* en la existencia humana). Entre los primeros tenemos las vivencias de corporalidad, de coexistencialidad, de vulnerabilidad, y de valoración. Unas palabras de cada una de ellas. La **corporabilidad**, la vivencia de la condición corporal que aparece en primer plano del modo del vivir el paciente, “me siento enfermo, luego tengo cuerpo”. La **coexistencialidad**, la apertura de la existencia humana a los otros. Ya los filósofos fenomenológicos y existencialistas habían afirmado que la existencia humana, por su propia constitución es coexistencia, existir con el otro. Pues bien, el sentimiento de enfermedad saca a relucir o actualiza nuestra apertura a la coexistencia, nuestra esencial condición de coexistentes. La **vulnerabilidad**, la permanente susceptibilidad humana a la destrucción. Por leve que sea la enfermedad, nos descubre que nuestra realidad es vulnerable. La **valoración**, que reside en la condición radicalmente valiosa de la existencia humana. El sentimiento de enfermedad manifiesta claramente con brío que la vida tiene valor, es algo que vale. Entre los fenómenos que pueden aparecer como nuevos en el sentimiento de enfermedad tenemos: el dominio del cuerpo, la invalidez, el miedo, la soledad, la esperanza y la demanda. También unas palabras sobre cada uno.

El **dominio del cuerpo** es la expresión máxima de la vivencia de corporalidad. En la enfermedad la vivencia y la conciencia del cuerpo se apoderan del sentimiento y de la sensación del paciente, que vive sorbido psicológicamente por él. Se dice habitualmente que la salud consiste en no sentir el propio cuerpo, está mudo para el sujeto, mientras que en la enfermedad le habla, le hace notar afflictivamente que existe, pero esta vivencia de corporalidad se hace predominante en la psicología del paciente.

La **invalidez**: el sentimiento normal del cuerpo, que acompaña al estado de salud, conlleva esencialmente la vivencia de ser válido, de poder realizar las acciones propias del cuerpo. A la fenomenología de la enfermedad pertenece, entre otros, la vivencia de no poder realizar alguna o todas de aquellas acciones y el paciente se siente inválido o desvalido.

El **miedo** al sufrimiento, a no recobrar la salud, a la invalidez, a la muerte.

La **soledad**: el malestar general de la enfermedad es de quien lo siente y de nadie más, no puede ser vivido ni consentido. Desde Scheler sabemos de la total incomunicabilidad de los sentimientos vitales relativos al cuerpo. La enfermedad se ensimisma y se aísla porque es propiedad del paciente y aunque se puede contar al médico o al prójimo, el paciente la vive con íntima soledad.

La **esperanza** que brota del pujante deseo de recobrar la salud.

La **demanda** de compasión, de condolencia, de comprensión y, principalmente, de ayuda.

5. El sentimiento de enfermedad se constituye con el sentimiento de malestar general inespecífico, que es, como se ha dicho, un sentimiento vital y con síntomas más o menos específicos de cada enfermedad que son modos parciales de realizarse somática y psíquicamente la enfermedad, el estado de enfermedad y denuncian parcialmente el desorden de las acciones y funciones del cuerpo enfermo. Estos síntomas parciales emanados directamente del cuerpo merecen la adjudicación de sentimientos sensoriales. Y la enfermedad también se expresa por signos. Por definición tradicional y por aplicación propedéutica, el signo clínico es un dato objetivo y objetivable de raíz corporal, mientras que el síntoma es fundamentalmente subjetivo, de elaboración psíquica. El síntoma lo recibe el médico mediante la confianza del paciente y el signo clínico lo percibe mediante la exploración física tradicional (observación, palpación, percusión, auscultación, etc.) y otras técnicas diagnósticas. Es llamativo como el inventario de síntomas no ha aumentado o ha aumentado poco a través de los años e incluso de los siglos y algo parecido, aunque menos, ha ocurrido con los signos clínicos, pero los datos obtenidos de la exploración diagnóstica mediante técnicas especiales se han expandido enormemente a partir de la segunda parte del siglo pasado a consecuencia del desarrollo vertiginoso de técnicas numerosas, diversas y de alta rentabilidad diagnóstica.
6. En la literatura universal hay múltiples y variadas descripciones que hacen referencia indirectamente a este nivel de enfermedad y es, probablemente, de la obra de Thomas Mann de donde podemos extraer ejemplos más significativos; es el novelista alemán el autor que con mas asiduidad y hondura ha tratado en su obra sobre la salud y la enfermedad, exigiendo siempre una interpretación antropológica. La concepción manniana de la salud y la enfermedad se expresa de variada manera en muchas de sus novelas y ensayos, pero se aprecia fácilmente que tal concepción está traspasada constantemente por el pensamiento filosófico de sus dos maestros intelectuales F. Nietzsche y A. Schopenhauer, de donde podemos extraer dos formas ejemplares y contrapuestas de este nivel de “ser enfermo”. En su ensayo **Goethe y Tolstoi** Mann desarrolla el llamado “problema aristocrático” cuya razón estriba en determinar si es posible conseguir una mejor condición humana (una condición aristocrática) mediante la supremacía sobre la naturaleza. Mann resuelve el problema admitiendo que esta condición elevada, aristocratizada del hombre, puede conseguirse a través de la enfermedad, capaz potencialmente de liberar al hombre de su condición biológica u orgánica y elevarle a su propia categoría espiritual, libre y emancipada de la naturaleza, tal como ya habían intuido y quizás experimentado los místicos, los ascetas y los autores románticos. Para desarrollar esta concepción elevada de la enfermedad, Mann utiliza la filosofía de Nietzsche y concretamente su concepto de la “gran salud” que traspasa lo meramente biológico y exige una concepción antropológica total, para cuyo procesamiento se necesita un hombre nuevo, con valores nuevos, mas allá de los tradicionales e históricos. La enfermedad orgánica, según Nietzsche, puede ser un medio para conseguir una salud superior de dimensiones morales, intelectuales y espirituales por encima de la simple corporalidad; esta concepción nietzscheana infunde **La Montaña Mágica** de Mann, pero

la novela que mejor ilustra este impulso elevado de la enfermedad es **Doktor Faustus** en la que la enfermedad orgánica (en este caso la sífilis) es asumida por Adrián, el protagonista, para adquirir una “salud superior”, liberada del cuerpo y donde radica la capacidad creativa.

Otra interpretación ahora de resultado negativo aplicable al alto nivel de “ser enfermo”, la toma Mann de Schopenhauer y la explica en su ensayo sobre el filósofo alemán. El hombre, según Schopenhauer es voluntad individualizada (*principium individuationis*) sometida a su propia esencia de seguir siendo a su energía insuperable de llegar a más y esto que constituye el impulso vital, el hombre mismo, es, por otro lado, capaz de generar una insatisfacción profunda e insuperable que conduce al hombre a su propia destrucción. Trasladada esta concepción filosófica al ámbito de la nosogénesis aparece la enfermedad humana como consecuencia negativa de la creatividad individualizada, a la postre, de la esencia de ser hombre. Esta filosofía schopenhaueriana conduce la trama básica de **Los Buddenbrook**, la novela juvenil de Thomas Mann que narra la decadencia económica, social y biológica de una familia de grandes comerciantes que sucumbe sin dignidad y con vileza, final conducido por la vara metafísica de Schopenhauer: la afirmación de la primacía genética de la voluntad sobre el intelecto.

La enfermedad humana
Gabinete Pfizer de Recursos Humanos 1989



DEL MÉDICO ██████████

EL BUEN MÉDICO

La consideración de buen médico suele darse a aquel cuya competencia científicotécnica le permite conseguir, de manera relativamente constante, una buena eficacia clínica, es decir, unos buenos resultados diagnósticos y terapéuticos. Esta consideración parece ineludible, pero es, sin duda, insuficiente porque la constitución del buen médico necesita de otros componentes relacionados con aspectos humanos, éticos, sociales y profesionales que completan y enriquecen su conducta científica y técnica. El prestigio y la necesidad de estos componentes han sido erosionados por la brillante eficacia de los procesos científicotécnicos de la Medicina actual y, sin embargo, siguen siendo imprescindibles en la correcta composición del médico para conseguir eficacia clínica y satisfacción en el paciente.

Aprovechando el recuerdo de los que he conocido y conozco, quizás resulte oportuno evocar la dimensión completa del buen médico, que por amplia y compleja y por la diversidad de los que lo son y pueden serlo, atenderemos solo a sus rasgos más esenciales y comunes.

Reducido a sus notas mas elementales, podemos entender como médico el hombre (o mujer, por supuesto, pero seguiremos con hombre en sentido genérico) que desde la decisión de adquirir tal condición, desarrolla y mantiene una formación específica que le permite transformar la decisión inicial en ejercicio. Se entiende que, reducida a estos términos elementales, esta definición esquelética del médico sea aplicable, como plantilla básica, a cualquier oficio o profesión. Sin embargo, hay en ella cuatro palabras clave cuyo desarrollo conceptual permite especificar la definición de médico y caracterizarle como bueno o malo. Estas palabras son: hombre, decisión, formación y ejercicio, las cuales han de ser tratadas por separado.

- a. El hombre para ser buen médico necesita imprescindiblemente una condición ética de la persona y, accesoriamente, de determinados rasgos de la personalidad.

Hay una pregunta latente, a veces explícita, en la gente, en los médicos y en muchos pensadores antiguos y modernos de la Medicina: ¿se puede ser buen médico sin ser buena persona? Paracelso, la gran cabeza medieval de la Medicina, dio su respuesta: *vir bonus medendi peritus*, el hombre bueno es perito en el arte de curar, y tal suele ser la respuesta de quienes meditan en las razones del buen médico o de quienes, simple-

mente, observan con ojo crítico sus maneras de ser y de actuar. Pero es necesario saber qué debe entenderse por ser buena persona. Es, en principio, una condición ética que tiene traducción social en norma de conducta. Esta condición ética necesita como fundamento la coherencia entre las ideas y los actos, coherencia tan profunda y constante que se constituye en la manera de ser y de actuar de la persona. Pero obviamente, las ideas a las cuales han de acoplarse los actos han de ser éticamente buenas. Tres son, a mi juicio, las que básicamente constituyen la esencia de la buena persona: el respeto, la tolerancia y la solidaridad, transformables en actos como norma de conducta. Pero además de este contenido moral, los actos deben ser lícitos, acordes con las reglas, las leyes y los preceptos. Es decir, junto a la moral esencial de los actos (actos virtuosos en el sentido aristotélico), la moral accidental de los principios y las leyes. En definitiva, la condición de buena persona impone una norma de conducta derivada de ideas o principios virtuosos (el respeto, la tolerancia y la solidaridad) y enmarcada en principios y reglas. Su origen puede tener un componente ingénico o natural y en su desarrollo influir factores ambientales, pero su constitución definitiva es una operación culturalmente activa, dependiente de la voluntad de la persona, porque, en definitiva y por fortuna, buena persona es quien de verdad quiere serlo.

Junto a esta imprescindible condición ética de la persona del médico, operan accesorariamente otras condiciones que facilitan la bondad del médico. Son condiciones diversas que dependen del carácter, el temperamento y la inteligencia del médico y permiten o facilitan una buena relación con el paciente, una sensibilidad con su problema y el conocimiento tanto del enfermo como del problema. No podrá ser plenamente buen médico el que por sus insuficientes o defectuosas condiciones personales no pueda establecer una buena relación con el paciente o sensibilizarse con su problema físico, psíquico o social o llegar a conocer, con la mayor claridad posible, la realidad del paciente y su problema. Posiblemente la formación cultural, intelectual y artística no sea una condición imprescindible para ser buen médico en sentido estricto, pero se manifiesta muy favorable para facilitar y estimular la sensibilización y el conocimiento del médico en su relación con el paciente. La Cultura es una obligación antropológica que hace al hombre mejor y ha de contribuir, sin duda, a mejorar la condición médica del hombre.

- b.** Las razones que activan la decisión de ser médico son expresión, en alguna medida, de la personalidad de quién decide y, en muchas ocasiones se mantienen, más o menos residuales, en la futura cualificación del médico. Varias pueden ser estas razones.
 - 1.** En algunos casos la decisión se inicia y se madura en una especie de mimetismo personal, es decir, en el deseo de parecerse o ser igual a determinada persona que cumple una función atrayente, en este caso la del médico, y con la cual se tiene una relación directa (el padre, la madre u otros familiares médicos, el médico de familia, etc.) o indirecta y simplemente idealizada a través de la literatura, el cine, la televisión, etc. En esta relación con la persona o la imagen que el joven admira, va tejiendo las razones de su decisión, que elaborada sucesivamente con la adición de otros componentes, puede ser definitiva.

2. Siempre hay en el joven que decide ser médico, la intención, al menos la conciencia, de conseguir con ello un modo de vida, es decir, un oficio que suponga la ocupación profesional de su vida y la obtención de recursos para ello. Sea cual sea la razón final que al joven le haga médico, el deseo y la esperanza de un futuro modo de vida, palpitan, con mayor o menor fuerza, en la factura de su decisión y se mantienen, más o menos realizados, durante la vida profesional.
3. Hay tres razones en la decisión de ser médico que pueden entenderse como la desviación hacia la ganancia de los tres componentes éticos que aceptábamos para la buena persona, es decir, el respeto, la tolerancia y la solidaridad. Respectivamente estas razones son: el deseo de adquirir prestigio, el deseo de conseguir poder y el deseo de ganar dinero. Tres razones lícitas y éticamente aceptables, siempre, claro está, que no se desboquen en desmesura, porque entonces el médico además de perder su condición de buena persona, puede encontrarse con el respectivo reverso de lo que busca: el ridículo, la injusticia o la cárcel.
4. Finalmente, sin la pretensión de haber agotado las razones que deciden a ser médico, hay dos que, por su contenido, son las más importantes: una se refiere al conocer y otra al ayudar. Hay siempre en el futuro médico la aspiración a conocer científicamente la naturaleza, en concreto la naturaleza humana, aspiración que se funda en dos tipos de deseo naturales en la condición humana: el deseo de saber y el deseo de poder que, en definitiva, representan dos formas del saber: el saber como deseo y el saber como poder. Desea saber el joven como es el hombre y su naturaleza, normal y patológica, con la única finalidad de satisfacer su innata necesidad de saber, de adquirir conocimientos puros no necesariamente utilizables. Y aspira a conseguirlo mediante el estudio o la investigación o, simplemente, mediante el diagnóstico que siempre significa algo de descubrimiento de la naturaleza humana. Pero ineludiblemente no hay conocimiento sin interés en la existencia humana, y el saber pocas veces se queda en sí mismo y acaba transformándose en deseo de poder. Ya en el futuro médico hay un inicial deseo de poder, de poder influir y modificar la naturaleza con los poderosos medios que la ciencia y la técnica le ofrecen o, en último extremo, con la prevención y el tratamiento de las enfermedades, que suponen una y no desdeñable influencia en la naturaleza. La otra razón importante es la de ayudar. Sobre la natural o adquirida tendencia a ayudar al prójimo que todos los hombres llevan consigo, aquel que decide ser médico especifica su voluntad de ayuda en el hombre enfermo y aspira a brindársela con los medios técnicos que al respecto adquiera. En esta voluntad de ayuda al hombre enfermo, que emerge desde la condición de buena persona y habrá de realizarse en la actitud amorosa hacia el paciente, está la razón más fuerte y más específica de la decisión de ser médico. En ella reside la vocación de médico y ella mantiene esta condición.

Posiblemente en la decisión final que el joven tome para hacerse médico, haya algo, poco o mucho, de cada una de las razones antedichas y siendo así, cuando ya sea médico y el tiempo las haya ido cambiando y alterando, algunos residuos le quedarán de cada

una. Pero si en el contenido de la decisión faltan las razones de conocer y ayudar y si éstas se han perdido en el que ya ejerce la Medicina, la primera no será suficiente para llegar a ser buen médico y el segundo habrá perdido su condición intrínseca de tal. Porque en esencia, ser médico es a la vez una condición intelectual y otra afectiva, que se ensamblan para realizar técnicamente una acción y si falta una de ellas no se puede ser buen médico, porque el saber sin voluntad de ayuda termina en el nihilismo skodiano y el ayudar sin saber se queda en un gesto humanitario no pocas veces peligroso. La posesión de las dos condiciones constituye el buen médico; disponer solo de la segunda a lo más que conduce es a hacer un médico bueno.

- c. Por formación debemos entender el estado homogéneo y compacto de conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan para tareas profesionales y permiten tomar decisiones para la solución de un problema. Pero formación tiene también un sentido transitivo de proceso continuado que persigue un estado óptimo actual. El buen médico será, obviamente, el que manteniendo constantemente el proceso, disponga en cada momento de un buen estado de formación, es decir, de conocimientos, habilidades y actitudes suficientes, adecuados y pertinentes.

Pero ¿cuál es el contenido en calidad y cantidad, de estos componentes de la formación que debe poseer el buen médico? Intentaremos la explicación por separado.

Sin llegar a la pretensión de Enríquez que en el siglo XVI recomendaba "... sea el médico dado a las letras y curioso; que trabaje en su arte y huya de la ociosidad. Que sea el médico muy leído y que sepa dar razón de todo", bien es cierto que los conocimientos de un buen médico están referidos a campos muy diversos: Sociología, Psicología, Antropología, Historia de la Medicina, Ética, Economía, etc., por citar sólo los relacionados con la Medicina, pero aquí vamos a ocuparnos sólo de aquellos que tienen directa aplicación clínica. Pueden resumirse en tres grupos:

1. Básicos e imprescindibles para la adquisición de los demás conocimientos. Se inician en la etapa escolar en la Facultad de Medicina aunque están sometidos posteriormente al aditamento y la renovación. Su contenido se refiere a las disciplinas básicas: Anatomía, Fisiología, Histología. Bioquímica, etc., que el médico, con el tiempo, va reduciendo selectivamente hasta acoplarlo a su práctica clínica. En un estudio publicado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Queensland en Australia, un elemento predictor de buen médico fue el grado de aprovechamiento de éstas disciplinas durante el periodo académico.
2. Conocimientos referidos especialmente a los procesos y enfermedades que constituyen el ámbito clínico habitual de la práctica del médico, es decir, aquellas enfermedades que por su prevalencia o especial dedicación del médico, son objeto continuo o preferente de su atención. Ciertamente el médico suele tener un buen conocimiento de lo que habitualmente maneja en la práctica, si bien modificado constantemente por el estudio y la experiencia y refrendado por la evidencia cientí-

fica. Pero para que ese conocimiento sea realmente bueno, no debe quedar reducido a los fenómenos clínicos sino que ha de ser más profundo y elaborado intelectivamente, lo cual se consigue mediante el conocimiento fisiopatológico. La mentalidad fisiopatológica aplicada a la clínica, a cada caso clínico, no sólo permite un más exacto y profundo conocimiento de los fenómenos patológicos que derivará en mejores actitudes diagnósticas y terapéuticas, sino que hace posible la ineludible concepción holística del proceso morboso y, ocasionalmente, la adaptación del juicio clínico a formas no habituales de presentación o evolución de las enfermedades. Imaginativamente podríamos admitir que el buen conocimiento fisiopatológico sería capaz de permitir el descubrimiento de nuevas enfermedades o nuevas formas de enfermedad, si ello fuera posible a estas alturas.

3. Conocimientos complementarios de los anteriores, no necesariamente tan completos y profundos, pero de especial interés en el generalista. Se refieren a procesos y enfermedades no habituales ni frecuentes en la actividad clínica y a otros campos y especialidades distintos de los que ejerce el médico. Estos conocimientos complementarios no son sólo un recurso adquirido en la buena formación del médico, sino que aparecen en ella espontáneamente, en menor o mayor cuantía, como consecuencia de la concepción fisiopatológica del clínico.

La principal cualidad de los conocimientos médicos debe ser su buena pertinencia, es decir, el mayor grado de correlación entre los conocimientos y los problemas de salud de la comunidad. Buen médico será el que disponga de conocimientos con un alto nivel de pertinencia, lo cual permitirá transformarlos en útiles y aplicables. No obstante, en su bagaje de conocimientos el médico suele disponer de muchos de carácter hipotético, teórico, especulativo, experimental, etc., que no son aplicables directamente a la clínica y que engrosan, si cabe, su acervo cultural y su erudición, pero que no le cualifican necesariamente como buen médico. Atrás quedó, en etapas anteriores a la aplicación científica de la clínica y a su expansión inmensa, la calificación de buen médico para aquel que sabía mucho o lo sabía todo, mientras que hoy tal calificativo debe quedar, en lo que a conocimientos se refiere, para el médico que disponga de los suficientes y apropiados para tomar decisiones eficaces (y enmarcadas en el complejo beneficio-coste-riesgo) en el diagnóstico y tratamiento del enfermo.

Las fuentes de conocimiento son varias y diversas (la comunicación personal, los cursos, reuniones, sesiones, la investigación, el ejercicio clínico, etc.) todas evidentemente aprovechables, pero el estudio mediante lectura como labor intelectualmente activa y trabajada, sigue siendo una forma idónea de adquisición de conocimientos y la mejor manera de depositarlos en el propio tejido del saber. El buen médico no olvida mantener la lectura periódica y recordatoria del libro base de su especialidad que suele existir en forma de tratado completo y completarla con otros recursos bibliográficos como son las revistas médicas, de las cuales debe seleccionar unas pocas (3-5) de circulación principal, adecuadas a su especialidad y, en lo posible que atiendan a la realidad local donde ejerce la Medicina. Es imposible abarcar la información de toda la literatura científica, por lo que

el buen médico debe ordenar y estratificar bien lo que lee, utilizando un buen sentido crítico y abandonando, al menos de momento, lo que no tenga una clara aplicación en la práctica clínica, salvo que en su conocimiento busque placer intelectual. Parece demostrado que de los cientos o miles de trabajos científicos que se publican en el mundo, sólo una pequeña parte van a tener verdadera aplicación clínica y cuando esto ocurre su existencia se universaliza con rápida difusión y disponibilidad. El buen médico debe estar atento a la aparición de estas novedades válidas e incorporarlas a su bagaje intelectual y práctico. El almacenaje y disposición de los conocimientos médicos, se realizan de dos maneras: la mental y la mediática. La primera la constituye la memoria, donde se almacenan conocimientos y a su través se dispone de ellos. La otra son los medios complementarios: el libro, la revista, el ordenador, el vídeo, etc., donde se almacena todo el conocimiento del cual el médico suficientemente orientado, puede disponer. Buen médico será el que almacene en su memoria la suficiente cantidad de conocimientos para su utilización práctica y sea capaz de obtener con facilidad y precisión los contenidos en los medios.

Las habilidades prácticas son un conjunto de acciones que conducen a la realización precisa y segura de un acto, es decir, constituyen la destreza del ejecutor. En un estudio reciente médicos y pacientes coinciden en considerar como el más importante elemento en la atención al enfermo, la habilidad clínica del médico, por delante, incluso, de otros aspectos relativos al médico y al paciente y a la relación entre ambos. Otras encuestas, no obstante, señalan todo lo contrario.

Las habilidades que un médico puede disponer son de cuatro tipos:

1. Habilidades básicas o fundamentales, imprescindibles para actuar como médico. Se refieren a la obtención de la historia clínica, la realización de la exploración clínica y al manejo de pruebas complementarias de primera línea. La destreza en estos menesteres concluye en el juicio clínico, cuyo establecimiento supone una habilidad compleja, intelectual y práctica.
2. Habilidades específicas, propias del campo o especialidad donde el médico realiza su práctica. Se entiende que, sobre las anteriores, cada especialidad exige al médico las habilidades que le son propias y que en gran medida la caracterizan.
3. Habilidades accesorias, de aplicación ocasional y oportuna. Todo médico debe tener cierto grado de destreza en acciones que ocasionalmente debe resolver, por ejemplo, maniobras de reanimación, sondajes, punciones, reducción de fracturas y luxaciones, control de hemorragias, traqueotomía, etc. También es conveniente que el médico disponga de habilidades propias de otras especialidades distintas a la suya, en las medidas de lo necesario y lo posible. Así el médico, sobre todo aquel que trabaja en la Medicina Interna o en la general, puede resultar hábil en la realización de biopsias y centesis, funduscopia, rectoscopia, espirometría, exploraciones y pruebas clínicas específicas, etc.
4. Habilidades especiales que sólo realizan algunos médicos especialistas mediante determinadas técnicas, diagnósticas y terapéuticas.

Estas habilidades médicas, como todas las habilidades, tienen dos componentes en su adquisición: uno, natural o ingénico, del que algunos médicos, sin duda, están especialmente dotados, y otro, al alcance de todos, el que se adquiere y se desarrolla mediante el entrenamiento y la experiencia. Puede admitirse que el buen médico será el que disponga de mayor cantidad de habilidades, pero es bien cierto que nunca podrá serlo aquel que carezca de las básicas o fundamentales, es decir, de las destrezas prácticas que generan el juicio clínico. El médico que no realiza o realiza mal la historia clínica y la exploración del paciente, está fuertemente abocado a realizar una mala práctica, no sólo por el riesgo de error sino por hacerla más incómoda o peligrosa para el paciente y más costosa. Aún cayendo en el tópico, hay que insistir en que un juicio clínico derivado de una buena historia clínica y una buena exploración física completadas con algunas pruebas de realización habitual y sencilla, permite con alta frecuencia (que algunos estiman en el 70-80% de los casos) una orientación diagnóstica suficiente para tomar decisiones pertinentes. En el puro sentido operativo, buen médico es aquel que desde un juicio clínico elaborado, selecciona las acciones diagnósticas y terapéuticas atendiendo a su eficiencia y al riesgo del paciente.

Finalmente, las actitudes como componente de la formación del médico. Actitud es una disposición afectiva, relativamente constante, hacia alguien o algo, en este caso el enfermo. Si esto es así ¿en qué consiste esta afectividad del médico por el paciente?. Ahondando en el corazón del hombre, Hipócrates encontró su sentimiento más alto, la filantropía, el amor al hombre como semejante, y dejó escrito en sus *Praecepta* que en ella está básicamente la razón de la Medicina. “El más hondo fundamento de la medicina es el amor” dijo Paracelso y en el alma del médico, del buen médico, de aquel que en su decisión de serlo y en su ejercicio posterior fue primordial y es constante la voluntad de ayuda, la filantropía, el amor al hombre, está la esencia de su afectividad por el paciente. Amor genérico que se activa por la necesidad de ayuda del paciente y que se especifica, según la preclara concepción iainiana, en forma de amistad médica.

En el marco de esta actitud afectiva del médico, la estructura de la relación médico-enfermo se organiza mediante la aposición de elementos que aportan, primero, el paciente: la confianza y la confidencia, segundo, el médico: la condolencia y después, ya trabada la relación entre ambos: la concordancia. Sobre esta estructura construida entre médico y paciente, se realiza la actitud del médico, con dos componentes, uno volitivo: la benevolencia, otro operativo: la beneficencia.

Lo primero que debe funcionar en la relación que el paciente establece con el médico es la confianza que el primero pone en el segundo. Confianza firme en la actuación del médico, que tiene su origen en lo que el paciente conoce de la competencia profesional del médico y de su categoría de persona y además, y otras veces al menos, en el prestigio de la institución donde trabaja o simplemente en la genérica calidad de la Medicina actual.

Entregada por el paciente su confianza, ésta se realiza verbalmente mediante la confidencia, es decir, el traslado al médico de su problema en forma reservada, con lo cual desde este momento se establece entre médico y paciente el pacto tácito del secreto profesional. Mediante la narración confidencial del paciente, el médico conoce su problema y, con mayor o menor intensidad según los casos, lo siente afectivamente. Aparece así una pieza trascendente en la relación médico-enfermo, la condolencia, la participación del primero en el dolor del segundo, vinculándose sentimentalmente con el problema del paciente. Es trascendente no sólo por su propio contenido antropológico, sino porque facilita y potencia la última pieza de la estructura básica de la relación médico-enfermo: la concordancia de objetivos entre ambos (en resumen, la restauración de la salud) que es en primera instancia la razón operativa de la Medicina.

Sobre esta estructura de la relación médico-enfermo e inmediatamente desde la condolencia y la concordancia, se pone en juego la acción eferente del médico al enfermo mediante la benevolencia, el deseo y la voluntad de hacer bien al hombre enfermo según sus posibilidades técnicas y su impulso humanitario y, en definitiva, mediante la beneficencia, es decir, realizando lo mejor posible lo que como médico sabe, hace y siente para conseguir el bien deseado.

Buen médico será el que traspase con amor, en la medida que del tal disponga, todos y cada uno de estos componentes de la relación médico-enfermo y llene de él su benevolencia y su beneficencia. Pero pienso que es en la condolencia donde se inicia y toma fuerza esta actitud médica. El compartir no sólo el conocimiento, sino y sobre todo, el sentimiento de dolencia del paciente, incorporándolo a su propia jerarquía de valores, hace que el médico tome una actitud ante el problema del paciente como si él mismo lo tuviera. Hay a este respecto en el libro tercero de **La República** de Platón, un momento en que Sócrates le dice a Glaucón a propósito de los médicos: “Los más hábiles serán aquellos que entrando desde muy jóvenes en la profesión unan a los estudios propios de su arte, la mayor experiencia por haber tratado toda clase de enfermedades y sobre todo si, siendo ellos de compleción enfermiza, hubiesen sufrido en sí mismos gran número de dolencias. Pues, si no me equivoco, no es con el cuerpo como los médicos curan los cuerpos, pues de este modo les estaría prohibido ser débiles de constitución y caer jamás enfermos. Pero curando, como curan los cuerpos mediante el alma, mal podría este alma cuidar debidamente mal alguno de estar ella o de poder estar enferma”. No es posible, por fortuna, cumplir literalmente la regla que Sócrates propone, pero en ella, envuelta en su exageración retórica e irónica, Platón nos envía una sugerencia apreciable: buen médico será el que conozca las enfermedades, en el cuerpo y en el alma, como si él mismo las hubiera padecido y es desde el alma condolidada del médico donde se inicia la curación del cuerpo del enfermo. La Medicina es, dijo Platón, la ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo y en esta sentencia del filósofo griego se entrevé la sugerencia entrañable que nos hace: desde el amor del médico se atiende el cuerpo del paciente y esto es el fundamento de la Medicina. Con los años de médico y persona, quizás con la sazón de ambos, uno se da cuenta que lo

que activa la fibra más sensible de la condición de médico, es la conmoción sentimental que el padecimiento del enfermo nos produce. Este sentimiento de condolencia, que tiene un principal contenido empático o afectivo, podría suponer un padecimiento también para el médico y quizás una pérdida de objetividad y firmeza en su comportamiento clínico, si no estuviera compensado por un componente gnóstico de conocimiento racional del problema del paciente y no estuviera amortiguado por la reiteración. En la clínica, el médico utiliza habitualmente una forma de empatía que puede llamarse natural porque subyace latente en todo ser humano y que, a diferencia de la empatía empírica que proponía Sócrates, no necesita la experiencia previa del sufrimiento del médico, sino simplemente la abstracción y el deseo necesarios para introducirse en el enfermo y participar imaginativamente de su padecimiento. De cualquier manera, ésta condolencia del médico enraizada en su actitud amorosa, supone el más fuerte impulso en su voluntad de ayuda.

- d.** La última palabra clave en la inicial definición de médico es el ejercicio profesional, la práctica médica. Sea cual sea la forma cómo se desarrolle, pública o privada, o cualquiera de los ámbitos en que se realice: hospital, atención primaria, seguro médico, consulta privada, etc., el ejercicio médico está sujeto al menos a cuatro imperativos: la competencia, la ética, el humanismo y la profesionalización.

En sentido completo, la competencia clínica no se refiere sólo a su contenido científico-técnico, que a la postre, es el factor más directo del cumplimiento y la eficacia en la práctica médica, sino también a otras cuestiones que cada día van siendo más objeto de inspección y control por varios grupos sociales, políticos, financieros, etc., implicados en la organización y en los recursos de la sanidad. Antaño el médico participaba en una “actividad sin pérdidas” en la que no se le exigía ninguna justificación de su ejercicio y su eficacia, moviéndose en el ancho campo de la libertad clínica, pero el desarrollo moderno de la Medicina ha introducido cambios y necesidades importantes como el incremento del gasto sanitario, la limitación de los recursos, el control de la calidad asistencial, la decisión en las actuaciones sanitarias, el reparto de responsabilidades, etc., que ha implicado en su organización y seguimiento a partes bien preparadas para ello, pero distantes de la estricta actividad clínica del médico. Se han creado así una doctrina y una práctica de gestión sanitarias, que si por una parte se manifiestan como imprescindibles y beneficiosas en términos sociales y económicos, por otra, no pocas veces crean en el médico la dificultad agobiante de acoplar sus concepciones científicas, técnicas, humanistas y éticas al cumplimiento parametrado exigido por las técnicas de gestión. Situado con frecuencia entre su perspectiva puramente médica hacia el enfermo y la perspectiva socioeconómica hacia la enfermedad de la Administración sanitaria, el médico está obligado a conjugar ambas tendencias en un ejercicio que se espera resulte beneficioso para el paciente y la sociedad. Buen médico será no sólo, por supuesto, el aplicado cumplidor de los criterios de gestión, sino el que añada a su fundamental competencia clínica y a los compromisos éticos y humanistas de la Medicina, la atención necesaria a cuestiones administrativas de la práctica, en un equilibrio potencialmente conseguible.

El comportamiento del buen médico debe ser acorde con la ética. La ética médica moderna se sostiene en tres principios morales que corresponden, respectivamente, al médico, al paciente y a la sociedad: el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia y el médico debe hacer todo lo posible por respetarlos y cumplirlos todos y de forma equivalente, lo cual no siempre es fácil y, a veces, es imposible. Buen médico será el respetuoso y cumplidor con estos preceptos morales y el que en el caso de tener que aplicar alguno en detrimento de otro, sea capaz de tomar una decisión fundamentada y lógica, es decir, extraída de la teoría y los códigos éticos y de su propia racionalización. Más difícil es la cualificación del médico cuando su acción u omisión plantean un conflicto entre su personal concepción moral y la ética convencional al uso. ¿Será bueno el médico que ante determinadas situaciones como el aborto, la eutanasia, la privación o retirada de tratamiento, la pertinencia y cualidad de información al paciente, etc., actúe más de acuerdo con su ética propia que con la ética codificada? La respuesta no puede ser simple y será dada de acuerdo con las concepciones fundamentales de cada uno, pero, realmente, tal controversia suele quedarse en la incertidumbre teórica, porque en la práctica el brazo disuasorio de la ley inclina la decisión hacia lo establecido.

El humanismo médico debe entenderse y aplicarse según dos formas que le constituyen: una, la derivada de la actitud, ya descrita, que el médico tiene con el paciente, considerando en éste, al lado de su particular patología, su condición de persona doliente, de hombre en estado de enfermedad. Se trata, en esencia, de la atención que en la clínica tiene el hombre médico con el hombre enfermo sobre la relación humana que entre ellos se establece, como un impulso humanitario que le viene al médico desde la inicial vocación de ayuda y se mantiene como actitud amorosa hacia el paciente. Tal actitud se desarrolla en el periodo de formación médica y es predictiva de la futura satisfacción de los pacientes. La otra forma que completa el humanismo médico se refiere al estudio y conocimiento científicos de la múltiple vertiente humana del paciente y su aplicación en la clínica. Esta es la versión médica del verdadero humanismo, que en sentido estricto significa el conocimiento del ser humano y la atención a éste según tal conocimiento, lo cual se consigue, en lo que a la Medicina se refiere, mediante el estudio científico de las disciplinas que, desde hace años y siguiendo el modelo americano, se denominan Humanidades médicas (Antropología, Sociología, Psicología médicas. Historia de la Medicina, Bioética, etc.). Las Humanidades médicas, fundamento del humanismo médico científico, permiten desde la perspectiva particular de cada una, la apertura a la múltiple realidad humana del paciente y en ellas reside la esperanza de rescatar la vieja tradición antropocéntrica de la Medicina de corrientes cada vez más técnicas y alejadas del hombre.

Buen médico será el que emplee su condición de persona en la persona doliente del enfermo mediante actitud de ayuda humanitaria, pero mejor podrá serlo si dispone del conocimiento de las Humanidades médicas que le permitirá una visión diacrónica y sincrónica del hombre como ente capaz de estar sano, ser enfermable, ser enfermo, sanar y ser mortal y aplicar esta visión general a la realidad particular de cada enfermo.

La profesionalización no es sólo un proceso de adquisición de conocimientos y pautas organizadas de conducta, necesarios para comportarse como profesional dentro de los cauces legales, éticos y sociales que cada profesión establece, sino también otro proceso de desarrollo sutil, no explícitamente organizado, que procura al profesional unas condiciones personales para cumplir con satisfacción su papel en la sociedad y que ha sido denominado socialización profesional. La socialización profesional es un proceso social que genera en el individuo una autoimagen con sentimientos de idoneidad y satisfacción, necesarios para un buen cumplimiento de su profesión. Esta adaptación psicosocial y personal del médico a su ejercicio profesional debe incluir valores éticos, sociales, científicos y antropológicos que, en alguna medida, están ya impresos en el impulso vocacional y luego se desarrollan durante el periodo formativo y la práctica médica. El médico obligatoriamente debe ser cumplidor y responsable de los preceptos y reglas que están establecidos para el ejercicio de la Medicina, pero el buen médico, además, ha conseguido sentimientos de autoestima y autosatisfacción como consecuencia de su adaptación psicosocial a lo que hace. Esta socialización profesional es como la última capa que adquiere el buen médico por encima de sus cualidades científicas, técnicas, humanas y éticas.

Adaptando lo escrito a la inicial definición del médico, podemos concluir que buen médico es, sustancialmente, aquel que es o ha logrado ser buena persona en el sentido que aquí la definimos, que decidió ser médico por deseo de saber y voluntad de ayuda, para lo cual obtuvo y mantiene un buen estado de conocimientos pertinentes, habilidades necesarias y una actitud amorosa hacia el paciente, lo cual le permite una práctica clínica en términos técnicos, humanos y administrativos competente, en el marco del cumplimiento ético y profesional y de la concepción antropológica de la Medicina y del paciente, todo lo cual concluye en satisfacción para el enfermo, la comunidad y para él mismo. Como se ve es un esquema aplicable al buen médico de todas las épocas y de todos los sitios, sólo modificable accidentalmente por condiciones del tiempo y del espacio y que viene a identificarse puntualmente con las tres clásicas obligaciones de la actividad médica: saber, hacer y sentir.

Sin embargo, las condiciones actuales de la Medicina, han propiciado la existencia de un médico bien informado, cuya destreza personal en el juicio y manejo clínicos está apoyada, a veces sustituida, por técnicas diagnósticas y terapéuticas de extraordinaria eficacia. Este médico en posesión del saber y el hacer operativamente suficientes, puede no necesitar nada más para que su actividad clínica, en términos científicotécnicos, resulte eficaz, pero ¿podrá ser considerado plenamente buen médico si no añade a lo que sabe y lo que hace todo lo que cabe médicamente en el verbo sentir: la condolencia, la actitud amorosa, la voluntad de ayuda, la benevolencia, la concepción antropológica del paciente, etc.? Seguramente no, porque para que la patología sea plenamente humana y el saber y el hacer del médico con respecto a ella no queden reducidos a la actividad científicotécnica, el buen médico debe añadir el conocimiento más completo posible de la múltiple realidad humana del paciente y envolver su ayuda técni-

ca en una personal actitud amorosa. Sólo así la patología adquiere categoría humana y el médico que la atiende, la completa condición de buen médico.

Podría parecer, de tanto repetirlo, que este apócope “buen” se ha quedado con un reducido contenido retórico o especulativo, sólo utilizable en divagaciones teóricas sobre el médico y, sin embargo, significa mucho aplicado a la clínica porque, con el contenido que aquí hemos descrito, facilita y completa su práctica, permite la plena satisfacción del paciente y, a la postre, acaba volviendo hacia el médico, desarrollando en él sentimientos de autoestima y autosatisfacción que son, en términos personales, la más importante ganancia que genera este oficio.

Anales de Medicina Interna (Madrid) 1998

MÉDICOS MALOS, PERVERSOS Y MALVADOS

La consideración de médico se refiere principalmente a la competencia científicotécnica que permite conseguir, de una manera relativamente constante, una buena eficacia clínica, es decir, unos buenos resultados diagnósticos y terapéuticos y encontrarse continuamente en disposición de solventar una eventual prueba de capacitación específica.

Esta competencia científicotécnica del médico abarca dos aspectos que se interrelacionan y se complementan: los conocimientos y las habilidades.

- **Conocimientos:** El médico debe tener conocimientos de la ciencia y la técnica médicas que deben ser suficientes, pertinentes y en constante actualidad para su aplicación satisfactoria en los problemas de salud del individuo y de la comunidad. Pero además de conocimientos científicos y técnicos, el médico debe poseer otros de índole distinta. Al menos dos: uno, de nueva aparición, que atañe a teorías y técnicas de gestión sanitaria en las que el médico se encuentra necesariamente implicado; otro, referido a las disciplinas que sustentan el humanismo científico y que se denominan Humanidades Médicas (Antropología, Sociología y Psicología médicas, Historia de la Medicina, Bioética) a partir de las cuales la práctica médica es capaz de adquirir su imprescindible categoría antropológica.
- **Habilidades:** Las habilidades prácticas son un conjunto de acciones que conducen a la realización precisa y segura de un acto, es decir, constituyen la destreza del ejecutor. Las habilidades fundamentales que el médico debe poseer se refieren a la obtención de la historia clínica, la realización de la exploración física y el manejo de pruebas complementarias. El médico puede poseer otras habilidades propias del campo o especialidad donde realiza su práctica y en el caso del médico general puede adquirir destreza en algunas técnicas instrumentales no complejas que convencionalmente pertenecen a otras especialidades.

Además de los conocimientos y habilidades necesarios, imprescindibles para la obtención del título académico y mantener su formación continuada, el médico debe reunir otras condiciones que sobrepasando la categoría científicotécnica, corresponden al orden moral, es decir, a caracteres y acciones del médico que condicionan su conducta e inciden en su cualificación de bueno o malo. Resumidas someramente, son las siguientes:

Condiciones psicológicas

Un conjunto de características personales de índole psicológica, deben estar presentes en el médico para constituirse como tal y hacer posible su ejercicio práctico:

- **Buena persona.** El concepto de “buena persona” es ciertamente impreciso e indefinido, pero en sus notas más esenciales es entendido y compartido por el común de los mortales. Con algún calado mayor lo hemos intentado explicar en “El buen

médico” y allí admitimos que la mayoría de los pensadores antiguos y modernos de la Medicina que se han ocupado de esta cuestión y con ellos el sentir general de las gentes, reconocen que la buena condición de persona del médico es necesaria, al menos deseable, para serlo con plenitud y eficacia. Yo comparto plenamente esta apreciación, pero no sé si esta condición es imprescindible, pues he conocido a auténticas malas personas en su vida social, que dotados de las condiciones científicotécnicas y morales del médico, han logrado una práctica médica competente. En cualquier caso, esta eventualidad no me parece frecuente.

- **Buena actitud.** Actitud es una disposición afectiva, relativamente constante, hacia alguien o algo, en este caso del médico hacia el paciente. Esta actitud afectiva reside en la filantropía, que desde Hipócrates sabemos constituye el fundamento de la Medicina. El amor al hombre, al prójimo, que desde su dimensión genérica se especifica para la Medicina en el enfermo, es el nervio vital de la esencia de ser médico. En esta radical actitud afectiva reside la voluntad de ayuda del médico al paciente y de la cual emergen la benevolencia, el deseo de hacer el bien al hombre enfermo y la beneficencia, la puesta en práctica de la mejor manera posible de los que como médico sabe, hace y siente para conseguir el bien deseado.

Pero en la entraña humana de la relación médico-enfermo, se enciende una llama que ilumina y calienta la afectividad del médico: la condolencia, la participación sentimental del médico en el padecimiento del enfermo. La condolencia constituye el núcleo ético de la relación médico-paciente, y es condición imprescindible en la estructura y el comportamiento del médico. Sin esta empatía con el paciente no se puede ser verdaderamente médico, aunque se cumplan los demás requisitos para serlo, porque significa la ausencia de relación entre personas, condición ineludible para que existan como tales el enfermo y el médico.

- **Buena textura mental.** Es necesario que la mente del médico tenga buena disposición intelectual para adquirir conocimientos y experiencias y procesarlos adecuadamente. Tal procesamiento es una actividad intelectual que tiene como principal motor la inteligencia, que aquí entendemos como la capacidad constante de utilización de un método mental capaz de elaborar juicios y solucionar problemas. La estructuración de este método mental depende principalmente del estudio y el pensamiento y cabe pensar que el médico lo ha conseguido como consecuencia de muchos años de estudio. También la metodología mental es imprescindible para el uso de habilidades y la toma de actitudes y enfoca no solo la categoría intelectual del médico, sino también su cualificación práctica y moral.
- **Buena disposición de habilidades.** La adquisición y disposición de habilidades dependen del aprendizaje y la experiencia que funcionan en el seno de la actitud personal del médico y apoyados por los conocimientos que posee, porque las habilidades no deben entenderse solo como un fenómeno físico, sino que tienen también un componente intelectual y moral. Como todas las habilidades humanas, las médicas tienen un componentes natural o ingénico, que hace clínicamente más habilidosos a unos médicos que a otros, aunque el componentes adquirido sea

semejante entre ellos. El médico debe disponer de las habilidades suficientes para realizar una buena historia clínica y una correcta exploración física y con la utilización de determinados exámenes complementarios ser capaz de elaborar un juicio clínico, que constituye una habilidad intelectual de categoría superior.

Condiciones morales

La ética médica moderna ha añadido al principio hipocrático de beneficencia, los de autonomía y justicia, en un acoplamiento obligado por las condiciones actuales de la Medicina y estos tres principios están presentes y desarrollados en todos los códigos modernos de la ética médica. Estos principios morales de beneficencia, autonomía y justicia corresponden respectivamente al médico, al paciente y al sistema y cada uno de ellos lleva la responsabilidad de su cumplimiento. Pero el escenario médico-social donde funcionan es tan complejo y complicado que no es infrecuente que en la práctica aparezcan problemas por conflictos entre ellos. Tales conflictos pueden llegar a plantear en el médico problemas de aplicación y de conciencia y en la búsqueda de su solución el médico debe acogerse prioritariamente al principio cuyo cumplimiento es de su responsabilidad, es decir, el de beneficencia, intentando hacerle compatible con los otros dos principios y si no es posible, hacerlo prevalecer. También pueden plantearse en la práctica problemas y circunstancias no recogidos explícitamente en los códigos al respecto y entonces el médico debe utilizar su natural sentido ético, como una disposición constante para la práctica de lo lícito y beneficioso y el rechazo del ánimo hacia lo ilícito y perjudicial, que permite cumplir con el deber no escrito. Marañón ha señalado reiteradamente que la buena moral consiste más en descubrir y utilizar animosamente deberes propios que en cumplir meticulosamente reglas generales.

Condiciones profesionales

La profesión de médico se realiza en la sociedad y en beneficio de ella, es por tanto, una actividad eminentemente social. La categoría profesional se consigue mediante un proceso llamado profesionalización, que no consiste solo en la adquisición de conocimientos y pautas organizadas de conducta para comportarse como profesional dentro de los cauces legales, éticos y sociales de cada profesión, sino también en otro proceso sutil y solapado con el anterior, no explícitamente organizado, que procura al profesional unas condiciones personales para cumplir con satisfacción su papel en la sociedad y que denominamos "socialización profesional". Consiste en un proceso que genera en el individuo una autoimagen con sentimientos de idoneidad y satisfacción, necesarios para un buen cumplimiento de su profesión y en la sociedad donde ejerce una aceptación favorable y satisfactoria. El acoplamiento social al ejercicio profesional se desarrolla influido por circunstancias del médico que son personales o extrapersonales. Entre las primeras están:

- a) El motivo o la intención del médico en su ejercicio profesional. Qué duda cabe que el distinto ánimo de ayudar, conocer o ganar que posea el médico influyen en el

modo social de ejercer la Medicina; como también parece indudable que el medio social donde el médico ejerce puede aumentar o disminuir cualquiera de esos motivos o intenciones.

- b) La mentalidad del médico, según sea burguesa o proletaria, progresista o conservadora, religiosa o laica, parece evidente que puede influir en el estilo del ejercicio profesional.

Entre las circunstancias que desde fuera de la personalidad del médico pueden incidir en su práctica asistencial están:

- a) La modalidad del ejercicio profesional, que en la práctica es diversa: libre, institucional, contractual, societaria, hospitalaria, domiciliaria, etc., capaces cada una de inducir modos distintos de realizar la asistencia sanitaria.
- b) Los medios técnicos disponibles, reflejo de la situación social, marcan claramente la forma de hacer la medicina, diferencias que tienen su escenario más representativo en el contraste entre Medicina rural y urbana.

Este boceto de la estructura elemental del médico, está trazado con los rasgos principales que le constituyen –formación científicotécnica y condiciones psicológicas, morales y profesionales– que cuando son positivos corresponden a lo que normalmente debe ser un médico. En otro lugar (*El buen médico*) he señalado que la buena calidad de estos constituyentes define al buen médico, pero para ser más preciso y concreto, me parece que la posesión y buena aplicación de tales ingredientes definen sencillamente al médico, cómo y qué debe ser el médico, y sobra la calificación de bueno, que se sobreentiende de la misma manera, disculpando la comparación, que al soldado se le reconoce el valor sin haberlo manifestado todavía. Si la simple presencia de esos componentes configuran al verdadero médico, la ausencia o alteración le califican de malo, perverso o malvado, aunque se mantenga por inercia la denominación de médico. Pasemos la vista detenidamente por la figura de cada uno de estos tipos indeseables.

EL MÉDICO MALO

El médico malo o mal médico, distinción más gramatical que semántica, es aquel con título de médico que no tiene o utiliza mal las características imprescindibles del verdadero médico. Por tanto, ello puede ocurrir en los que se refiere a la competencia científico médica como a las otras condiciones psicológicas, morales o profesionales del médico.

No se puede ser médico sin tener conocimientos médicos, pero esta eventualidad en términos absolutos, no se encuentra en la práctica. Sí en cambio, la posesión de conocimientos puede tener otros defectos: a) ser escasos, insuficientes para una buena práctica médica y no solo en lo que se refiere a los de contenido técnico, sino también a los de contenido antropológico, cuya adquisición se hace mediante el estudio de las

Humanidades médicas y que resultan imprescindibles para una práctica completa y eficaz; b) no ser adecuados o pertinentes y, por tanto, inapropiados para ser aplicados a los problemas de salud del enfermo y la sociedad; c) estar estancados en el tiempo, al margen de la evolución constante a que están sometidos; d) mal procesados intelectualmente, con lo cual se facilita su mala aplicación y el error. Sin este procesamiento intelectual de los conocimientos, el médico no puede hacer bien lo que no sabe bien y a lo más que llega es a conocer lo que hace pero no a saber lo que hace. Parece claro que cualquiera de estas calificaciones negativas de los conocimientos del médico, es capaz de condicionar una mala práctica y, por tanto, la existencia de un médico malo.

Algo parecido puede decirse de las habilidades médicas: el que no las tienen o son defectuosas o las aplica mal, es un mal médico. Es cierto que el médico puede no poseer habilidad natural, pero siempre tiene a su alcance el entrenamiento necesario para desarrollarla. Si no se tienen las necesarias habilidades para hacer bien la historia y la exploración física y manejar adecuadamente los exámenes complementarios imprescindibles y, consecuentemente, no se puede establecer un juicio clínico, el médico está abocado desde el comienzo a una mala práctica clínica.

La ausencia o mala calidad de algunas condiciones del médico (psicológicas, morales, profesionales) sustenta la adjetivación de malo. El trastorno de estas condiciones puede ser: a) la ausencia de una actitud amorosa que impida la voluntad de ayuda al enfermo y aborte en el médico la aparición de condolencia –la ausencia de empatía amorosa entre médico y paciente, la condolencia del primero con el segundo, secciona de tajo la raíz de ser médico–; b) la falta de un buen método mental para procesar adecuadamente conocimientos y experiencias, consecuencia de poca inteligencia o poco estudio; c) mal cumplimiento de los principios éticos convencionales con especial atención al de beneficencia, que por antonomasia corresponde al médico, pero también en lo relativo a los de autonomía y justicia equitativa (es cierto que en este que estamos denominando médico malo, puede darse la ausencia de benevolencia y beneficencia, pero no la conversión respectiva en malevolencia y maleficencia que son, como veremos, propias del médico malvado; también la parvedad o la pasividad en la promoción de recursos propios, morales e intelectuales, para encontrar el comportamiento lícito y bueno, en situaciones sin amparo legal o preceptual, así como subyugar la actitud moral a prejuicios sociales, políticos o religiosos con perjuicio de la acción benefactora del médico, son contingencias que pueden darse en el médico malo); d) médico malo será obviamente el que transgreda o cumpla mal las leyes, preceptos, normas de la profesión y estará en camino de serlo el que no haya conseguido un buen estado de profesionalización, por tanto, sin haber desarrollado los sentimientos de autoestima y autosatisfacción.

Como se ve, el médico malo puede serlo por varias razones, pero dos son a mi juicio las más importantes: la mala competencia científicotécnica y la escasa o nula disposición amorosa hacia el paciente y me parece más significativa y peligrosa la primera que la segunda. Un binomio causal con dos componentes, uno técnico y otro moral, que ha

permitido a algunos la distinción semántica entre médico malo y mal médico, el malo por defecto técnico y el mal por defecto moral. Tenga consistencia o no esta distinción, nosotros no la utilizamos y seguiremos hablando indistintamente de médico malo y mal médico. Lo cierto es que se puede ser mal médico por una razón o por la otra e incluso adoleciendo de una, el resultado final de la acción del médico puede ser aceptable. Se puede tener una mala competencia clínica y a la vez una sólida formación moral con firme voluntad de ayuda y fuerte sentimiento de condolencia y puede ocurrir al revés, buena formación científicotécnica y ausencia total de actitudes morales. Esta última vertiente me parece más frecuente en la Medicina actual. Condiciones (técnicas, sociales, económicas, políticas, etc.) que han aparecido o se han exagerado en la Medicina de hoy, han propiciado la existencia de un médico bien preparado y con buena competencia medicotécnica que no utiliza en su práctica ningún componente de la medicina antropológica, bien porque no tienen formación en ella, bien porque el *tempus* de su práctica no se lo permite, bien porque cree que la eficacia de las técnicas médicas no lo hace necesario. La ausencia en el médico de amor al paciente, de su consideración como persona, de voluntad de ayuda, de benevolencia, de condolencia, que son consecuencias donde se realiza la Medicina antropológica, es incompatible con la calificación de médico bueno o buen médico o, siguiendo el concepto estricto antes expuesto, simplemente de médico.

La consecuencia casi obligada a la que está abocado el médico malo es la mala praxis, que en definitiva consiste en no conseguir el objetivo primordial de la acción médica: hacer bien al enfermo y no perjudicarlo. El error, la imprudencia y la negligencia son las formas en que se realiza y se expresa la mala praxis médica. El **error** en sentido estricto supone la realización de una acción desacertada o equivocada y en lo que atañe al médico cuando piensa, indica y ejecuta procedimientos erróneos. Las causas del error están en la ignorancia y en la impericia del médico, es decir, en una mala competencia científicotécnica. La **imprudencia** consiste en la realización de un acto sin el necesario discernimiento entre lo que es bueno o malo, para hacerlo o no hacerlo, por tanto, supone afrontar un riesgo sin tomar precauciones para evitarlo. En la práctica es casi siempre una conducta positiva: hacer más de lo que se debe hacer con riesgo de resultado negativo, por ejemplo, indicar o ejecutar una intervención compleja y peligrosa para solucionar un problema que no la necesita; aumentar las dosis de un medicamento por encima de lo indicado con riesgo de efectos adversos; indicar técnicas peligrosas no estrictamente necesarias, etc. La imprudencia médica se sostiene en la mala textura mental del médico, incapaz de elaborar un acertado discernimiento y en una equivocada disposición de habilidades, con el telón de fondo de una defectuosa formación científicotécnica y del escaso respeto al principio de autonomía del paciente. La **negligencia** es omisión o descuido con falta de aplicación acertada y adecuada. Se la considera en la práctica una conducta negativa relacionada con la aplicación de medidas insuficientes. Una forma especial de negligencia es la inobservancia de leyes, preceptos, reglamentos, etc., tanto de índole clínica como profesional, que son de obligatorio cumplimiento por el médico. La razón principal de la negligencia está en la mala constitución

moral del médico, que debe ser extremadamente cuidadoso con el principio de beneficencia y no omitir nada en su completa ejecución. Si el error es una consecuencia técnica de la mala praxis del médico, la negligencia es principalmente una consecuencia moral.

La consideración jurídica del error y de la negligencia médicos está sometida a numerosas circunstancias, matices e interpretaciones de cada caso particular. En cualquier caso no son eventualidades dolosas porque falta la intencionalidad de cometer el acto y causar sus consecuencias, pero sí culposas que exigen la responsabilidad del médico, aunque la Justicia suele ser más comprensiva con el error que con la imprudencia y la negligencia.

EL MÉDICO PERVERSO

En el término perverso pueden contemplarse dos acepciones: una que corresponde al origen literal de la palabra, que proviene de *versus* que quiere decir “hacia” y no “contra” como habitualmente se utiliza, significando entonces el término perverso la alteración del curso, el orden, el *versus* habituales de las cosas o de los actos. La segunda acepción supone el sentido lato del término por la contaminación moral de su etimología, concediendo a la acción del sujeto perverso la cualificación de mala o dañina. Esta segunda acepción es la generalmente admitida en la práctica y se refiere a lo que el sujeto perverso hace, el mal, y la primera alude a cómo lo hace, alterando el *versus* de la acción.

En la definición de médico perverso que aquí vamos a utilizar predomina la segunda acepción sobre la primera, es decir, cómo lo hace sobre lo que hace. La característica principal del médico perverso es la alteración de su conducta hipocrática (benevolencia y beneficencia) desviándola del paciente a otras personas. No obstante hay al menos dos supuestos (eutanasia, aborto) en que la conducta alterada recae sobre el paciente, ocasionando características especiales de la conducta del médico perverso. En términos generales el médico perverso no desea el bien para el paciente ni se lo hace, porque tanto la voluntad como la acción son para otros.

En estas notas se atisba ya la distinción entre médico malo, perverso y malvado. En el médico perverso no existen beneficencia ni benevolencia referidas al paciente, pero tampoco deseo de hacerle el mal (malevolencia) ni hacérselo directamente (maleficencia). El médico malo tiene benevolencia y desea la beneficencia, pero no la consigue porque se lo impiden el error, la imprudencia o la negligencia. El médico malvado es malevolente y maleficente: no tiene voluntad de hacer el bien al paciente sino el mal y se lo hace. Además de estas características, a las que hay que añadir como trastorno afectivo muy importante la ausencia de condolencia con el paciente, el médico perverso puede poseer otras de índole psicológica, moral y profesional. En términos psicológicos, el médico malo y el perverso pueden no ser malas personas, no así el malvado que siempre lo es. En cuanto a los principios morales, el médico perverso y el malvado, además de sus compromisos con el principio de beneficencia, conculcan también el de autonomía del paciente y no pocas veces entran en conflicto con el de justicia. Estos dos tipos de médicos tienen un grave disturbio en su profesionalización, porque además

de no cumplir con los preceptos y normas de la profesión han sido incapaces de desarrollar sentimientos de autoestima y autosatisfacción.

El estado de la competencia científicotécnica y la intencionalidad del mal producido, son otros dos factores útiles para la diferenciación de estos tipos médicos. La más significativa expresión de la mala praxis del médico malo es el error, consecuencia de la mala formación medicotécnica. En el perverso y en el malvado la competencia científicotécnica puede ser buena aunque está alterada su aplicación, desviada en el caso del primero y malintencionada en el del segundo. Cuando se produce mal al paciente, la intencionalidad de producirse también es distinta en estos médicos: en el malo no hay nunca intención voluntaria de hacer mal; en el perverso el mal producido es una consecuencia indirecta no voluntaria de su acción médica alterada; en el médico malvado está siempre presente la intención de hacer mal al paciente y eventualmente a otras personas. Dicho en escueto, la malevolencia voluntaria y directa es exclusiva del médico malvado.

Hay que señalar que estas notas diferenciales están hechas con rasgos exageradamente nítidos y estrictos, pero en la práctica pueden darse contingencias especiales, que ahora veremos, capaces de difuminar la pretendida nitidez con que han sido trazados.

La acción perversa, pervertida, alterada del médico perverso, se realiza siempre en beneficio de alguien, que unas veces puede ser el mismo médico, otras el paciente y otras terceras personas. Cuando el médico busca su propio beneficio, lo realiza mediante el ejercicio del abuso. El abuso puede ser económico, cuando en la relación médico-enfermo predomina el afán de lucro del primero sobre el segundo, mediante una desproporcionada exigencia de honorarios. El abuso puede ser de autoridad: el enfermo muchas veces ocupa la parte más baja del gradiente médico-enfermo y el primero, desde su mayor autoridad moral, técnica o simplemente circunstancial, se apodera del ánimo del paciente y ello puede redundar desde en el simple disfrute de un sentimiento de superioridad hasta el aprovechamiento del estado de ánimo del paciente para realizar cualquier abuso sobre él. El más abyecto de estos abusos médicos es el que atenta contra la libertad sexual del paciente, utilizando la intimidación, el engaño, la inconsciencia o el atentado físico directo.

La eutanasia y el aborto, que el médico realiza en beneficio del paciente, representan casos especiales de conducta perversa del médico. En ambos supuestos existe voluntad de ayudar al paciente en su problema y se la brinda al respecto, pero la acción médica condiciona efectos secundarios no buscados primariamente, con consecuencias distintas a los principios médicos de oponerse a la muerte y no oponerse a la vida. Se trata de lo que desde Tomás de Aquino se llama *causa de doble efecto*: en la eutanasia y el aborto la acción médica es la causa y los efectos son el beneficio del paciente en ambos casos y la muerte en el primero y la interrupción del embarazo en el segundo. La eutanasia necesita la acción u omisión directa del médico o la provocación consciente de efectos secundarios letales en la utilización de procedimientos terapéuticos. El médico

es el protagonista de este evento mortal y el enfermo el coprotagonista, mediante su consentimiento *in vivo* o su testamento vital. Prescindiendo de consideraciones morales, sociales, jurídicas, religiosas, etc. y ciñéndonos a la conducta del médico, esta debe ser contemplada aquí como alterada o pervertida de una forma especial, que consiste en la conjunción de benevolencia con una beneficencia alterada: se hace principalmente el bien al paciente en cuanto a su deseo, pero este hacer bien está alterado por el mal que se hace a su vida. Consideraciones semejantes merece otro supuesto próximo a la eutanasia cual es el suicidio asistido, donde el protagonista es el suicida, enfermo o no, y el médico el coprotagonista al proporcionarle de forma intencionada y consciente medios o procedimientos médicos para cometer la acción, como son el asesoramiento o prescripción de medicamentos y dosis letales. También aquí la conducta del médico se mueve entre la benevolencia de ayudar al suicida y la beneficencia distorsionada por la dualidad del bien que se hace al sujeto ayudándole en su empeño y el mal que acarrea su ejecución. Son ejemplos oportunos el caso del Dr. Kevorkian que organizó el suicidio de 130 de sus pacientes y se declaró como activo defensor de la eutanasia y el médico austriaco Philip Nitkchke que hizo toda su carrera como inventor de sistemas para suicidarse. Ambos declararon su afán de ayudar al prójimo facilitándole la muerte. Finalmente, hay que citar como otra forma especial de conducta perversa del médico, la distanasia, que alude al encarnizamiento o ensañamiento terapéuticos mediante el empeño ciego de retrasar la muerte del paciente sin su consentimiento y sin seguridad alguna de regresar a la vida., La consecuencia de la distanasia es la llamada cacotanasia (del griego *kakos*, malo) o mala muerte, el reverso de la eutanasia. Unas veces la distanasia acontece movida por la inercia irracional del médico en su lucha contra la muerte y otras, seguramente las más frecuentes, para obtener ventajas ajenas al interés del paciente. Si en el primer caso se trata de una conducta presidida por el absurdo, en el segundo no hay verdadera benevolencia y no hay beneficencia, por lo tanto, esta conducta se aproxima al territorio del médico malvado.

Otra eventualidad clínica en la que puede darse una conducta alterada o perversa del médico en beneficio del paciente es el aborto inducido no terapéutico. Su lectura, con la óptica que estamos utilizando, es semejante a la de la eutanasia. En el aborto la voluntad de ayuda del médico está dirigida a aliviar o solucionar el problema que la mujer tiene para o por mantener su embarazo, es por tanto una benevolencia propiamente médica y la acción consiguiente puede considerarse beneficiante. Otra cosa es cuando el médico se hace cómplice del simple deseo, no suficientemente justificado y fuera de los supuestos que contempla la ley, que la mujer alega para suspender su gestación. Aquí no existe verdadera benevolencia médica y la supuesta beneficencia es discutible y en conflicto con la ley. Como en el caso de la eutanasia, el aborto provocado no terapéutico y legal, se inscribe también en el concepto aquiniano de “causa de doble efecto”: benevolencia para con la mujer, beneficencia para ella pero lastrada por un mal no primariamente buscado cual es la inviabilidad del nonato.

También en los casos en que la actuación del médico perverso va dirigida en beneficio de

terceros, hay que aceptar que sus comportamientos ético y profesional se encuentran trastornados. Además del caso citado de la distanasia en beneficio ajeno al paciente, la conducta perversa puede realizarse mediante el falseamiento de peritajes, partes, certificaciones, etc., o adulteración fraudulenta de resultados de ensayos, experimentos, encuestas, etc., que beneficien a alguien distinto del paciente. En este tipo de conducta médica no hay benevolencia dirigida al paciente que no obtiene beneficio de la acción realizada y es, en el mejor de los casos, un “invitado de piedra” en la escena de la actuación médica.

EL MÉDICO MALVADO

Ya se han apuntado algunos rasgos del médico malvado, cuya principal característica es la conversión de la benevolencia y la beneficencia en malevolencia y maleficencia respectivamente. Hay voluntad de hacer mal al paciente y se ejecuta la acción pertinente para conseguirlo, utilizando su competencia médica. Esta conducta malvada del médico puede trascender al paciente y recaer en sujetos no enfermos.

El médico malvado puede realizar su actividad como tal de cuatro maneras distintas: el asesinato, la tortura, la experimentación y la ejecución, sin perjuicio de que lo haga en otras circunstancias de menor calibre y difícil identificación. Hay que puntualizar que si el asesinato y la tortura son maneras propias del médico malvado porque buscan directamente producir el mal, la muerte o el suplicio respectivamente, la experimentación y la ejecución no se caracterizan por la búsqueda directa del mal, sino que este se produce voluntaria y conscientemente, pero no como fin sino como medio. Producir el mal obligatoriamente en una persona (sufrimiento, dolor, enfermedad, lesión, incapacidad, muerte) buscando un hipotético bien para otros y hacerlo al margen del conocimiento y consentimiento de aquella persona, es un acto de maldad no mitigado en absoluto por la bonanza de su finalidad. Participar en la pena de muerte a instancia de lo que sea y de quien sea, convierte al médico en malvado al cambiar su promesa hipocrática de defender la vida por la colaboración en destruirla. Tanto la experimentación inhumana como la ayuda a la ejecución mortal, son acciones que van más allá de la perversión médica y llegan a la maldad, la maldad que reside en el venenoso precepto de que el fin justifica los medios.

El asesinato

El médico malvado puede cometer asesinato o participar en él según tres modalidades: a) el asesinato en masa; b) el asesinato en serie y c) la modalidad individual o personificada. Parece innecesario señalar que para que el asesinato pueda ser calificado como médico, el asesino tiene que utilizar en su ejecución sus especiales condiciones profesionales; si utiliza otros medios ajenos a su condición de médico será simplemente un asesino, pero no un médico asesino. Igualmente, cuando participa, programa, asesora o colabora en la comisión de un asesinato, tendrá que utilizar sus conocimientos y habilidades específicas para ser considerado médico asesino, si no es así, será simplemente un cómplice de asesinato.

El asesinato en masa

De los asesinatos cometidos en masa con la participación de médicos, son paradigma los llevados a cabo por el régimen nacionalsocialista del III Reich. Todo debió empezar en 1905 cuando el médico Alfred Ploetz fundó en Berlín la “Sociedad para la Higiene Racial”, sin indicación todavía de operaciones eugenésicas. Basada en los principios de esta Sociedad, se publica en 1920 la obra de Binding y Hoeche, cuyo título en español es **Autorización para aniquilar vidas indignas de ser vividas**, que con los calificativos de científica y progresista dejó la puerta abierta a la barbarie eugenésica. En 1934, entró en vigor la “ley para la prevención de la descendencia con enfermedades hereditarias” que permitía la esterilización forzosa. Se practicará en todas aquellas personas que padezcan los siguientes procesos (utilizando la nomenclatura a la sazón): debilidad mental congénita, esquizofrenia, locura maniaco-depresiva, epilepsia hereditaria, baile de San Vito (corea de Huntington), ceguera hereditaria, sordera hereditaria, malformaciones físicas hereditarias, alcoholismo crónico. Quiso incluirse en esta lista a los sujetos con predisposición criminal, pero no se hizo para “no abandonar la base puramente médica de la ley”. No obstante, para no dejar cabos sueltos, meses después se promulgó otra ley (fue una vorágine de leyes) contra delincuentes peligrosos para la sociedad, que también debían ser sometidos a castración.

Los médicos oficiales y directores médicos de instituciones (incluidos prisiones y campos de concentración) eran los que proponían las esterilizaciones y ellos y otros especializados, los que las realizaban. En aras de la higiene de la raza (se desaconseja el término eugenesia originario de países anglosajones) se organizó la acción T4 para limpiar la raza aria de homosexuales, discapacitados, enfermos psíquicos, portadores de trastornos hereditarios, ancianos inútiles, etc., siendo asesinados o esterilizados más de 200.000 alemanes no judíos, entre ellos 5.000 niños, con la piadosa disculpa de evitarlos una vida indigna de ser vivida. Los asesinatos se camuflaban en establecimientos sanitarios de Alemania y Austria, donde los médicos producían la muerte con gases, medicamentos, tóxicos, etc., y certificaban la muerte por causas naturales. Esta “eutanasia salvaje” fue ordenada por Hitler y programada por su médico personal, Dr. Karl Brandt. La acción T4 fue la base para la puesta en marcha de la “acción especial 14 F13” dirigida a aniquilar “vidas indignas de vivir y otras razas” con el fundamento teórico del darwinismo social y la higiene de razas. Supuso además una experiencia muy útil para poner en práctica la solución final del problema judío, llevada a cabo en los campos de exterminio y a la que se añadieron gitanos, asociales, comunistas, prisioneros políticos, incapaces para el trabajo, etc. Esta operación fue diseñada por el comandante de las SS Reinhard y controlada por el *Reichshführer* Henrich Himmler, ambos con el asesoramiento constante de médicos de las SS.

¿Pero qué ocurrió para que tantos médicos alemanes colaboraran en la barbarie del Holocausto? Dos razones se me ocurren: la obligación política y la intoxicación ideológica. La doctrina explícita de Hitler obliga a todo ciudadano alemán a someterse sin condiciones y sin críticas, a los dirigentes del estado nacionalsocialista y quien no lo

haga debe ser eliminado de la vida pública. Además de exigir esta sumisión, Hitler refuerza su poder letal con decretos que otorgan a las operaciones eutanásicas carácter totalmente legal. Con esta obligación y este amparo legal, era muy difícil zafarse de las decisiones del poder y más en aquellos años de envenenado clima social. No obstante, se esgrimieron, sin éxito, en la defensa de los médicos implicados durante los juicios de Núremberg. Por otra parte, a veces sumándose a lo anterior, el dudoso atractivo de la doctrina nacionalsocialista que muchos sintieron, con su propaganda invasiva y su difusión apasionada, llegó a apoderarse de la conciencia y el ánimo de muchos médicos que intoxicados ideológicamente, sufrieron una perversa conversión de su ética médica, trasladando su aplicación individual a una aplicación al grupo: el médico ya no se debe al individuo sino al Todo, al pueblo, a la nación, a la raza, en suma, al Estado. Cambia su deber al individuo por el del Estado, traicionando de lleno el espíritu del Juramento Hipocrático. Y cuando ocurre esta perversión de la ética, el médico está en camino de transformarse en malvado por asesino y torturador.

Pero, por supuesto, no todos los médicos alemanes colaboraron en la barbarie, solo lo hicieron los de las SS y no todos, porque algunos, aun comulgando con la doctrina y las medidas del Estado, fueron incapaces de llevarlas a la práctica. Y hubo médicos que se opusieron valientemente a la esterilización y a la eutanasia salvaje e incluso salvaron la integridad y la vida de muchos desgraciados a riesgo de perder la suya o acabar en un campo de concentración. Este asesinato en masa de la Alemania nazi, en el que colaboraron y actuaron médicos malvados, es el de más terribles dimensiones que conoce la historia de la Humanidad, pero no el único. Ya durante la Revolución Francesa Jean-Paul Marat, que era médico, aseguraba que para conseguir la tranquilidad social habría que cortar 200.000 cabezas y casi lo consiguió. Entre 1937 y 1945, personal médico japonés participó en el asesinato de más de 10.000 chinos, rusos, americanos y otros prisioneros durante la II Guerra Chino-Japonesa. En Haití, el sanguinario “Papá Doc” Duvalier había sido antes de sus asesinatos en masa un humanitario especialista en enfermedades tropicales. Durante las dictaduras argentina y chilena los médicos intervinieron en la eliminación en masa de disidentes y prisioneros políticos y algo semejante ha ocurrido en otras dictaduras, revoluciones, invasiones, guerras, revueltas, etc., para oprobio y vergüenza de la Medicina.

El asesinato en serie

El asesinato en serie ha sido definido, con más o menos coincidencias, por la medicina forense y organizaciones judiciales y policiales, por la existencia de tres o más asesinatos en lugares distintos y en periodos de tiempo también diferentes aunque superiores a tres días. Entre los asesinatos es característico un “periodo de refresco”, durante el cual el asesino no presenta anormalidad alguna, ni psicológica ni conductual, que haga sospechar su proceder criminal. El asesinato en serie es distinto del asesinato en masa en el que el número de víctimas es elevado y se producen de forma simultánea, en el mismo o semejante lugar y en un espacio de tiempo relativamente corto. Tampoco debe confundirse con el asesinato relámpago (“spree killer”) que consiste en múltiples asesi-

natos (dos o más) en lugares diferentes (asesinos itinerantes) y en periodos de tiempo distintos. En el asesino relámpago no aparecen espacios intermedios de refresco emocional, no volviendo al comportamiento normal tras el asesinato.

Los asesinos en serie han sido categorizados, sin demasiada precisión, en organizados y desorganizados. Los organizados suelen presentar un coeficiente intelectual superior a la media (mayor de 105) y grados distintos de formación cultural y profesional. Planifican metódicamente sus actos criminales, lo que unido a sus no raros conocimientos de ciencia forense y a una conducta aparente de excelente persona, explica la frecuencia con que sus asesinatos tardan en descubrirse. Los desorganizados carecen de un cociente intelectual alto (80-95), cometen sus crímenes de forma compulsiva, no meditada como los organizados y, por tanto, no seleccionan a sus víctimas ni realizan una preparación adecuada de su acción criminal. Suelen tener poca conciencia moral y social de sus crímenes y entre ellos abundan los problemas sociales y mentales. En una controvertida “escala de maldad” que ideó el psiquiatra forense Michael Stone para los asesinos, los organizados y los desorganizados no se distinguen claramente por ocupar niveles distintos.

En relación con el motivo por el que actúan los asesinos en serie se han establecido varios tipos:

- Dementes, que actúan anormalmente en función de su locura. En contra de lo que suele pensarse a la ligera, la enfermedad mental, concretamente la esquizofrenia, no es frecuente en los asesinos en serie, y cuando existe se da exclusivamente en los desorganizados. Esto no quita para que se utilice ante los tribunales para exculpar a los asesinos en serie, aunque generalmente sin éxito. Más frecuente parece, sobre todo en los desorganizados, la presencia de algunos tipos de psicopatía.
- Misioneros o moralistas, cuya intención es deshacerse de personas consideradas indeseables, como homosexuales y prostitutas. El caso prototipo puede ser el de Jack el destripador, asesino de prostitutas en Whitechapel (Londres, 1888), cuya identidad, nunca descubierta, también fue adjudicada a un médico. El asesinato de prostitutas es frecuente en las listas de asesinos en serie, pero con escasa presencia de médicos, pero algunos hay como luego veremos.
- Hedonistas, que cometen sus crímenes por el placer de hacerlo, buscando la simple emoción malvada de matar o la satisfacción sexual no rara vezazonada de sadismo.
- Beneficiarios del crimen, habitualmente buscando el beneficio económico, pero también otros distintos como el científico, por ejemplo. Es uno de los motivos más frecuentes del asesinato en serie, sobre todo del organizado y entre los cometidos por médicos, el más frecuente.
- Finalmente, hay asesinos en serie que buscan poseer y ejercer el poder sobre sus víctimas, sobre su vida, su agonía y su muerte, sin sentido eutanásico, por el impulso

soberbio de parecerse al todopoderoso Dios. También en este grupo hay bastantes médicos asesinos en serie.

En la práctica, es habitual que en un asesino en serie predomine un motivo y haya indicios, más o menos marcados, de otros.

La Medicina forense ha estudiado la psicopatología del asesino en serie y ha descrito múltiples alteraciones: multiplicidad de estímulos (sexuales, económicos, de poder), sentimientos de inadaptabilidad, comportamiento antisocial, parafilias (necrofilia, amputaciones, etc.) perfiles de personalidad psicopática, etc. También se han detectado algunos rasgos anormales en la infancia y adolescencia de estos asesinos: abusos tanto sexuales como físicos y psíquicos, contenido anormal de sus fantasías (asesinato, violación, tortura, sadismo, etc.). En 1963 se describió como signo de alarma en la niñez de estos sujetos la llamada “triada maldita” o “conjunto MacDonald”, compuesta por piromanía, maltrato a animales y enuresis más allá de la edad en que normalmente los niños controlan este comportamiento. Falta muchas veces en los antecedentes de los asesinos en serie, al menos de forma completa, y ha sido cuestionada por muchos autores.

Hay una tendencia popular a considerar que el asesinato es una actividad frecuente entre los médicos, quizá pensando más en los casos no descubiertos que en los aclarados. Incluso el *British Medical Journal* ha llegado a decir que los médicos han dado más asesinatos en serie que cualquier otra profesión, solo comparable al ejército, por mano de ex-militares. Posiblemente tenga razón la revista inglesa en su comparación entre profesiones, pero en la larga lista de asesinos en serie que poseen la Policía, la Justicia, la Medicina Forense o la Psiquiatría, el porcentaje de médicos es realmente pequeño.

Según la fase de su vida profesional en que realiza su serie asesina, se han distinguido dos tipos: el temprano y el tardío. El temprano lo es tanto que ya apunta su tendencia en el apasionado afán de estudiar Medicina y adquirir poder sobre la vida y la muerte, por eso han sido llamados también médicos asesinos vocacionales. Suelen cometer sus actos criminales prontamente, en los primeros años de su ejercicio profesional. El tardío empieza su serie asesina después de años atendiendo y cuidando pacientes, frecuentemente crónicos, ancianos, impedidos, terminales, etc., movidos alguna vez por la compasión o las más por odio sádico a estos pacientes o como consecuencias del síndrome de *burnout* que acaban padeciendo. Este tipo es más abundante en el personal sanitario no médico, encargado del cuidado de los pacientes, y su presencia en las listas globales de asesinos en serie es más frecuente que la de los médicos.

Como queda dicho, los médicos asesinos en serie pertenecen casi invariablemente al tipo organizado y frecuentemente al temprano o vocacional. Los motivos que más se han encontrado entre los médicos asesinos en serie son: el impulso de poder omnímodo

sobre el paciente y el afán de beneficio material. Los ha habido también misioneros o moralistas, como Thomas Neill Cream, émulo de Jack el destripador en el asesinato de prostitutas, que fue el primer asesino en serie colgado en Gran Bretaña en 1892. El caso más paradigmático de asesinato en serie por ansia de poder sobre la vida y la muerte es el del médico británico Harold Shipman, que entre 1991 y 1998 mató a más de 200 de sus pacientes, ancianos preferentemente, simulando después el motivo de sus muertes. El Dr. Shipman sufrió emocionalmente con la muerte de su madre por cáncer a los 47 años, la cual había sido tratada con morfina en su fase terminal, droga que él utilizó para provocar y controlar la agonía de sus pacientes en un desequilibrado afán de poder sobre la vida. Pero no solo este afán fue el motivo de la actividad asesina del médico británico, sino que en algún momento de su macabro proceder intuyó que además podría sacar algún beneficio y puesto de manos a la obra falsificó en su favor el testamento de una de sus víctimas y ahí terminó su carrera pues fue descubierto, juzgado y encarcelado de por vida. No obstante, logró librarse de las 15 sentencias a cadena perpetua que le cayeron, ahorcándose con una sábana en 2004. Otro caso que puede ser considerado motivado por el poder desequilibrado sobre los pacientes, es el que destapó la Agencia de Noticias China en 1999. Se trataba del médico chino Hu Wanlin que mató a 196 pacientes mediante diversos venenos con los que decía curar todas las enfermedades, pero realmente para ejercer su poder sobre la vida y la muerte de sus pacientes.

Pero, humano al fin y al cabo, el motivo que más abunda entre los médicos asesinos es el de lograr algún beneficio y el económico es el más frecuente. Sirvan de ejemplo, entre los más conocidos, el del médico norteamericano Herman Webster Mudgett, conocido como Dr. Holmes, que confesó 27 asesinatos casi todos perpetrados en mujeres ricas a las que arrebatava sus dineros y propiedades. Después de la II Guerra Mundial fue muy popular el caso del Dr. Marcel Petiot que causó más de 30 muertes entre judíos ricos a los que despojaba de sus bienes y quemaba sus cadáveres en el sótano de su casa. El Dr. John Bodkyn Adams, de origen británico, entre 1946 y 1996 trasladó a mejor vida a 160 de sus pacientes ancianos aprovechándose fraudulentamente de sus testamentos. Más reciente es el caso del médico norteamericano Michael Svago que mató a cerca de 60 pacientes a su cargo en diversos hospitales de América y África durante los años 90 del pasado siglo, como mecanismo rápido de quedarse con sus propiedades. Pero no siempre el beneficio buscado es el económico. En el siglo XVIII, los doctores W. Hunter y W. Smellie que estaban en la Historia de la Medicina como padres de la Obstetricia, han sido descubiertos por el historiador Dom Shelton como asesinos de 32 embarazadas para contemplar sus investigaciones y dibujos anatómicos, mediante la disección de úteros en distintos estadios del embarazo. Otro ginecólogo, el Dr. A. Ferreira de Sousa fue condenado por la muerte de 3 niños, pero se le relaciona con la de otros 19, con fines experimentales.

El asesinato único

En la modalidad del asesinato único, singular o personalizado, es posible que los médicos participen en la misma cuantía que el resto de la población. La disponibilidad

de posibilidades y medios que su profesión les brinda, así como la frecuente dificultad para descubrir sus asesinatos, hace pensar a las gentes en su alta participación en la historia del crimen. Seguramente esto no ocurre en la realidad, pero si en la penumbra de la evidencia añadimos al número de asesinatos el de muertes por negligencias o errores médicos, es posible que en el cómputo total de homicidios ganemos los médicos al resto de los mortales.

Las víctimas más frecuentes del asesinato médico son la esposa o la amante y el motivo suele ser muy aparente: el menos pasional de todos es para quedarse con su dinero, sus propiedades, su herencia, etc.; más enjundia amorosa existe cuando el médico asesina a la esposa o la amante para hacer más llevadera la relación con la que queda, o por venganza por traición amorosa, o por celos infundados o no. Menos corriente en la práctica pero más frecuente en el deseo, es el móvil del médico asesino cuando encuentra a la esposa o a la amante simplemente insoportables. Hay algún caso en que la víctima ha sido el amante de la esposa o su propia amante, pero ciertamente estos casos no son frecuentes en la práctica forense. El teatro, el cine y la literatura han hecho de estos tipos de asesinato, un tema recurrente. Pero la esposa, la amante o el amante no ocupan exclusivamente la actividad del médico asesino, sino que utilizando sus medios profesionales puede desembarazarse de familiares, adversarios, enemigos, acreedores, etc. o cualquier sujeto cuya muerte pueda beneficiarle. Los medios utilizados son habitualmente medicamentos en dosis o indicaciones letales y sustancias tóxicas o venenosas. El asesinato solitario o singular del médico está casi siempre bien meditado y bien organizado, lo cual explica que presente dificultad para ser descubierto y, por otra parte, la tendencia de la gente a pensar que su frecuencia conocida es menor que la real. Ejemplos conocidos de asesinatos médicos hay muchos, algunos se hicieron populares, pero me parecen que no tiene interés significativo referirlos aquí.

La tortura

La tortura supone la acción intencionada, ocasional o sistemática, de producir sufrimiento en otra persona mediante daño físico o psíquico. El sufrimiento físico puede producirse de numerosas y distintas maneras, tantas como el lado malvado de la mente humana es capaz de imaginar: golpes, roturas y dislocaciones óseas, desgarros musculares, cortes, quemaduras, asfixia, descargas eléctricas, aplastamientos, posturas insoportables, temperaturas extremas, ingesta de líquidos excesivos o dañinos, violación, castración, etc. Para la aplicación de muchos de estos métodos de tortura se han ideado aparatos e instrumentos adecuados, que aún pueden verse (originales o reproducidos) en algunos museos del horror. Los daños psíquicos se producen por distintos mecanismos: privación sensorial o de sueño, aislamiento y desorientación, injuria sensorial (lucos, ruidos, olores), humillación verbal o física, intimidación, mentira, simulación, amenaza y todo aquello capaz de destruir la autoestima y la resistencia moral de la víctima, lo cual facilita los objetivos del torturador. La utilización de drogas, medicamentos y productos químicos, que algunos han englobado en el concepto de tortura química, es capaz de producir daños tanto físicos como psíquicos, actuando *per se* o

como coadyuvante de otros agentes. La lista de métodos de tortura es espeluznantemente extensa y puede encontrarse en la abundante literatura que sobre ella existe. Dada la naturaleza de estos métodos y sus formas de aplicación, es fácil adivinar que el médico y la Medicina han tenido mucho que decir y hacer en esta tenebrosa cuestión. Alguno de estos métodos nos llegan de la Edad Media, verdadera edad de oro de la tortura, muchos se han modificado y adaptado a los tiempos y otros son nuevos, actualizados mediante la combinación del impulso malvado del hombre y el asesoramiento de técnicos adecuados, entre los cuales existen médicos que han incorporado nuevos conocimientos científicos a la eficacia del método. Actualmente hay constancia de que en más de 100 países se practica la tortura, aunque sus constituciones democráticas la prohíben expresamente y se dispone de abundante información de la participación de médicos antes, durante y después de la tortura y no solamente en amparo del torturado sino más bien en colaboración con el torturador.

Repásense los objetivos más frecuentes de la tortura y se comprobará que la colaboración del médico es de gran utilidad, si no imprescindible: a) obtención de información sobre cuestiones y ámbitos distintos (políticos, militares, criminales, etc.) que supone la finalidad más frecuente en la utilización de la tortura; b) venganza, que utiliza la tortura como castigo o intimidación; su uso es más propio de organizaciones asesinas o acciones personales que de instituciones estatales o paraestatales. Yo recuerdo un caso pintoresco, que si bien es liviano en cuanto a la categoría de la tortura, es muy representativo de la participación del médico. Se trataba de un médico que descubrió secretamente la relación de su esposa con un paciente privado suyo y en vez de actuar como manda el honor (cargarse a ambos o al menos a uno) optó por vengarse en el amante mediante la tortura terapéutica: le sometió a tratamientos de incómodo cumplimiento, costosísimos y dolorosos, a revisiones constantes y complejas, a restricciones de hasta las más mínimas eventualidades de placer, a pronósticos tenebrosos, etc., hasta que el pobre amante se dio cuenta que para librarse de esta tortura tenía que cambiar de médico o de amante y, lógicamente, optó por lo primero; c) abdicación de ideas políticas, religiosas, económicas e incluso culturales y científicas, como ocurrió con Giordano Bruno y Miguel Servet quemados vivos por “delitos de pensamiento”. El atentado mediante tortura contra las ideas y las creencias ha sido constante en la historia de la Humanidad y lo sigue siendo por desgracia; d) la llamada “muerte-suplicio”, que asocia a la ejecución de la pena de muerte un componente de tortura que actúa en el mismo sentido que la pena capital o independientemente; e) sadismo, que puede ser el único objetivo del torturador o estar presente como adenda a cualquier otro. Seguramente en todo acto de tortura hay siempre un componente sádico.

Cuando el médico interviene o participa como tal en cualquier acto de tortura, esta adquiere el espeluznante título de tortura médica. La abundante información que se posee a través de declaraciones, denuncias, informes, debido, sobre todo, a Amnistía Internacional, ha puesto de manifiesto cuáles son las funciones que el médico puede asumir en la comisión de esta barbarie. Su participación puede ocurrir antes, durante o

después del suplicio o durante todo su proceso de ejecución. En la fase previa el médico puede autorizar, aprobar, seleccionar víctimas y métodos de aplicación según criterios clínicos y analíticos. Además de evaluar la susceptibilidad de la víctima para la tortura, el médico puede implicarse en la valoración de la resistencia específica de la víctima a la técnica que se va a utilizar. Antes de comenzar la tortura el médico puede administrar a la víctima medicamentos o drogas adecuados para resquebrajar su autocontrol y conseguir más fácilmente el objetivo de la tortura, concretamente en los interrogatorios. Un campo de la tortura donde el médico ha jugado un papel importante es en el de la aplicación de conocimientos, experiencias y técnicas en el diseño, modificación y perfeccionamiento de técnicas y métodos de tortura. Durante la fase de aplicación la ocupación del médico reside principalmente en evaluar el estado y la resistencia de la víctima adecuando o suspendiendo el ritmo de la sesión. La maldad del médico ya existe con su simple presencia en el acto de tortura, pero puede llegar al máximo aumentando médicamente el sufrimiento del desgraciado para obtener información más rápida y extensa, aunque generalmente de baja calidad, pues es sabido que uno confiesa lo que sea para librarse del sufrimiento. Una vez terminada la sesión de tortura el médico sigue con su control a la víctima y según la eficacia que se busque procura reponerla terapéuticamente o privarla del tratamiento adecuado. Finalmente, para completar su maldad el médico puede alterar su informe o parte de actuación para ocultar o disimular la práctica de la tortura.

Estas son las funciones y oportunidades que el médico malvado puede tener en relación con la tortura y son tantas y tan importantes que se comprende fácilmente que se requiera su colaboración con frecuencia. Cada una de estas funciones tiene una contes-tación moral, cuyo conjunto constituye el código ético de la tortura médica. El médico no aprobará ni autorizará la práctica de tortura en ningún caso y en ninguna circuns-tancia; no estará presente en ningún acto relacionado con ella, ni proporcionará prepa-rativos, medios y conocimientos para realizarla; la asistencia médica al torturado debe estar dirigida exclusivamente en su beneficio y no en el del torturador. El médico está obligado, al menos moralmente, a denunciar los actos de tortura y a apoyar desde una postura individual o asociativa la lucha contra esta lacra de la Humanidad.

La historia de la tortura es la historia de la Humanidad y la del a tortura médica discurre con ellas, debiendo admitirse que donde ha habido tortura, ha habido tortura médica, y esto es especialmente cierto a partir del siglo XIX en que la participación del médico y la Medicina es requerida con más frecuencia por los dispensadores de tortura. Durante los años del pasado siglo y los que van de este es posible distinguir arbitrariamente tres grandes periodos de tiempo que corresponden respectivamente a tres motivos princi-pales de tortura: El primero, durante la primera mitad del siglo pasado y en el que el motivo predominante y significativo de la tortura fue político. Durante el periodo de entre guerras, en muchos países europeos (Rusia, Alemania, Italia, España, Portugal, Polonia, Austria, Yugoslavia) se imponen regímenes dictatoriales de corte fascista que utilizan la tortura como instrumento político. Por cercanía y especial crueldad, debe ser

recordada la tortura de la policía franquista, y por su dimensión institucionalizada la que se realizaba en los campos de concentración y exterminio nazis y en las cárceles soviéticas. Esta fase fascista de la tortura permitió la incorporación de nuevos conocimientos científicos y técnicos y protocolos de aplicación para diseñar novedosos métodos de tortura que fueron exportados, en un afán de unir esfuerzos, a la lucha contra las libertades en América Latina, dejando un espeluznante inventario de episodios criminales, sobre todo en Chile, Argentina y Uruguay. El segundo periodo se inicia, o mejor se incrementa, hacia la mitad del siglo pasado y hasta la fecha no ha dejado de crecer, con una práctica de la tortura ligada al crimen organizado. Las organizaciones mafiosas y criminales implicadas en el narcotráfico, trata de blancas, tráfico de armas, diamantes, etc., blanqueo de dinero, extorsión, etc., utilizan la tortura como intimidación, venganza, castigo, con métodos de poca sofisticación científica, por lo que la participación médica no es frecuente. El tercer gran periodo convencional de aplicación de la tortura no tiene límites concretos, pues su permanencia es constante en el devenir histórico. Nos referimos a la guerra, el gran escenario eterno de la tortura y hemos escogido para localizar cronológicamente el periodo, los últimos años del XX y primeros del XXI, con las guerras de Irak y Afganistán, donde se ha representado la gran obra de la tortura. Médicos militares británicos y estadounidenses y de la CIA, han intervenido en todas las posibilidades de tortura de prisioneros, sobre todo para hacer más eficaces los interrogatorios, según el siniestro concepto de “interrogatorios mejorados” acuñados por la administración de George W. Bush y vigente hasta su derogación por el Presidente Obama. Cuando corrijo estas líneas del trabajo original, se está haciendo público el contenido de 400.000 documentos de Wikileaks, donde se describen prácticas de tortura utilizadas por los ejércitos británico, estadounidense, iraquí y también de Afganistán, Siria, Marruecos, Egipto, etc. donde se enviaron prisioneros, todas ellas produciendo humillación, inseguridad, desorientación, agotamiento, ansiedad, miedo, insomnio, asfixia, etc. para mejorar la eficacia de los interrogatorios. Aunque no hubiera confirmación documentada, que la hay, de la participación de médicos en estas torturas, las características y naturaleza de estas hace impensable que tal participación no exista. En un reciente editorial de *The Lancet* se sostiene que la complicidad médica con la tortura y el maltrato de presos es una práctica común. *“Los médicos dejan las mínimas huellas físicas posibles, certifican que los presos son aptos para ser torturados, controlan las constantes vitales durante el maltrato y otorgan su aprobación para intensificar la tortura”*.

La muerte de los presos es certificada por médicos, voluntariamente o bajo coacción, como debida a causas naturales. Según el editorial *“hay muchos más médicos que son cómplices de la tortura de presos que los que trabajan en programas para tratar a los supervivientes de la tortura”*.

La Declaración de Tokio (1965) de la Asociación Médica Mundial, ha sido un hito histórico en la Ética Médica, con la condena a la participación médica en la tortura y el tratamiento cruel, inhumano o degradante, que disminuya la capacidad de la víctima a resistirse a dicho tratamiento. Aunque en 2006 la Asociación Médica Mundial actualizó la Declara-

ción, actualmente se considera la necesidad de una nueva revisión y especialmente en cuatro aspectos concretos: a) incorporando definiciones autorizadas de tratamiento cruel, inhumano o degradante para armonizar esta Declaración con leyes internacionales y hacer posible la responsabilidad internacional de los médicos; b) incorporando ideas y sugerencias de sociedades y asociaciones médicas nacionales, como por ejemplo, publicar todos los certificados de defunción de detenidos, igual que obliga actualmente la Convención de Ginebra para los prisioneros de guerra; c) denunciando a aquellos médicos responsables de colaborar en el maltrato de prisioneros; y d) haciendo entendible para cualquier persona con formación básica, la revisión actual de la Declaración de Tokio.

La Declaración de Tokio sigue siendo dentro del ya espeso bosque de códigos, leyes, convenciones, declaraciones, el enunciado más claro y enérgico contra la tortura médica, pero significando tan solo, aunque más explícito y desarrollado, lo que ya recomienda el Juramento Hipocrático.

La experimentación

La experimentación es el fundamento de la ciencia y necesaria para su progreso, pero cuando se ha realizado en humanos, la falta de normas éticas adecuadas o su incumplimiento, la han convertido en fuente de tortura que ha causado sufrimiento, trastornos, secuelas e incluso la muerte. En ocasiones, la experimentación humana se ha realizado sin el conocimiento ni el consentimiento del experimentado y otras veces bajo engaño o coacción en colectivos desfavorecidos como indigentes, afroamericanos, hispanos, pobres o indefensos como niños, deficientes mentales, enfermos, minusválidos, presos, etc., a quienes se arrebató el bienestar, la salud e incluso la vida, en beneficio de otros colectivos más afortunados. En la experimentación humana puede hacerse terrible el precepto selvático de hacer “mal a unos por el bien de otros”.

El médico adquiere categoría de malvado cuando realiza experimentos a seres humanos, siendo plenamente consciente de la seguridad o alto riesgo de producir efectos nocivos graves (enfermedad, lesión, incapacidad, sufrimiento, muerte) con el experimento en cuestión y hacerlo obviando el conocimiento y consentimiento de los implicados. Es decir, en la experimentación humana hay dos aspectos en los que reside la posible maldad de su aplicación: uno, la aceptación de las seguras o muy probables graves consecuencias, no justificables por la búsqueda de un hipotético bien, y otro, el desprecio como persona del sujeto en el que recae la experimentación, no teniendo en consideración ni su consentimiento ni su conocimiento. En estos dos aspectos se debate la ética de la experimentación humana y en ellos reside el fundamento y contenido de toda la doctrina ética al respecto, que después de la segunda guerra mundial se inicia con el Código de Núremberg (1947) y la Declaración de Helsinki (1964) que tras numerosas ediciones y adaptaciones a países e instituciones, garantizan por escrito los siguientes puntos imprescindibles: 1) información adecuada y completa sobre propósitos y alcances de la experimentación; 2) información sobre incomodidades, efectos adversos y peligrosos que conlleve la experimentación; 3) información sobre beneficios esperados; 4) informa-

ción sobre la libertad absoluta para participar en la experimentación o abandonarla en cualquier momento de su curso. Del conocimiento y cumplimiento de estos puntos, derivará el consentimiento, por escrito o no, del sujeto receptor de la experimentación.

El médico puede implicarse en experimentos con seres humanos sin cobertura ética, por varias razones: a) la obediencia a mandatos políticos, militares, ideológicos, mercantiles, científicos; b) el contenido de los mandatos anteriores no funcionando como órdenes sino desde la iniciativa personal e independiente; c) exclusivamente el sadismo. El médico puede diseñar, organizar y realizar la experimentación humana en solitario (él solo y la víctima con el experimento) lo cual es difícil de llevar a cabo, aunque hay documentación sobre médicos nazis que por excesivo celo científico o sadismo irreprimible realizaron experimentos por cuenta propia. Lo habitual es que forme parte de un grupo o equipo ligado a un proyecto personal o institucional, en el que puede desempeñar funciones de distinta categoría, desde director del proyecto e investigador principal hasta colaborador en trabajos de campo.

La historia reciente muestra que los objetivos que mueven la experimentación anética en seres humanos, integran un reducido inventario: económicos, clínicos, científicos, militares y raciales.

Uno de los objetivos que con más frecuencia anima la experimentación humana es el ensayo clínico-farmacológico, es decir, la prueba de fármacos en la patología humana, por parte de compañías farmacéuticas y con un importante interés comercial. Muchas de estas actividades son privadas y no siempre bajo el control de instituciones que deben regular su comportamiento ético. La conducta deshonestas de estas compañías se produce por la utilización de seres humanos obligados por su precaria situación (enfermos, prisioneros, presos, etc.) o abuso de sus condiciones culturales, sociales, económicas (pobres, indigentes, analfabetos, etc.) o simplemente engañándoles sobre peligros y efectos adversos y privándoles del conocimiento y consentimiento de la experimentación. El médico puede estar presente en todos los tramos del ensayo clínico, desde el diseño hasta la evaluación y en ellos se contamina de maldad si la experimentación es éticamente deshonestas. A partir del siglo XX con el desarrollo de la industria farmacéutica en el mundo se empieza a utilizar ampliamente la experimentación humana en ensayos clínico-farmacológicos, casi siempre con el aval de instituciones estatales, tanto en Europa como en América y después en Asia. Sin embargo, este desarrollo fue exuberante en EE.UU y ello explica que en la amplia relación de casos de experimentación humana sin estricto cumplimiento ético, sean empresas e instituciones norteamericanas las más frecuentemente implicadas. El último caso descubierto se refiere a médicos del Servicio de Salud Pública de EE.UU que infectan con sífilis y gonorrea a 696 guatemaltecos (presos, soldados, pacientes psiquiátricos, indigentes, prostitutas) durante 1956 y 1948 para explorar la acción de la penicilina en su control. Empresas farmacéuticas europeas, algunas todavía vigentes, solicitaron y utilizaron prisioneros de los campos de exterminio nazi para realizar ensayos clínicos. Aunque

parezca increíble, en la actualidad es escandaloso el abuso de pacientes en hospitales de países pobres, por las principales compañías farmacéuticas para probar sus drogas, erosionando principios éticos en cualquier momento de la trayectoria experimental y constituyendo el fundamento de lo que se ha llamado “imperialismo médico asesino”.

El segundo objetivo que ha utilizado seres humanos en la experimentación es el relacionado con la investigación de enfermedades, con el fin de ensanchar y profundizar en su conocimiento o de facilitar su manejo clínico. Siempre el médico y las instituciones médicas han sentido la atracción por conocer el contenido científico de las enfermedades, bien por el puro deseo de saber, bien por el impulso de hacer mejor la práctica de la Medicina. Este impulso puede tener una razón filantrópica, pero es inadmisibles cuando utiliza la experimentación humana anética. Son conocidas las experiencias que médicos nazis realizaron en prisioneros de campos de concentración sobre enfermedades (tifus, fiebre tifoidea, malaria, hepatitis, tuberculosis, et.) para conocer su naturaleza y evolución y ensayar tratamientos, en beneficio del personal militar y de ocupación susceptible de padecerlas. Pero la historia de la maldad médica con la experimentación es más antigua y más abundante. En 1900 médicos del ejército americano someten a 21 prisioneros filipinos a una dieta privativa para estudiar el beriberi. En 1906 el Dr. Strong de Harvard inyecta con el cólera a presos filipinos para estudiar la enfermedad. El Dr. Nigushi del Instituto Rockefeller, ensaya en niños normales la prueba cutánea de la sífilis y en otros experimenta la tuberculina, todos ellos sin información ni consentimiento del ensayo. En otras ocasiones, se experimenta la privación de tratamiento en la expresión clínica y evolución de varias enfermedades: sífilis, pelagra, diabetes, etc., con graves consecuencias para los experimentados. En los años 40 y 50 del pasado siglo abundan los experimentos sobre malaria y hepatitis infecciosa realizados por médicos americanos en diferentes colectivos con condiciones idóneas para ser médicamente manipulados. Gracias a las aportaciones de comisiones investigadores y descodificadoras de archivos secretos, se están conociendo muchos casos de investigación no ética de enfermedades que en ocasiones aparentan tener un interés científico, cuando realmente es puramente experimental, cuando no sádico. Por ejemplo, entre 1912 y 1922, en la prisión de San Quintín en California se realizan trasplantes de testículo de cabritos y de internos recientemente ejecutados, en abdomen y escroto de presos vivos. En 1931 el Dr. Rhoads, patólogo del Instituto Rockefeller, inocula células cancerosas en puertorriqueños, produciendo la muerte de trece de ellos. Para probar su teoría sobre el origen de la tartamudez, el Dr. Wendell Johnson somete a 22 niños huérfanos a una presión psicológica insoponible para hacerlos hablar tartamudeando. Experiencias semejantes se habían realizado por médicos nazis. En la prisión de California se administra succinilcolina a 14 internos para experimentar su efecto en la respiración. En 1970, la Universidad John Hopkin recoge sin permiso muestras de sangre de 7.000 afroamericanos jóvenes para ver si portan un cromosoma Y adicional (XXY) que les predisponga biológicamente al crimen. También en el campo de la antropología forense, en 1992 el Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Columbia y la Facultad de Medicina Mount Sinai suministran a 100 varones afroamericanos e hispanos y a todos los hermanos menores de delincuentes jóvenes 10 mg/kg

de peso de fenfluramina para comprobar la teoría de que los niveles bajos de serotonina están ligados a comportamientos violentos y agresivos. Y como estos otros muchos ejemplos de anéticos experimentos humanos dirigidos al conocimiento científico de enfermedades, sin que ninguno, por cierto, haya servido para algo.

Son de sobras conocidos los experimentos realizados por médicos nazis en prisioneros de los campos, con el fin de encontrar recursos de supervivencia para el personal militar del EJE: experimentos sobre alturas elevadas, utilizando cámaras de baja presión para fijar la altitud máxima para lanzarse en paracaídas con seguridad; experimentos sobre la congelación, utilizando prisioneros para evaluar la resistencia y tratamiento contra la hipotermia; evaluación de métodos de potabilización de agua de mar; experimentos con injertos óseos; abscesos, amputaciones, heridas profundas, etc., para probar la eficacia de sulfas de nuevo desarrollo (sulfanilamida) y testar la capacidad de coagulación de la sangre y la eficacia de una sustancia llamada "polygal"; experimentos con fosgeno y gas mostaza para ensayar posibles antídotos; etc. Pero no solo la experimentación médica con fines bélicos se realiza en el universo nazi, sino que en otras guerras ha sido detectada. La guerra, cualquier guerra, supone la aparición de un escenario donde se desarrolla toda la maldad humana, con su infinita y variada permisividad. Durante la Primera Guerra Mundial los alemanes utilizaron armas químicas y en 1918 el Presidente americano Wilson crea el Servicio de Guerra Química (CWS) dependiente del ejército de EE.UU. En 1942 el CWS realizó experimentos con gas mostaza y lewinita en 4.000 miembros de las fuerzas armadas ignorantes de la experiencia y muchos fueron víctimas de ella. Durante el periodo de 1937-1945 médicos japoneses experimentaron, en muchos casos mediante vivisección, en más de 10.000 prisioneros de la II Guerra Chino-Japonesa. Por cierto que en 1946, el general MacArthur llegó a un acuerdo escrito con el doctor japonés. Shiro Ishi para obtener los protocolos de esas experimentaciones humanas a cambio de concederle inmunidad en el proceso que se le avecinaba, y esperamos preocupados que se conozcan las barbaridades cometidas en las guerras de Irak y Afganistán en las que la permisividad de la administración Bush ha debido tener consecuencias espeluznantes.

Finalmente el objetivo de la experimentación nazi que puede ser considerado de mayor maldad, de mayor estúpida maldad, es el que pretendía progresar en los principios raciales e ideológicos del régimen nacionalsocialista. El más tristemente conocido de los implicados en estos proyectos es Josef Mengele, que realizó en Auschwitz los más espeluznantes experimentos en gemelos, gitanos, enanos, malformados, etc. con el fin de limpiar la sociedad alemana; Werner Fischer médico en Sachsenhausen, utiliza prisioneros para comprobar cómo las distintas razas soportan de forma diferente diversas enfermedades infecciosas. En la Universidad de Estrasburgo, August Hirt realiza una amplia y criminal investigación para demostrar la "inferioridad de la raza judía". Experimentos de esterilización, realizados principalmente en Auschwitz y Ravenbrueck, ensayaron varios métodos para conseguir esterilizar de forma eficiente y barata a judíos, gitanos y otros grupos considerados racial o genéticamente indeseables por los nazis.

Afortunadamente la época brutal de la experimentación con seres humanos ha pasado, sometida a códigos éticos y legales, pero la utilización humana en formas oscuras de experimentación sigue existiendo, porque la codicia del hombre y de la empresa es incoercible y siguen siendo eficaces las herramientas para conseguirla: la ignorancia, el engaño, la coacción y la necesidad. Por otra parte, hoy se toman decisiones con componentes éticos que recuerdan la época nazi, por ejemplo, cuestiones relacionadas con la eficiencia del gasto: dejar de dar un fármaco porque queda poco tiempo de vida o elegir un medicamento porque es más barato que otros, aunque menos eficaz, incumplir inhumanamente el principio de justicia equitativa, etc.

Hay finalmente una cuestión sometida a controversia, que se refiere a la ética de la utilización de resultados obtenidos en experiencias anéticas y especialmente las de la medicina nazi. La mayoría de los experimentos de los médicos nazis eran pseudocientíficos y solo consiguieron el horror, pero algunas además del horror obtuvieron resultados parciales aprovechables (experiencias de hipotermia, altitud, tratamientos farmacológicos, etc.). La controversia enfrenta una cuestión práctica con otra ética y la solución debe encontrarse en esta última y con rotundidad: no se pueden utilizar resultados de estas malvadas experiencias porque aceptar resultados es aceptar experiencias y eso supone una complicidad criminal.

La ejecución

La pena de muerte ha existido siempre y aún se mantiene vigente en 69 países, defendida como castigo adecuado al asesinato (con un solapado contenido de venganza) con capacidad disuasoria para delincuentes y según George W. Bush como un método eficaz de reinserción social de criminales. Todos estos argumentos a favor de la pena de muerte han sido desmontados, incluso el del Sr. Bush.

Los métodos aplicados para ejecutar la pena de muerte han sido muchos y diversos y su simple enumeración constituye una muestra de la creatividad humana: rueda, desmembramiento, flagelación, lapidación, quemación, ahogamiento, decapitación, ahorcamiento, etc. la ejecución de estos métodos era siempre pública y por tanto todos y cada uno debían reunir dos condiciones: durar el tiempo necesario y producir en el reo suficientes gritos y alaridos para constituir un atractivo espectáculo de masas.

Llegó un momento que estas ejecuciones, verdaderas muerte-suplicio, fueron consideradas inhumanas, aunque tal consideración no llegó hasta el siglo XVIII. A partir de entonces, se utilizan métodos denominados “humanitarios”, en un sarcasmo calificativo de algo que es rotundamente inhumano. Tales métodos pretenden “humanizar” la pena, mediante el acortamiento del tiempo de ejecución y la disminución del sufrimiento del ejecutado. Con esta doble intención aparece en Francia en 1789 la guillotina, propuesta por el Dr. Joseph Ignace Guillotin a la Asamblea Nacional y que acabó siendo diseñada por el Secretario de la Academia de Cirugía Dr. Antoine Louis, por lo que Marat propuso denominarla en vez de guillotina *louisette*, diminutivo femenino del apellido Louis. Por

tanto, el peso del invento de la guillotina no recae solo sobre el Dr. Guillotin que fue, por cierto, un apasionado abolicionista de la pena de muerte. En 1832, un decreto del rey español Fernando VII dispone la sustitución del ahorcamiento como ejecución capital por el garrote vil, método que se ha mantenido vigente en nuestro país hasta 1978, en que se abolió la pena de muerte en el Código Penal común. El garrote vil es un instrumento sencillo y eficaz de fácil fabricación y montaje, que representa la aportación de nuestro país al desarrollo técnico del aniquilamiento. En 1890 se utiliza por primera vez la silla eléctrica en la aplicación de la pena de muerte, en sustitución del ahorcamiento utilizado hasta entonces. Fue inventado por Harold P. Brown empleado de Thomas Edison. Ha dejado de utilizarse, aunque en algunos estados americanos es optativo en aras de otros métodos más económicos y prácticos, siguiendo el pragmático estilo americano. La ejecución en cámara de gas fue un método de exterminio nazi dentro de la llamada “solución final”, pero la primera ejecución legal (!) con este método se realizó en 1937 en la prisión de San Quintín (California) con la intención de sustituir a la horca y a la silla eléctrica. Actualmente es el método de elección en cinco estados norteamericanos aunque todos los restantes brindan la inyección letal como alternativa. Se utiliza el gas cianuro que inhibe enzimas que transfieren el oxígeno de la sangre a los tejidos, con lo cual se produce una asfixia tisular. A partir de 1995 se propuso la asfixia por nitrógeno, pero el método no se emplea hoy en país alguno. En 1977 se diseña en Oklahoma la inyección letal como alternativa a la silla eléctrica y a la cámara de gas y se aplica por primera vez en Tejas. La inyección letal contiene pentotal sódico, barbitúrico de acción rápida que deja inconsciente al reo, bromuro de pancuronio, un bloqueante de la placa neural que paraliza el diafragma y la musculatura respiratoria, y el cloruro potásico, que despolariza la fibra miocárdica y produce paro cardíaco. Se utiliza en 35 estados de Norteamérica y también en China, Tailandia, Vietnam, Filipinas y Guatemala.

La aparición sucesiva de estos métodos de ejecución capital ha obedecido al afán de “humanizar” el sistema, haciéndole rápido y con el menor sufrimiento para el condenado, sin embargo, con ninguno de estos métodos se han conseguido plenamente estos objetivos. Ni la inyección letal, que se considera la conquista máxima en la búsqueda humanitaria de la pena de muerte, se ha mostrado invariablemente eficaz ni ha evitado siempre el sufrimiento físico del condenado. Un ejemplo reciente es el de la fallida ejecución de Romell Broom el 15 de septiembre de 2009 en la prisión de Lucasville (Ohio), por incapacidad del equipo médico para canalizar las venas del reo después de 18 pinchazos en distintas partes del cuerpo. El gobernador del estado, molesto con la falta de colaboración del señor Broom, mandó repetir la ejecución a la semana y esta vez resultó exitosa. En realidad, el único método verdaderamente rápido y eficaz es la guillotina, pero su generalización no ha progresado. Sin embargo, la rapidez y la eficacia no siempre han estado a la altura de lo deseado. Por ejemplo, en el prefacio de 1832 que Víctor Hugo hizo para su libro “Ultimo día de un condenado a muerte”, cuenta dos casos espeluznantes. Uno ocurrió en septiembre de 1831, cuando un reo ajusticiado en la guillotina recibió cinco golpes sucesivos de la cuchilla sin lograr separar la cabeza del cuerpo. El público espectador creyendo que se trataba de una impericia del verdugo,

insultó y apedreó a éste que huyó del patíbulo despavorido, momento que aprovechó el ajusticiado para levantarse sobre la plancha y sosteniendo la cabeza a medio cortar, pedía con débiles gritos que le soltaran. Entonces un ayudante del verdugo con un cuchillo de matarife, le cortó lo que quedaba de cuello, terminando artesanalmente lo que no había conseguido la maquina. El otro caso ocurrió a principios de 1832 y se refiere a una mujer en que también la caída de la cuchilla no logró cortar del todo la cabeza. Entonces el verdugo y sus ayudantes agarraron los pies de la víctima para tirar de ellos y entre tirones de unos y alaridos de la otra, lograron separar la cabeza del cuerpo. Esta vez el público no tuvo quejas del espectáculo.

En 1996 se propuso en EE.UU sustituir la silla eléctrica por la guillotina para evitar sufrimientos al reo y facilitar la donación de órganos. La propuesta fue desestimada por considerar la guillotina un método salvaje por sangramiento, atendiendo más a la sensibilidad de los espectadores de la ejecución que a la del ejecutado.

La participación del médico en el proceso de la puesta en práctica de la pena de muerte, puede ser variada y en distintos momentos: a) en el diseño y puesta a punto de la técnica de ejecución, concretamente en aquellas que aplican tecnología y conocimientos de la Medicina, como pueden ser la silla eléctrica, la cámara de gas y la inyección letal. La puesta en práctica de estos métodos es impensable sin la colaboración científica de los médicos; b) antes de la ejecución el médico ha de determinar el estado físico y mental del condenado, aportando consejos técnicos adecuados. Por otra parte y en el caso de la inyección letal prepara y suministra las sustancias a inyectar y establece el orden en que debe hacerse y las dosis adecuadas a cada caso, sin olvidar, por supuesto, la esterilización de la aguja de punción; c) durante el curso de la ejecución, el médico monitoriza las constantes vitales del ejecutado de tal manera que pueda continuarse hasta que este muera. En la cámara de gas hay un dispositivo que permite el control desde fuera, de la respiración y el latido cardíaco del condenado; d) en cualquier método de ejecución, la presencia del médico es necesaria para comprobar y certificar la muerte del ajusticiado, operación esta que no suele crear problemas en el caso de la guillotina, pero sí ocasionalmente con los otros sistemas; e) la presencia del médico durante la ejecución, alguna vez puede resultar útil para suministrar al reo drogas sedantes o analgésicas para reducir el sufrimiento y al contrario, su ausencia puede resultar en perjuicio para el reo, al faltarle personal entrenado en operaciones que mal realizadas, pueden producirle sufrimiento, por ejemplo, la dificultad de colocar un catéter con incómodos “pinchazos”, inyección de los medicamentos fuera de la vena o en dosis insuficientes o en orden inadecuado, etc.

Habitualmente la participación del médico en la ejecución de la pena de muerte, puede ser no solo personalmente angustiosa sino también conflictiva, entre la exigencia de la ética profesional y la actividad que se le obliga a realizar. La ética médica obliga al respeto a la vida e impone al médico la obligación de ejercer su profesión en beneficio de los pacientes sin producirles daño alguno. Sin embargo, los estados y sus instituciones derivadas, involucran con frecuencia al médico para que participe directamente

en las ejecuciones y tome parte, de diferentes maneras, en todo el proceso relacionado con la aplicación de la pena de muerte y el mismo estado colabora en la ocultación de la identidad del médico para evitar la consideración negativa de sus colegas.

Varias organizaciones médicas, entre ellas Amnistía Internacional, han aprobado resoluciones o declaraciones en las que se oponen a la participación del médico y personal sanitario en las ejecuciones y llaman a las organizaciones médicas a proteger a los médicos que rehúsan esta participación. En realidad se trata de una actualización del Juramento Hipocrático y de la más cercana Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial, que establece el máximo respeto a la vida humana aun bajo amenazas y la prohibición de hacer uso de conocimientos médicos contrarios a las leyes humanitarias. No obstante el médico puede verse enredado en la maquinaria legal de la pena de muerte y obligado a participar en ella. Siempre tendrá el recurso de la objeción de conciencia para negarse a participar y ello, con suerte, puede dar lugar a la suspensión de la ejecución por falta de “personal cualificado”, como ha sucedido alguna vez. Algo parecido está sucediendo en EE.UU con Hospira, único laboratorio que produce pentotal sódico y que ha disminuido e incluso abandonado la producción de la droga, con la disculpa de que el pentotal sódico “no está creado para la pena de muerte” sino que es un anestésico para intervenciones quirúrgicas. El caso es que en varios estados americanos (California, Tejas, Kentucky, Arizona) han tenido que suspender las ejecuciones programadas hasta que han recibido el producto de otros estados, en un siniestro ejemplo de colaboración federal. También el médico que se niega por principios éticos, puede ser sustituido voluntariamente por otro, que sea más obediente al mandato judicial que a su conciencia moral, es decir, a la ley más que a la ética o más inclinado al orden convencional que a la justicia humanitaria o a la venganza más que a la compasión o que sea, simplemente, un sádico perverso. Entre estos que se brindan espontáneamente a participar en la ejecución de un ser humano están los verdadero médicos malvados de la pena de muerte.

Medintern 2002, La Habana (Cuba)
(Revisado 2010)

LA UNIVERSIDAD Y EL MÉDICO

Estas líneas que siguen se inician en una cuestión antropológica que representa una vieja y eterna querella cultural: la doble razón del saber humano, el deseo y el poder, coordinadas en las que se ha inscrito la esencial historia de la Humanidad. Seguirá después un análisis de cómo la Universidad histórica ha asumido y elaborado estas formas del saber humano y cómo esto ha ocurrido, más particularmente, en las escuelas o facultades de Medicina, para al final comprender cómo es el médico actual, producto complejo de los condicionamientos antropológicos del saber, de la Universidad histórica y de la Facultad donde estudió. Así, pues, un ensayo en cuatro etapas, cada una de las cuales contiene una palabra clave: el hombre, la Universidad, la Medicina y el médico. Estas páginas, apretadas y urgentes, llevan la esencia de mi inquietud intelectual y mi actitud amorosa por lo que significa cada una de esas palabras clave. Ya comprendo que, por haber sido elaboradas intelectivamente, son discutibles; pero también espero que los errores y defectos que contienen sean, por nacidos del cariño primordial a mi profesión y como debe hacerse con todas las faltas del amor, disculpables.

Las razones del saber humano

Dos han sido siempre las razones nobles del saber humano: el deseo y el poder, que constituyen las dos formas esenciales del saber, el saber como deseo y el saber como poder.

El saber como deseo es primordial, primogénito en la historia de la Humanidad y en la historia particular de cada hombre. Aristóteles comenzó su metafísica con estas palabras, que son como una introducción primordial a la historia del hombre: “Todos los hombres tienen un deseo natural de saber”, un deseo desinteresado, ajeno a la finalidad práctica, independiente de consideraciones relativas a la utilidad del saber, un deseo que fluye del “asombro platónico”, nacido a su vez en la “curiosidad”, la profunda raíz intelectual que caracteriza al hombre civilizado. Edmund Husserl ha sostenido la tesis de que el hombre europeo nació en Grecia, hijo del asombro platónico, del que adquirió como herencia trascendental la idea de “tareas infinitas”. Y así, para el célebre filósofo austríaco, toda la filosofía occidental y su ciencia, nacidas en el lecho espiritual de la Grecia precristiana, son la consecuencia luminosa de «una humanidad con tareas infinitas».

Pero hay algo más en el hombre que puramente deseo de saber, porque el hombre es, además de un ser con posibilidades intelectivas nacidas de su especial capacidad de asombro, una criatura con exigencias materiales. Y éstas obligan a otra forma de saber, que tiene también su filosofía elemental: el saber como poder, como poder de modificar la naturaleza y someterla a los fines prácticos del hombre.

El cañamazo filosófico de esta intención utilitaria del saber humano fue tejido por sir Francis Bacon en la Inglaterra del siglo XVII. *Scientia est potentia* —el conocimiento es poder—, dijo el filósofo, y de aquí se llegó a la proclama baconiana fundamental: *Tantum*

possumus quantum scimus –podemos hacer tanto como sabemos–. Y se inaugura con Bacon todo un sistema de educación utilitaria –el saber como poder– para servir a la doctrina pragmática de Williams James. Un sistema que ha sido servido hasta hoy apasionadamente y del cual ha extraído la Humanidad sus grandes conquistas materiales.

De todos los servidores del pragmatismo nos interesa especialmente John Dewey, el más famoso discípulo de Williams James, y al que, seguramente, deben los americanos el sentido utilitario de la vida y la directriz fundamental de su Universidad. Para Dewey, las ideas son verdaderas cuando producen acciones verdaderas; es decir, en último extremo. “Sólo lo útil es verdadero”, según la proclama radical de Williams James, y el pensamiento de Goethe, menos tajante, pero también pragmático: “Sólo lo fecundo es verdadero”.

Por lo tanto, no admite Dewey el saber contemplativo de la vieja Grecia, que edificó su filosofía y su ciencia sobre la base especulativa de la contemplación de la naturaleza. El saber debe convertirse, para Dewey, en “una instrumentalidad de la acción”; es decir, no tiene mayor razón de ser que su transformación en acciones eficaces.

Hay, pues –ha habido siempre–, dos formas esenciales de saber: el saber puro, como necesidad original y natural del hombre, y el saber pragmático, como instrumento del utilitarismo. El primero nació con el hombre, con la idea de “tareas infinitas”, en la Grecia platónica, de espaldas al pragmatismo económico, y constituyó el saber europeo hasta el siglo XVII. El segundo apareció como cuerpo de doctrina, con la evidencia práctica del saber cómo poder utilitario en la Inglaterra baconiana, y sigue desde entonces presidiendo en gran medida las directrices modernas de la enseñanza y el aprendizaje.

Cuando apareció la Universidad, estas formas del saber humano tuvieron en ella su representación respectiva, y es lícito admitir que desde la Edad Media el saber humano se gestó, desarrolló y devino, al fin, a su utilidad práctica, desde la matriz fecunda de la Universidad europea y sus sucesivos trasplantes geográficos.

El saber humano y la Universidad

Parece fuera de toda duda histórica que la misión inicial de la Universidad consistió en la salvación temporal de la cultura mediante tres tareas principales: restauración del saber cultural anterior a la fundación universitaria, elaboración y actualización de ese saber y su transmisión docente. Tareas eternas que aún se conservan.

Esta misión cultural de la Universidad que presidió su momento fundacional respondió en su época a varias necesidades históricas que la investigación ha desvelado con suficiente claridad. Pero parece evidente que sobre todas aquellas necesidades existía una razón de elevada categoría antropológica que palpitaba en acuciantes condiciones sociales de la época. En efecto, el tejido sociopolítico de la Edad Media y, en última instancia, la existencia cotidiana de las gentes, asistían a un devenir histórico refractario

a la cultura o, en el mejor de los casos, plenamente ajenos a su importancia. Sin embargo, la cultura pervivía imperecedera, como el hombre, a través del largo paréntesis medieval, recluida y amparada en escasos –pero, por fortuna, suficientes– reductos tutelares, que fueron como hilos de vida cultural entre el saber clásico y la aparición de la Universidad.

La enajenación medieval de la cultura debió ser, por un lado, responsable fundamental de la barbarie polifacética de la época, y, por otro, como fecunda consecuencia, una acuciante llamada a la conciencia histórica, que encontró una respuesta trascendental: sólo la cultura es capaz de salvar a la Humanidad de su naufragio histórico y a cada hombre de su propio naufragio vital. Es decir, hubo una dialéctica social y existencial en el escenario de la baja Edad Media que dirigió obligatoriamente la fundación de la Universidad: por un lado, la falta de sentido vital, por ausencia de un axón cultural, que conducía irremediablemente a un vivir sin sentido histórico y, en última instancia, sin sentido personal, abocando a la barbarie social e individual, y por otro, una necesidad de reaccionar ante el entorno histórico-social de la época, inicialmente mediante su conocimiento e interpretación, y después, fijando una conducta, lo cual constituye el planteamiento elemental de la cultura.

Apareció, por consiguiente, la Universidad medieval, cuya misión cultural tuvo una consecuencia histórica concreta: inició la demolición del feudalismo europeo. Los poderes temporales de la época, la Iglesia y el Estado, habían conseguido una organización vertical, como una pirámide jerárquica, en cuyo vértice estaba, en lo que se refiere a la Iglesia, el Papa, con funciones de soberano temporal, y por debajo, los obispos y abades, en ejercicio de señores feudales y cobradores de “diezmos y primicias”, bajo la solemnidad litúrgica del juramento de fidelidad. Y en lo que se refiere al Estado, la estructura piramidal era tajante: el soberano, en el vértice elevado, casi tocando las puertas del cielo; la nobleza en aledaños descendentes, y los siervos, constituyendo la inmensa base popular de la pirámide. A mediados del siglo XII aparece el primer manotazo al feudalismo, con el cambio trascendental de una civilización especialmente rural, propicia al feudalismo, a una civilización urbana o burguesa, que, abandonando la agricultura y la guerra, inaugura el ejercicio de la artesanía y de las profesiones liberales, y con ello, la primera “contestación” al feudalismo. La aparición de la Universidad añadió a esta “contestación social” una “contestación ideológica” en radical enfrentamiento con el feudalismo, que incluso había llevado sus tentáculos hasta las propias entrañas estructurales de la Universidad. Por ello, cuidó la Universidad desde su fundamento la formación del hombre culto, enterado o entero del saber de su tiempo y, en consecuencia, libre de los poderes temporales de su época, más difícilmente manipulable y más fácilmente realizador de su dignidad humana, que consiste, desde una preclara visión de la Universidad original, en vivir con un sentido cultural de su tiempo y de la historia.

Si la Universidad cumplió esta trascendente misión histórica, el hombre que acudía a ella buscaba tan sólo su propio saber, como razón primordial, al margen de cualquier utilidad pragmática, y la Universidad le daba el saber puro, elemental, sin especiales

intenciones profesionales. El universitario inicial fue sólo un hombre culto, y ya fue bastante en cuanto a su propio provecho y al papel histórico que representó, y la Universidad se limitó a enseñarle las grandes disciplinas culturales a la altura de los tiempos (teología, filosofía, historia, física, biología, sociología, etc.), que no hallaban, de momento, su traducción utilitaria. Con el tiempo, la sociedad en que vive este hombre culto se aprovecha de él secundariamente, pero al margen de las razones que le determinaron culto y de la misión de la Universidad.

Así pues, la misión inicial de la Universidad que presidió su mecanismo fundacional fue, en lo que al hombre se refiere, la transmisión del saber puro o del puro saber, es decir: de la cultura. La Universidad fue originalmente platónica; alimentó en el hombre el saber como deseo.

Pero parece obligado entender que la Universidad traspasara su misión primordial de la formación cultural del hombre y adquiriera sucesivamente dos nuevos aspectos misionales: la formación de profesionales útiles a la sociedad a que pertenece la Universidad y la progresión y creación de nuevas formas o nuevas dimensiones culturales, es decir, la investigación científica. Se integra así una nueva forma del saber impartido por la Universidad: el saber con sentido utilitario, el saber no sólo o principalmente útil a la intimidad del hombre, sino provechoso para la sociedad, y aparece, en fin, el sentido baconiano de la Universidad.

En efecto, ha sido en la Universidad desde su fundación medieval, donde se han representado las formas de saber humano, con uno u otro predominio, según condicionamientos históricos, y sociopolíticos. Ha sido, en suma, la Universidad el escenario luminoso donde se ha representado la historia larga de una antropología del saber humano.

De aquí que las grandes universidades europeas de la Edad Media y los modelos españoles trasplantados a América Latina en el siglo XVI tuvieran como idea el afán desinteresado por el estudio, el saber por el saber, según los moldes platónicos y aristotélicos. La *Ética*, de Aristóteles; *El Almagesto*, de Tolomeo; *Los Conceptos* de Boecio, etc., eran los libros, entre otros, que constituían el acervo académico desde Escocia a España y después a la América Latina. Y estas universidades europeas, cosmopolitas y cultas, bajo el dominio principal de la Iglesia, siguieron en sus cauces platónicos durante siglos y aún les quedan a muchas reminiscencias profundas del saber por el saber. Más lenta fue la salida de las universidades latinoamericanas de los moldes platónicos. La influencia de la Iglesia se conservaba rígida y estable desde México a Lima, y el control del trono de España era inflexible con los intentos de actualización de la Universidad, todo lo cual impidió la evolución de las universidades de Latinoamérica hacia nuevos moldes, como ocurrió en América del Norte.

Un siglo después, aproximadamente, de la primera fundación de una universidad en México apareció el primer trasplante del modelo inglés de universidad a América del

Norte. En efecto, las leyes, libertades y órdenes del *Harvard College*, redactadas hacia 1646, son una copia casi literal de los estatutos isabelinos de Cambridge y siguen conservando cierto espíritu platónico en su intencionalidad. Sin embargo, a diferencia de las universidades latinoamericanas, los colegios de América del Norte, de los cuales Harvard fue el primero, rompieron pronto con el control europeo y se hallaron libres para adoptar el tipo de enseñanza que juzgaron conveniente. Precozmente sintieron la necesidad pragmática. En realidad fueron desde el principio escuelas profesionales y sus fundadores no eran sabios filósofos y teólogos, sino comerciantes que utilizaron el viejo modelo europeo de Universidad para su fundación, pero pronto lo cambiaron por directrices técnicas capaces de ser útiles a sus industrias. Y si en las universidades europeas y latinoamericanas el gobierno rector estaba constituido exclusivamente por personal docente (con episódicas y débiles concesiones a otros estamentos, como el alumnado), en los colegios norteamericanos, y aun en las actuales universidades, los grandes comerciantes e industriales se integraron en los cuerpos rectores, formando los poderosos cuerpos de control llamados *Board of Trustees* o *Board of Regent*. En consecuencia, el saber se dirigió prontamente hacia el utilitarismo económico, y aparece con ello la segunda forma del saber: la de instrumento de la acción práctica.

La Universidad y la enseñanza de la medicina

Hay, pues, dos filosofías de la educación, que representan la tesis y la antítesis de un viejo conflicto dialéctico, una que lleva en su frente los nombres de Platón y Aristóteles y busca el conocimiento por el conocimiento, otra presidida por el pensamiento de Bacon y Dewey y que postula el conocimiento como instrumento de la utilidad. En otro lugar hemos hecho el análisis de este conflicto con una perspectiva antropológica y social, pero nos interesa ahora su análisis a nivel de la docencia universitaria de la Medicina, donde hoy más que nunca está planteado el conflicto dialéctico de la educación. Tal conflicto puede plantearse así: en la formación del futuro médico, ¿puede resultar útil la reducción de la enseñanza teórica en beneficio de la práctica? O más estrictamente, ¿es posible una enseñanza práctica con sólo una elemental preparación teórica? Ya se les alcanza fácilmente que con estas preguntas se está cuestionando el sacrificio de la teoría pura, ideal, especulativa, imaginativa, entendida como un vago y maleante de nuestra civilización actual, sin saber que en su macuto pordiosero lleva un viejo tesoro humano: el deseo de saber, el saber como deseo. Pero no sólo se cuestiona esta teoría platónica, sino también, en alguna medida, la teoría prepráctica, la que antecede imprescindiblemente a la práctica, intentando sustituirla por un esquema de normas estandarizadas y protocolizadas. La diatriba es una cuestión de balance y de matices, pero está planteada, con cierta acuidad hoy, en la enseñanza de la Medicina por argumentos razonables aducidos por muchos. Por ejemplo, parece evidente que en la actualidad existe una hipertrofia exagerada de conocimientos teóricos que no han encontrado todavía su traducción práctica y que, por tanto, pueden tranquilamente ser ahorrados al estudiante en cumplimiento de aquella “economía de la enseñanza” de que hablaba Ortega. Por otra parte, el tiempo dedicado al aprendizaje teórico puede ser, en alguna medida, “robado” a la enseñanza práctica, y sobre todo, aquél, cuando

es exagerado, es capaz de “asfixiar” psíquica o intelectualmente la natural capacidad para el ejercicio práctico.

Algunos señalan que lo realmente importante es la enseñanza práctica, en la cual, oportunamente, debe añadirse la información teórica que sea estrictamente necesaria. Otros son más extremistas: basándose en el hecho conocido de que el médico de escasa formación teórica e incluso el hombre no médico, pero ejerciendo como tal (“pies descalzos”, en China; técnicos sanitarios, en Alemania; curanderos, etc.), pueden ser útiles en la práctica, postulan una formación práctica sin apenas formación teórica. Son éstos los que parecen haber hecho su filosofía de la educación médica a la sombra de aquel ejemplo conocido de Dewey sobre la electricidad: “¿Qué queremos saber de la electricidad?”, se preguntó el filósofo, y tranquilo contestó: “Solamente cómo hacerla trabajar para nuestro servicio. Todo lo que signifique saber más de ella es arrojarla a una metafísica inútil”.

En el mundo actual, las universidades, y más concretamente las escuelas y facultades de Medicina, han sido conscientes de este viejo conflicto en el seno de la filosofía de la educación y han emprendido su solución, es decir, la obligada síntesis de teoría y práctica, según sus propios moldes históricos, culturales, sociales y económicos, que necesariamente han influido en que la síntesis se incline más unas veces hacia la teoría y otras hacia la práctica.

En términos generales, las universidades que se crearon en el mundo con los patrones de la Universidad inglesa posbaconiana optaron en principio y han ido desarrollando posteriormente el “modelo práctico” de la enseñanza médica, del que han obtenido, no se puede negar, grandes beneficios asistenciales y, consecuentemente, socioeconómicos. En este sentido, son ejemplares la mayoría de las escuelas de Medicina de Estados Unidos y las que fueron trasplantadas a Australia, Sudáfrica, India, etc., con aquel modelo británico. También en Canadá la mayor parte de las universidades, aunque no todas, han ido optando por el “modelo práctico” de la enseñanza de la Medicina. En Japón, por seguir citando universidades que he conocido personalmente, se están siguiendo en la actualidad parámetros docentes extraídos de las universidades americanas.

Otros países conservan modelos universitarios impregnados todavía, en mayor o menor medida, del espíritu medieval y renacentista de la Universidad, y aunque han desarrollado en sus planes de estudio la enseñanza práctica, conservan un gran bagaje de enseñanza teórica. Debemos citar aquí nuestro país y gran parte de las universidades de Latinoamérica, y también, aunque sólo hasta cierto punto, alguna de las escuelas de Medicina de Italia, Francia y Alemania.

Debemos de admitir, en términos generales, que se va simplificando justamente la enseñanza teórica en beneficio de la práctica. Incluso, en estos momentos, está en marcha una experiencia en la Universidad de Yale por la cual el estudiante trabaja y aprende, desde el primer instante de su vida académica, en un hospital, guiado en su

aprendizaje por un tutor que le instruye en el manejo clínico y le otorga la información teórica oportuna, que complementa con clases de sesgo tradicional. Resucita ahora la Universidad de Yale el método docente de la Europa prerrenacentista, donde la enseñanza de la Medicina fue exclusivamente clínica. Salerno, que pasa por ser la primera escuela médica europea merecedora de tal nombre, no era un aula, sino un hospital.

Esta enseñanza práctica tiene imperativos de variada índole, entre los que no hay que olvidar los socioeconómicos, y es evidente que “fabrica” médicos útiles a la sociedad, que, a fin de cuentas, es lo que interesa. Pero volvemos a repetir aquí lo que escribimos en otra ocasión sobre la personalidad del internista: “El médico necesita una formación integral, que sólo la Universidad puede darle, y que es un imperativo exigente de su condición de hombre universitario, y desde la cual el ejercicio de la Medicina ha de resultar más beneficioso en sus últimas instancias”.

Esto último es evidentemente cierto: nuestros estudiantes y posgraduados de mejor formación teórica –y no me refiero sólo a la teoría prepráctica, sino también a la teoría integral– realizan mejor la práctica de la Medicina e, incluso, la instrumentación de la técnica. Pero es que además la formación teórica facilita la imaginación, la inventiva, el sentido creador del hombre. Pasteur, un hombre que ha dado a la Humanidad descubrimientos de un valor práctico inestimable, dio una gran lección a los monoteístas de la educación práctica, con su célebre frase: “Sin la teoría, la práctica no es más que la rutina provocada por la costumbre. Solamente la teoría puede producir y desarrollar el espíritu de invención”. La teoría es hija del asombro y la curiosidad y habita en el hombre, y la práctica es hija de la teoría, y cuando se independiza, deja al hombre transformado en máquina, y recuerden ahora aquella frase luminosa de Alberto Einstein: “La máquina solucionará todos los problemas, pero jamás será capaz de crearlos”. La práctica soluciona problemas, la teoría los crea y el hombre es, desde una perspectiva elemental, un ser con capacidad de crear. Pero es que, además, la dictadura de la práctica, como todas las dictaduras, no tiene futuro; conduce, tarde o temprano, al error (“el hombre práctico es el que comete los mismos errores que su abuelo”, decía Disraeli), y seguramente también conduce al desastre de la Humanidad. Dewey, predicador apostólico del utilitarismo a ultranza, intuyó al final de sus años que con este sistema “la Humanidad acabaría dominada por una raza de monstruos infrahumanos con miras meramente económicas, tratando siempre de conseguir baratijas de la naturaleza”. Y quién sabe si este riesgo no ha empezado a realizarse en nuestros días.

Y así planteadas las cosas, nos interesa, al fin, saber cómo ese doble imperativo del saber humano, cómo la universidad genérica y como la particular enseñanza de la Medicina ha conformado al médico actual, y entramos con ello en la última porción de este ensayo.

El médico actual según su forma de saber

Es evidente que no existe un modelo único de médico, desde cualquier perspectiva en

que se le observe, y, en consecuencia, se comprende que habrá distintos tipos de médicos según la manera de saber y hacer la Medicina.

Una ordenación de estos tipos, realizada aquí con provisionalidad y urgencia, constituye un espectro de cinco bandas que va desde el médico exclusivamente teórico al exclusivamente práctico, es decir, de la teoría a la práctica o del puro saber al puro hacer.

Una rápida descripción de estos tipos es la siguiente:

- a. El médico exclusivamente teórico; yo diría puramente teórico, porque su teoría no tiene contaminación alguna de la práctica: es una teoría premédica o paramédica, de base naturalista y filosófica con soportes biológicos y sociológicos, y sin ninguna proyección práctica y, por supuesto, sin ninguna utilidad médica. Su herramienta de trabajo es la especulación filosófica, y por eso yo le llamaría, con evidente respeto a su título universitario, el médico filósofo. Es un espécimen ciertamente raro, pero existe, y supone un personaje humano interesante y culto, aunque su utilidad práctica se nos antoje nula, a no ser que Schelling tuviera razón cuando dijo que la “filosofía es una manera de construir la naturaleza”.
- b. El médico principalmente teórico, no exclusivamente como el anterior y también, a diferencia de éste, con claro predominio de la teoría médica sobre el saber humanista. Este sí es un elemento relativamente frecuente, y más lo debió ser antaño. Producto, por un lado, de su afán original por el puro saber, y por otro, de la principal enseñanza teórica de nuestras facultades, su descripción parece obvia: conocedor profundo y extenso de la teoría y la bibliografía médicas, siente poca o ninguna inclinación por la práctica clínica, sobre todo, y esto es significativo, en lo que se refiere a la aplicación terapéutica. Pudiera ser este tipo de médico el heredero de aquel clásico nihilismo terapéutico de Skoda, Diettle, Addison y otros muchos grandes médicos, cuya instancia primordial ante el enfermo consistía en desvelar la enfermedad, primero a nivel conceptual y luego diagnóstico, despreciando u olvidando (como en el caso de Addison) la vertiente terapéutica. Parece claro que a este médico hay que llamarle, por antonomasia, el médico teórico.
- c. El médico teórico-práctico, es decir, aquel con buena formación teórica, médica pero también humanista y con intención y capacidad prácticas, suficientes para servir en la clínica al acto médico y al enfermo. En su formación ha de considerarse decisiva la adecuada síntesis entre el saber como deseo y el saber como poder, poder entendido aquí como la capacidad de modificar la naturaleza en beneficio del hombre enfermo y de la sociedad. La manera como este tipo de médico entiende la enfermedad y el enfermo y el mecanismo mental con el cual realiza el diagnóstico y la terapéutica lo hemos analizado en otro sitio, pero nos interesa recalcar aquí que, desde su formación integral, este médico entiende y hace la medicina en el marco del saber y el hacer, del humanismo y la técnica, que encierra una triple concepción del enfermo: antropológica, científica y social. El paradigma de este tipo de médico, pero no el modelo único, es el auténtico internista.

- d. El médico práctico, dotado de la única e imprescindible información teórica que le sirve de inmediato para la aplicación práctica. Es el ejemplo más claro del saber como poder: sabe lo necesario para poder hacer. Es probablemente el modelo más frecuente entre nuestros médicos, que se expresa en nuestra profesión en forma de los llamados “médicos de familia”, “de cabecera”, “médico general”, “generalista”, “práctico” o simplemente clínico. Su función, artesanal o técnica, es extraordinariamente útil a un nivel determinado de la Medicina y es, como antes dije, un modelo de médico que los expertos en salud pretenden potenciar. No hay inconveniente en incluir en este apartado a los malos cirujanos y los malos especialistas, es decir, aquellos de unos y otros que se limitan al hacer instrumental sobre la base frágil de una insuficiente información teórica.
- e. El médico exclusivamente práctico, no principalmente como el anterior. Se trata del hombre que realiza una técnica, mas o menos compleja, pero limitada, cuyo manejo, monótono y rutinario, ha adquirido con un exclusivo aprendizaje práctico a través de normas o preceptos y transmisión sensorial, pero con poca o ninguna connotación teórica. En los amplios y sofisticados servicios médicos de un hospital’ este médico existe y su paradigma es, en muchos casos, el microespecialista o el subespecialista.

Este espectro de tipos médicos que queda aquí tan sólo abocetado en cuanto a sus rasgos más sobresalientes del modo de saber y hacer la medicina, está sufriendo en los últimos años una desviación creciente hacia el extremo práctico, con acumulo de médicos de formación principal o exclusivamente práctica. Este, que es un fenómeno claro desde diversas perspectivas, y más para los que nos dedicamos a la docencia de posgraduados, tiene unos motivos y unas consecuencias que sólo debo pespuntar aquí.

Los motivos, que en un análisis pormenorizado son varios, radican, a mi juicio, en dos circunstancias principales, que han aparecido o se han acentuado en los últimos años. Por un lado, la aparición de técnicas diagnósticas y terapéuticas, extraordinariamente eficaces, ha propiciado la concepción del hombre como modelo complejo de máquina susceptible de alteración y reparación, que exige un control técnico con un tipo de asistencia más propia del ingeniero que del médico. Por otro lado, el modelo de sociedad capitalista que padecemos exige la pronta reparación física del hombre para que siga integrado en la máquina producción-venta o, al menos, en el estado de salud, siempre más rentable, y esto sólo se logra con un proceder técnico eficaz y expeditivo, sin devaneos teóricos, fisiopatológicos, humanistas o antropológicos. Es decir, que por uno y otro motivo, el pobre ser humano se va haciendo una máquina y el médico su maquinista.

Las consecuencias de este practicismo de la Medicina actual son por lo menos dos, una presente y la otra futura. La primera es de índole económico: los expertos en economía de la salud han demostrado la desproporción creciente entre el gasto de la Medicina y su beneficio social. Si la incorporación de la técnica en la Medicina supuso al principio una reducción del gasto enfermo/día, su desarrollo exagerado en los últimos veinticinco años, y sobre todo su uso no bien discriminado, han producido una elevación del coste

de la salud por encima de su rentabilidad social. Incluso ya se ha señalado que en un futuro no lejano un presupuesto importante para salud y seguridad social puede ser el dedicado a reparar la iatrogénica de nuestra Medicina actual.

La segunda consecuencia es hipotética pero apocalíptica. La concepción puramente mecanicista del hombre enfermo y su manejo médico como tal nos puede llevar a una Medicina sin médicos, sometida por completo al intrusismo surrealista y monstruoso de la máquina. Pero yo creo que esta premonición no es demasiado alarmante: cuando la Humanidad esté en condiciones de que esto ocurra ya habrá desaparecido por otro mecanismo.

Tribuna Médica 1982

LA MENTALIDAD DEL INTERNISTA

Ser internista es disponer de unas características psicológicas e intelectuales que condicionan una especial actitud *sapiens* y *faciens* ante el enfermo y la enfermedad. Y las páginas que siguen no son sino la explicación detenida y, quizás, el alargamiento retórico de esto que acabo de decir.

Pero ya hay algo que, inicialmente, conviene señalar. En el motivo de esta meditación provisional y urgente, hay una razón que es constante en el espíritu del internista: la inquietud y, con ella, la reflexión sobre lo que uno mismo es y significa dentro de sí y en el entorno histórico y social que le ha tocado vivir.

Si la personalidad, en términos psicológicos, consiste en la conciencia individual del “sí mismo”, y más profundamente en la perenne necesidad de esa conciencia, yo me atrevo a decir que el internista es una de las figuras médicas de más definida personalidad, aunque en la Medicina actual se quiera presentar desdibujada e imprecisa.

La necesidad intelectual de saber de “sí mismo” y de su significación, entornan la personalidad del internista, muy próximo a ese tipo de hombre de que nos habla Nicola Pende “que en la búsqueda de su propia realidad ha ensanchado el campo de su saber y el de los demás” y lejano de ese otro “hombre de ciencia exclusivamente pragmático, capaz de fecundas ingeniosidades técnicas, pero de limitado horizonte espiritual” que nos dice Rof Carballo.

Pero no sólo la razón del hombre por conocer lo más íntimamente posible en qué consiste su condición de internista y, tras ello, la Medicina Interna, reside en imperativos intelectuales, sino también amorosos. Aquella luminosa frase de Da Vinci “El amor que sentimos por algo es fruto del conocimiento que de ese algo tengamos, y se acrecienta según nuestro saber se hace más seguro”, es una verdad tan diáfana que nos obliga a la meditación de nuestro tema.



¿Quién es el médico internista? o, de otra manera, ¿hay en el hombre que elige la Medicina Interna como forma de aprender y saber Medicina y como forma de su ejercicio profesional, algún condicionamiento intrínseco más profundo y radical que los puramente extrínsecos?

Para contestar voy a echar mano de lo que Kant llamaba el razonamiento *a posteriori* o de aquel viejo truco de los autores moralistas, y traer a escena a dos tipos de médicos, representantes, cada uno de ellos, de una manera especial de sentir y ejercer la Medicina, y que significan los extremos arquetípicos de un amplio espectro de tipos médicos.

Uno de ellos representa al médico práctico, cuya razón primera y fundamental de su actitud de médico está en el diagnóstico y la terapéutica. El diagnóstico y el tratamiento

del enfermo son para este tipo de médico, en posesión de ciertas técnicas diagnósticas y terapéuticas, un trabajo que realiza personalmente dentro de la comunidad en que vive, y en virtud del cual obtiene su propio sustento. Pero no siempre realiza su función por motivación exclusivamente económica, como “modus vivendi”, sino que hay muchas veces en él, como motivación importante, la relación “cuasidiádica” con el enfermo, que en última instancia se establece sobre el amor al prójimo. Pero en cambio es rara, o al menos escasa, una motivación científica o filosófica, es decir, un afán por saber lo más aproximadamente posible y sin intencionalidad práctica lo que está pasando en la fisiopatología del enfermo.

A este tipo de médico pertenece, por antonomasia, el clínico, en sentido estricto, que se expresa en nuestra profesión en forma de los llamados “médico de familia”, “de cabecera”, “médico general”, “practicien”, “practitioner”, etc., y aun en los médicos clínicos que hoy realizan la medicina dentro del *staff* de un moderno hospital. Su misión es importante y su utilidad extraordinaria. Dentro de este primer tipo de médico debemos incluir también al técnico, cuya representación más exacta es el llamado especialista. No obstante, este primer boceto de este tipo de médico necesitará después unos retoques más exactos, pero de momento podemos considerarle como aquel que de una manera artesana o técnica, sobre la base de una especial e imprescindible ética profesional, realiza una medicina eminentemente práctica y utilitaria en beneficio del prójimo y de la sociedad. Es la Medicina como actividad humana eferente y, por tanto, semejante a cualquier profesión de contenido social.

El otro tipo representa al médico cuya razón está en el puro saber, convirtiendo o reduciendo la Medicina a pura ciencia. El saber indirecto conseguido por el estudio, o el directo adquirido por la investigación, constituyen para este tipo de médico el primer motivo de su realidad como tal. Para él, la Medicina no es principalmente una actividad humana eferente, sino un sentimiento filosófico aferente. Bien es cierto que de esta especial y egocéntrica actitud puede aprovecharse indirectamente la sociedad en que vive este tipo de médico, pero ello es tan sólo una consecuencia secundaria.

Es decir, dos tipos de médico que, en su esencia, se identifican con dos tipos de hombre de distinta disposición espiritual e intelectual: el práctico y el teórico, cada uno de ellos en su peculiar contexto personal y social, portando por la vida un estandarte distinto, uno el del hacer y el otro el del saber.

Realmente son dos arquetipos humanos que raramente existen como tales, tan esquemáticamente definidos, y menos como tipos médicos, porque el hombre, y más el médico, tienen siempre en su actividad, saber y hacer, en distinta proporción según su disposición espiritual e intelectual, y según su formación, y más concretamente, según los maestros que hayan influido en su formación. Pero estos dos tipos de médicos, convencionales y artificiosos en gran medida, nos sirven como extremos de un espectro donde vamos a intentar situar al médico internista.

A mi juicio, y por tanto en trance de discusión, el internista está, como hombre, situado más cerca del hombre teórico que del pragmático. Me parece que el futuro internista aporta ya a su formación médica un bagaje de condiciones intelectivas y espirituales que le configuran como hombre de pensamiento, más que de acción. Ello es notable desde la época de estudiante. En efecto, entre los cientos de estudiantes que cada año pasan por nuestra Cátedra de Patología Médica, hay un número de ellos que eligen la Medicina Interna como futura forma de realizar su profesión, y en este grupo de estudiantes no es difícil percibir unas especiales características humanas que les distinguen durante los años de Licenciatura del resto de los alumnos. Estas características más sobresalientes son: 1.º) Formación humanista más sólida y amplia que el tipo medio de estudiante. Su campo de lectura desborda la Medicina y su bagaje cultural es extenso y variado. El cabecilla ideológico de la noble actitud contestataria de los universitarios está protagonizado frecuentemente por este tipo de estudiante, distinto radicalmente del cabecilla simplemente revoltoso y panclástico que esconde en su entraña tan sólo destrucción y resentimiento, hijos bastardos de su propia cortedad. 2.º) Dimensión antropobiológica de la Medicina. Perciben estos estudiantes al enfermo más allá del cuadro nosológico recortado que el libro y el instructor les enseñan, y le dan una dimensión psicológica y social que no se suele enseñar, desgraciadamente, en los libros ni en las aulas. 3.º) Especial énfasis en el estudio del concepto, fisiopatología y etiopatogenia de la enfermedad, con menor interés por el estudio del diagnóstico y la terapéutica. Ésta es una clara distinción de este tipo de estudiantes: son incansables estudiosos de etiopatogenias y teorías y buceadores continuos en las complejas entrañas de la fisiopatología. Si en el examen las preguntas se dirigen a estos aspectos, solventan fácilmente las pruebas, pero si se inquiere sobre técnicas diagnósticas y terapéuticas, es más fácil comprometerlos. Son, en fin, estos estudiantes los que siguen dando vigencia a las Facultades de Medicina como partes integrantes y vivas de la Universidad, y mientras existan, será difícil que todo se quede en una simple Escuela Técnica de Medicina.

Andando el tiempo, cuando el estudiante es ya médico internista, conserva como hombre su inquietud humanista y la actitud antropobiológica y holística de su saber médico, porque ambas van enraizadas en su especial disposición espiritual. Pero ¿cómo con tal disposición y consecuente formación va a ejercer este tipo de médico, en definitiva, este tipo de hombre, la Medicina práctica?

Vamos a emprender la respuesta a esta pregunta analizando cuatro aspectos difícilmente desglosables entre sí, que representan la mentalidad del médico ante su práctica clínica, y que caben bajo los siguientes epígrafes: a) concepto de la enfermedad y del enfermo; b) elaboración mental del diagnóstico; c) actitud ante la indicación terapéutica; y d) interpretación de la evolución y pronóstico de la enfermedad. Digamos algo sobre estos aspectos, presentes siempre en el médico ante su enfermo, contrastando en cada uno de ellos la postura del internista con la del clínico.

Concepto de la enfermedad y del enfermo

El internista tiene, o debe tener, un concepto totalitario u holístico de la enfermedad, más o menos acentuado, por supuesto, según el tipo de enfermedad.

Hay enfermedades (conectivopatías, diabetes, arteriosclerosis, dislipemias, metabolo-patías, etc.) que son fácilmente comprensibles como enfermedades de la totalidad o generales, y hay otras que, comprendiéndolas como más localizadas, se ve claramente que pueden llegar a afectar a la totalidad (insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal, hepática, anemias, hemoblastosis, etc.), y unas y otras son vivenciadas, tanto por el clínico como por el internista, como procesos generales o totales. Pero hay otras enfermedades que el clínico, de concepción más limitada y puramente fenomenológica, considera parciales o limitadas a un órgano, mientras que el internista comprende su auténtica dimensión y las considera totales, sistemáticas o difusas, según los casos. Los ejemplos de este tipo de enfermedades pueden ser bastantes, pero citemos algunos tan sólo. La artritis reumatoide es para el clínico una enfermedad de las articulaciones, mientras que el internista la concibe, teórica y prácticamente, como un proceso sistematizado con afectación universal; la hepatitis aguda viral es considerada fenomenológicamente por el clínico como una enfermedad exclusivamente del hígado, y el internista sabe perfectamente que aunque las manifestaciones hepáticas sean las más llamativas, se encuentra ante un proceso que afecta a todo el sistema reticulo-histio-citario con repercusiones hematológicas, metabólicas, endocrinas, etc.; igual o parecido puede decirse de la glomerulonefritis aguda, de la alveolitis fibrosante idiopática del pulmón, de la arteritis de la temporal, etc., enfermedades que han entrado en la nosografía a expensas de sus fenómenos clínicos más llamativos o más frecuentes, pero que tienen por debajo de éstos una amplitud que a veces llega a la totalidad.

Pero, además, el internista, hace llegar su pensamiento holístico más allá de los fenómenos clínicos, fisiopatológicos o morfológicos, hasta la manera de conceptuar al enfermo. Para el internista, el enfermo es algo más, mucho más, que un órgano o sistema trastornado: es un hombre con una enfermedad que trastorna su salud física, pero también su mundo emocional y social. Y a la inversa, es capaz de comprender que el hombre enferma a través de los disturbios de su vida emocional y social. Aunque en honor a la verdad, la manera de conceptuar o de sentir al enfermo, no diferencia a los clínicos e internistas tan clara y tajantemente como otros aspectos de los que estamos analizando. Al menos esto es cierto en lo que se refiere a clínicos que ejercen en forma de “médico de familia”, “de cabecera”, etc., para los cuales, aun teniendo diferencias sustanciales con el internista, el enfermo es ante todo un hombre con una enfermedad. No diría con seguridad lo mismo de los clínicos de un hospital moderno, o de la Seguridad Social, o de los especialistas instrumentalistas, para los cuales es, con frecuencia, antes la enfermedad que el enfermo.

Y junto a la tendencia a considerar la enfermedad con un sentido totalitario o al menos más amplio que el que impera en la nosología convencional, tiende el internista al

concepto unitario de las enfermedades. Diagnosticará el internista como el clínico, un lupus eritematoso diseminado, una dermatomiositis o una esclerodermia, pero mientras el clínico considera estos procesos como suficientemente distintos por sus síntomas y signos, para tener “personalidad” nosológica propia y permitir un diagnóstico independiente, el internista los objetivará distintos pero los comprenderá, o al menos los sospechará, como eventualidades diversas de un proceso común. El clínico distinguirá tajantemente, como entidades distintas, una panarteritis nodosa de una angeítis de Zeek o de Churg-Straus o de Wegener, mientras que el internista, salvando la distinción que pueda proporcionar la etiología, el tipo de vaso afecto, la presencia o no de granulomas, etc., las considerará como formas diversas de un proceso común (angeítis necrótica) con un substrato histopatológico unitario: la necrosis fibrinoide con reacción inflamatoria de las paredes vasculares. Al internista le quedará siempre ante el estudio del enfermo de púrpura trombopénica idiopática crónica, de síndrome de Fisher-Evans, de síndrome urémico-hemolítico, o incluso de síndrome de Moschcowitz-Singer, la duda de la comunidad de estos procesos y de su entronque con las colagenosis, y en cambio al clínico no se le planteará tal duda absorto en la simple objetivación de los fenómenos. Y semejantes consideraciones podrían hacerse con las gammopatías monoclonales, con las enfermedades linforreticulares y hemoblásticas, con muchas anemias hemolíticas, con algunas dermorreticulosis, con diversas enfermedades metabólicas, etc.

Es decir, el internista tiende, frente al clínico, a un concepto totalitario, amplio, holístico de la enfermedad y a un concepto unitario de las enfermedades, acercándose a la verdadera realidad biológica, plasmada en el viejo adagio aristotélico: “La Naturaleza ama la unidad”.

Y esta especial conceptualización del internista condiciona, en gran medida, su metódica diagnóstica.

Elaboración mental del diagnóstico

Si analizamos el proceso mental de la elaboración del diagnóstico que realiza el médico ante el enfermo, la diferencia entre clínico e internista se hace más patente. Balcells Gorina ha hecho este análisis magistralmente y en él fundamentamos lo que vamos a decir.

El clínico realiza el diagnóstico principalmente, casi exclusivamente, sobre los fenómenos clínicos (síntomas, signos, datos complementarios, etc.) que él recuerda pertenecen a una entidad nosológica concreta. Es pues, un diagnóstico evocativo, analógico, que se realiza por el simple proceso mental de articular la percepción con la memoria. Es decir, la identificación de los fenómenos clínicos con la imagen memorizada de una enfermedad, establece el diagnóstico. Y a este nivel puramente fenomenológico se queda el diagnóstico del clínico; si acaso, del cuadro semiológico se pasa a una indagación o interpretación etiológica, pero nada más.

La labor mental del internista en la factura diagnóstica tiene otra categoría intelectual. Él no evoca el diagnóstico, sino que lo construye de modo razonado, sobre un proceder inductivo, de forma progresiva y sistematizada. Parte, por supuesto, de los fenómenos clínicos, pero después de identificarlos no se limita a evocar con ellos una entidad nosológica preestablecida, sino que pasa a filiarlos según su posible comunidad y a interpretarlos fisiopatológicamente. Realiza así una etapa trascendental del diagnóstico: la interpretación fisiopatológica de los fenómenos clínicos observados. Tras este estadio fisiopatológico o funcional del diagnóstico, procura el internista localizar la lesión y concretar orgánicamente el trastorno funcional, cumpliendo de tal manera otra etapa importante del proceso diagnóstico: diagnóstico orgánico o topográfico. Necesariamente, después, indaga sobre la naturaleza del proceso, es decir, sobre la manera como la lesión y el disturbo fisiopatológico se han realizado: es el diagnóstico patogénico. Y finalmente se remonta al diagnóstico etiológico. Así pues, va cumpliendo sucesivamente las etapas del diagnóstico: semiológica, fisiopatológica, topográfica, patogénica y etiológica, siguiendo de una manera razonada, inductiva, constructiva, el camino en sentido inverso a como lo hizo la enfermedad.

Las diferencias que suscitan estos dos procesos diagnósticos son evidentes. En primer lugar, el diagnóstico del clínico y el del internista tienen mecanismos intelectivos distintos: el clínico evoca, el internista construye. Para ello, el clínico maneja la intuición y la erudición (que en último extremo es tan sólo memoria), y el internista, la razón y la cultura. De acuerdo con esto, se comprende que la categoría del saber es completamente distinta en uno y en otro: el saber del clínico es principalmente memorístico, encasilla en su memoria las entidades nosológicas convencionales, para con la llave de un síntoma o signo observado en la clínica, sacarlas a relucir. El saber del internista es dinámico, siempre renovado ante el enfermo de una manera inductiva y razonada. De otra manera: el saber del clínico está mejor servido por la patología especial o patología médica, mientras que el saber del internista pertenece más al campo de la patología general.

En segundo lugar, las posibilidades de atinar o desatinar un diagnóstico son mayores en el clínico que en el internista, con consecuencias, afortunadas o desafortunadas, más groseras. En efecto, según el proceso mental antes descrito para el clínico, éste puede lograr el diagnóstico en “cortocircuito” desde el fenómeno clínico a la entidad memorizada, que, al fin y al cabo, corresponde a lo que se conoce con el término de “ojo clínico”. Este “ojo clínico” que tanto nos deslumbraba de estudiantes, es siempre brillante y muchas veces eficaz, pero también otras, peligroso, ya que es un mecanismo en manos de la experiencia, de la intuición y, también, del azar. El “ojo clínico” ha dado jornadas triunfales a muchos médicos y salud a muchos enfermos, pero también bochorno y sepultura, respectivamente, a muchos de los unos y de los otros. El diagnóstico del internista, “piedra a piedra”, es menos brillante, pero está expuesto a menos errores, al menos, a errores voluminosos, porque no se trata de acertar o atinar un diagnóstico, sino de realizarlo o construirlo.

Finalmente, una diferencia trascendental que ha sido señalada por Balcells; me parece definitiva entre clínicos e internistas, a la hora de hacer el diagnóstico. La metódica sistematizada, constructiva en dirección inversa a como se ha producido la enfermedad, con que el internista realiza el diagnóstico, le permite virtualmente descubrir especies morbosas desconocidas para él. Estoy seguro de que si a un buen internista, con perfecta preparación semiológica, fisiopatológica, anatomopatológica y patogenico-etiológica, le pudiéramos suprimir de su memoria todas las entidades nosológicas que la patología médica le ha enseñado, y le dejáramos ejercer el diagnóstico durante un número ilimitado de años, volvería a describir todas las entidades nosológicas que le suprimimos. Realmente así, con el proceder inductivo del internista, se han debido describir casi todos los síndromes y enfermedades que pueblan ubérrimamente la Nosología. He aquí, pues, finalmente, una profunda diferencia de raigambre antropológica, entre el diagnóstico del clínico y el del internista: el de uno es siempre un episodio memorístico, el del otro tiene siempre algo de acto creador.

Actitud ante la indicación terapéutica

Según la distinta mentalidad con que el clínico y el internista han hecho el diagnóstico, es fácil suponer que su respectiva actitud ante la terapéutica será también distinta.

Como queda dicho, el clínico basa su diagnóstico en la observación de hechos objetivos y lo realiza por un mecanismo empírico positivista, mientras que el internista partiendo de los mismos hechos construye toda una teoría diagnóstica con lo cual resta empirismo a su actitud. Así pues, los diagnósticos de uno y otro tienen distinta categoría que ha de trasladarse, necesariamente, a la terapéutica. Adelantemos, obviamente, que la terapia del internista ha de ser, en términos generales, mejor que la del clínico. “Quien bien diagnostica bien cura”, siguen diciendo las gentes con una sencilla y lógica perspicacia.

El diagnóstico empírico del clínico conlleva, obligatoriamente, una terapia de fuerte contenido empírico. Como dice Laín si en el diagnóstico el médico queda reducido a “puro ojo”, en la terapéutica adquiere la condición de “pura mano”. El esquema mental del clínico es sencillo: si el síntoma es la expresión de la enfermedad para el enfermo y para el médico, lo que hay que hacer es suprimir el síntoma. Y surge así la terapéutica sintomática como principal, cuando tan sólo debe ser, a veces, una porción secundaria del tratamiento a atender por sí sola. Por ir directamente al síntoma (*ubi hemorrhagia, ibi ligatura* decían los antiguos) es muchas veces efecticista y bienhechora, pero detrás de ello está su carácter transitorio y superficial. El clínico no necesita otros aspectos de la terapéutica porque no los utiliza en el diagnóstico; si acaso su tratamiento tendrá alguna atención etiológica, pero no fisiopatológica y patogénica. En consecuencia, su terapéutica sobre bases empíricas, será más atrevida, más abundante y también más peligrosa. Como el “ojo clínico” en cuanto al diagnóstico, la “mano terapéutica” ha tenido tantas consecuencias triunfales como funerarias. Ejemplos de esta terapéutica sintomática pueden ser, por un lado, el médico de urgencia y, por otro, el mal especialista, el primero en función de la rapidez; el segundo, de su mala formación.

El internista atiende en la terapéutica, hasta donde le es posible, a todos los aspectos que utilizó en la construcción del diagnóstico. Así su tratamiento tendrá un fundamento fisiopatológico y etiopatogénico con aditamentos o no de terapia sintomática. En consecuencia, su terapéutica puede resultar menos efecticista, pero es más racional, más eficaz y menos peligrosa.

En la actitud terapéutica, como a todo lo largo de la relación médico-enfermo, se pueden dar dos posturas que Laín ha definido, respectivamente, de científico-natural y científico-personal. Cabría pensar, por lo que venimos diciendo, que el internista protagonizaría la postura científico-personal y el clínico la científico-natural. Puede ser que así sea en gran parte, pero también, vuelvo a repetir, en el clínico, por encima de su actitud empírico-positivista, se da, y muchas veces, una postura personal con el enfermo, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica.

Interpretación de la evolución y pronóstico de la enfermedad

Si aceptamos las diferencias antes dichas entre los que hemos llamado convencionalmente clínicos e internistas, en cuanto al concepto de enfermedad, elaboración del diagnóstico y actitud terapéutica, será fácil comprender que también ha de ser distinta, en uno y otro, la interpretación que hagan de la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

El clínico tiene principalmente un concepto estático de la enfermedad. Para él, la enfermedad es un cuadro clínico enmarcado en datos clínicos y analíticos que está presente en el enfermo. Qué duda cabe que conoce la capacidad evolutiva de muchas enfermedades, pero ello no disminuye su interpretación fundamental de la enfermedad como fenómeno actual y presente que hay que combatir. En consecuencia, el pronóstico que establece de la enfermedad es, también, reducido y de corto horizonte: se limita a los fenómenos clínicos y analíticos. De tal manera, que la enfermedad puede considerarse curada cuando los síntomas y signos clínicos y los datos complementarios patológicos hayan desaparecido. En este sentido, el concepto de curación es parecido al que el propio enfermo establece de su enfermedad: estar curado, para éste, supone el “estar bien”, el “encontrarse bien”, después de desaparecidos los síntomas y signos que le aquejaban. Por otra parte, como el clínico maneja principalmente terapéuticas sintomáticas y etiológicas, que suelen ser de eficacia evidente, su fe en los remedios terapéuticos es profunda y definitiva y, consecuentemente, en la curación de la enfermedad.

De otra manera menos sencilla ocurren las cosas en la mente del internista. Éste, por aquella condición de índole espiritual, intelectual o cultural que posee, y en función de sus especiales actitudes conceptuales, diagnósticas y terapéuticas, interpreta la enfermedad como un proceso evolutivo que intenta conocer en lo que se llama “historia natural” de la enfermedad, aplicada a cada enfermo en particular. La enfermedad, para el internista, rebasa en el tiempo y en el espacio el cuadro clínico con que la

conocemos; muchas veces es más antigua que lo que su aparición clínica supone, y más frecuentemente se prolonga más allá de la curación clínica y analítica, abarcando espacios anatómicos y funcionales más amplios que los habitualmente objetivables. Recuerde el lector, como ejemplo, el caso de la hepatitis aguda viral, que cuando llega a reunir las condiciones necesarias para su diagnóstico lleva ya semanas o meses con disturbios funcionales y anatómicos, más o menos acusados, y que cuando la damos por curada, según los indicios clínicos y analíticos, puede persistir evolutivamente durante meses o años. Y las mismas palabras podríamos decir de las glomerulonefritis agudas, donde también la práctica de biopsias sucesivas nos ha enseñado cautela en el concepto de curación, e igual ocurre con muchos otros procesos patológicos de la práctica diaria.

En este principal concepto evolutivo de las enfermedades radica una velada desconfianza por muchos de los remedios terapéuticos que el internista baraja, un recelo cauteloso en admitir la curación y una consciente dificultad para establecer el pronóstico. Pero al mismo tiempo, esa concepción dinámica de la enfermedad sugiere y estimula el afán de saber del internista, colocándole en una situación disyuntiva: por un lado el principal afán por conocer la realidad de la enfermedad lo más ciertamente posible y, por otro, la insuficiente confianza en los resultados diagnósticos, terapéuticos y pronósticos. Esta situación anímica contrapuesta, perfila aún más la personalidad del internista, dirigido principalmente por el *ego sapiens*, que, en situaciones extremas, puede desembocar en un nihilismo clínico. Tal fue la razón del “nihilismo terapéutico” de Skoda, Dietl, Addison y otros muchos grandes médicos, cuya instancia primordial ante el enfermo consistía en desvelar la enfermedad, primero a un nivel conceptual y luego diagnóstico, despreciando u olvidando (como el caso de Addison) la vertiente terapéutica.

Hoy existe en muchos internistas la tiranía del *ego sapiens*, pero la mayor riqueza y eficacia de técnicas diagnósticas y terapéuticas impiden de raíz la actitud nihilista en el quehacer clínico, máxime cuando tales técnicas ayudan al internista al mejor conocimiento de la enfermedad.

La actitud y las maneras de cada uno de estos dos tipos médicos, clínico e internista, ante la enfermedad y el enfermo que acabamos de describir con evidente e intencionada exageración de sus rasgos peculiares, condicionan una ética profesional distinta para cada uno de ellos, ya en parte implícita en su respectiva manera de “ser hombre”.

El clínico ejerce la Medicina con seguridad; está seguro de lo que hace y lo hace con facilidad: dos condiciones primogénitas (que han de seguirse de otras de índole variada) para el ejercicio de la Medicina comercial. La Medicina privada encuentra en el clínico su principal cultivador por razones obvias que se desprenden de todo lo anterior. Pero, a mi modo de ver, lo que es capaz de condicionar una especial ética en el clínico es el hecho de que su ejercicio médico está fundamentado principalmente sobre la experien-

cia. La experiencia, sin duda, es una fuente de saber médico, pero tiene sus requisitos y sus riesgos. En efecto, la elaboración de una experiencia eficaz requiere, por una parte, inteligencia y, por otra, un basamento científico para desarrollarse más allá del empirismo (la experiencia es la madre de la ciencia, dicen las gentes, cuando realmente la experiencia es tan sólo la madrastra del empirismo, más cierto sería decir que la ciencia es la madre cuidadosa de la experiencia). Los riesgos parecen evidentes: si la experiencia no se realiza sobre los requisitos antedichos, está expuesta al atrevimiento y al error, que en Medicina, no rara vez, adquieren consecuencias peligrosas. Pero hay un riesgo más frecuente en el que cae el clínico que funda su quehacer en la propia experiencia: la soberbia vestida de pedantería que frecuentemente se traduce en desprecio por el compañero. La experiencia del clínico es una experiencia individual que condiciona un saber egocéntrico, eminentemente personal, desde el cual es muy difícil de comprender el error del prójimo. Este tipo de médico parece desconocer aquel viejo adagio que dice: “No se puede ser soberbio, porque la poca Medicina que sabemos, la sabemos entre todos”.

El internista, al contrario, no logra tener una seguridad íntima completa en su quehacer clínico. Sabe que por detrás o por debajo de su diagnóstico o de su tratamiento ocurren muchas más cosas que se escapan a su conocimiento y objetivación. Por ello considera a la Medicina como difícil y compleja. Zacarías Ben Er Razi, un auténtico internista del siglo IX, escribe en ***Kitab El Haivi***: “La Medicina sólo es fácil para los imbéciles; el auténtico médico descubre siempre dificultades”. Y en esta íntima inseguridad radical en lo que se hace, enmarcada en un amplio y profundo conocimiento de la Medicina y en una honesta autocritica, debe estar la razón del alejamiento voluntario de muchos internistas por la Medicina privada e individual.

Si el clínico basa su saber principalmente en la experiencia personal, el internista lo hace en el conocimiento científico colectivo, lo que obliga a una lectura constante y a un aprovechamiento repetido y renovado del saber de los demás. Este es el fundamento de lo que se llama la *Medicina basada en la evidencia* (MBE), de la cual, por cierto, también se aprovecha el clínico. Tiene, no obstante, esta especial manera de “saber” del internista, amplia, profunda y realista, un riesgo ya apuntado más arriba, en el que es fácil caer: el escepticismo, pero es capaz de engendrar otras virtudes: la humildad y la comprensión con el error del compañero. Intentar abarcar y saber demasiado puede resultar peligroso, pero no inútil, porque al menos nos torna más humildes.

Es innecesario a estas alturas advertir al lector que el dibujo que hemos trazado sobre las particulares condiciones y actitudes psicológicas de clínicos e internistas está hecho con rasgos exagerados y sobresalientes, con el fin de resaltar lo más característico de la trama psicológica de cada uno. Como hemos visto, estas distintas características psicológicas son factores decisivos en el condicionamiento de distintas actitudes espirituales e intelectuales ante el enfermo y ante la enfermedad, que perfilan la personalidad del clínico y del internista, y me atrevo a decir que con más nitidez la de este último.

Pero estas actitudes espirituales e intelectuales no definen la personalidad del internista en el amplio marco del “equipo médico”. En efecto, tales actitudes constituyen la base psicológica fundamental del internista, pero no son, en modo alguno, privativas de él. Todos conocemos especialistas de cualquier rama de la Medicina que disponen y ejercen de tales actitudes. Por ello, es perfectamente admisible desde el punto de vista psicológico que un especialista sea, en el fondo, un internista, o, de otra manera, que un especialista tenga la personalidad que hemos definido como personalidad del internista, aunque titular de determinadas técnicas médicas o quirúrgicas, ejerza el diagnóstico y la terapéutica en un campo reducido de la Patología.

Lo que en última instancia define al internista en el “grupo médico” es su especial misión central y superior, para lo cual se comprende como imprescindible la repetida estructura psicointelectual del internista.

Consiste esta misión en la coordinación de los elementos parciales del “grupo médico” y en la integración de los resultados obtenidos. Pero expresada así puede considerarse central, pero no superior, es decir, puede ser realizada por un cerebro humano medio especialmente adiestrado o por un cerebro electrónico. Lo que otorga superioridad antropológica a esta misión coordinadora e integradora del internista es el sentido unitario y crítico con que se realiza. El sentido unitario en la coordinación e integración y la interpretación unitaria de lo que ocurre en el enfermo responden a una realidad biológica incuestionable del enfermo y su enfermedad, que tantos autores (Müller en el metabolismo, Eppinger en el sistema “neurovegetativo” y después, con Hess, en la “inflamación serosa”; Selye en la teoría del *stress*; Masón en lo que denomina “integración endocrina”; Jiménez Díaz en los “disturbios disenzimáticos”; Engel en la “síntesis psicosomática”, etc.) se han esforzado en encontrar y en describir. Por otra parte, esta interpretación unitaria tiene una consecuencia obligada que es trascendental para el enfermo y también para el médico: la consideración del enfermo como persona, es decir, como unidad psicofísicosocial. La labor crítica ejercida sobre la coordinación e integración, qué duda cabe que repercute sobre la calidad del acto médico y, en última instancia, sobre el enfermo, pero engendrada en el interior del internista, en los que deben ser sus elevados mecanismos psicológicos, y vuelta en parte contra sí (autocrítica) es capaz de desbordar la categoría del acto médico. En efecto, el ejercicio constante de esta autocrítica, viendo defectos, poniendo en tela de juicio observaciones, entreviendo lagunas y escotomas de hoy y previendo soluciones futuras, junto al sentido de unidad biológica, son como semillas que cada internista lleva dentro de sí dispuestas siempre a fecundar en beneficio del progreso de la Medicina.

No hablo de internistas utópicos, que muchos conocemos y hemos conocido médicos que han sido y son como yo vengo diciendo. Lo que ocurre, por desgracia, es que no abundan, aunque seamos legión los que ejercemos como internistas, tenemos un diploma que nos acredita oficialmente como tales y, esto es más alarmante, enseñamos a los alumnos Medicina Interna. Y si no abunda el auténtico internista, no es menos triste

predecir que su abundancia no será mayor en el futuro. Desconsolada predicción que radica, al menos, en dos claros fenómenos de nuestra época: uno se refiere al hombre y otro a la Universidad.

Por razones históricas, que conmocionando severamente nuestra sociedad han llegado hasta el hombre, y en cuyo análisis no debemos penetrar aquí, la cosecha de hombres con disposición humanista y mentalidad abstracta es cada vez menor, dejando sitio a hombres pragmáticos atareados en la labor concreta del vivir cotidiano y, en el mejor de los casos, de realizar su trabajo en límites reducidos y concretos. Creo no equivocarme al decir que este tipo de hombre ingresa en nuestras Facultades de Medicina con más frecuencia cada año. Y la Facultad de Medicina, porción integrante de la Universidad, no hace lo suficiente para redimirle de esa penuria espiritual. Debemos aceptar que la formación universitaria que impartimos en nuestras Facultades de Medicina está, en términos generales, lejos de crear o modelar ese tipo de hombre y de médico que llamamos internista, más útil que el puro técnico para ejercer la Medicina Interna y cualquier especialidad e incluso para caminar más dignamente por la vida. Quizá la información teórica y práctica sobre aspectos anatómicos, fisiológicos, patológicos, diagnósticos, terapéuticos, etc., sea aceptable, pero no olvidemos que la Medicina no se enseña en una Escuela Técnica Profesional, sino en la Universidad. Egidio S. Mazzei define con claridad la Universidad como “lugar privilegiado, multifuncional, donde el hombre recibe su formación de ‘hombre total’, donde se elabora y transmite el saber intelectual y donde se adquiere una profesión”, y en esta definición jerarquiza la importancia de las funciones de la Universidad, de tal manera que, con respecto a la Medicina, lo primero es la formación del hombre y después, aunque a la par, la formación del médico. Esta trascendental misión se ha ido perdiendo en las Facultades de Medicina de nuestro siglo XX por razones distintas, pero de radical común: la Medicina se ha tecnificado y se ha socializado; por lo primero, la enseñanza se ha inclinado por la instrucción de técnicas; por lo segundo se ha perdido, en gran medida, contenido humano. La frecuencia de hombres de disposición humanista es baja, y no sólo entre los estudiantes, sino también entre los profesores que, frecuentemente, además de no llevar con resignación su pobreza espiritual y cultural, arremeten a zarpazos resentidos contra todo lo que signifique humanismo y se salga de su pragmatismo cotidiano.

Y, así las cosas, es seguro que cada año se pierden en la Facultad hombres que podían y debían haber sido magníficos ejemplares de nuestra condición humana y completos ejercitantes de nuestra profesión. Pero, afortunadamente, hay otros que por encima de todo y contra mucho, además de adquirir instrucción técnica y completar su formación teórica, logran modelar su mentalidad totalitaria y unicista –por tanto, integradora y coordinadora, dominando toda la perspectiva del enfermo, sincrónica y diacrónica–, estimular su actitud halo y autocrítica, ensanchar poco a poco su cultura universal y, con todo, ponerse en el camino de conseguir su formación de “hombre total”, de la cual se servirá, entre todas, su actividad de médico.

Mientras estos hombres salgan de las Facultades de Medicina, habrá internistas y Medicina Interna, a pesar de la veleidad de los planes y las leyes convencionales. La Medicina Interna es una verdad incuestionable, pero, además, como dijo Bertrand Russell, "Afortunadamente para nuestra condición humana, especiales cualidades del hombre son capaces, todavía, de crear una misión".

Folia Clinica Internacional 1973

CONOCIMIENTOS, SABER, SABIDURÍA. EL VIEJO Y EL MAESTRO

La estructura cognitiva de la mente humana supone un complejo proceso de construcción sometido a aportaciones y cambios continuos, hasta conseguir la ganancia más cualificada de la Naturaleza: el pensamiento humano. Y el estímulo nutricional para este desarrollo lo proporciona la información, que provee a la mente humana de datos, nociones y conceptos que se aceptan según el interés o la curiosidad y se acumulan en la memoria codificados para hacer posible su recuperación.

Los conocimientos adquiridos constituyen la materia prima del saber, que, en esencia, consiste en el procesamiento intelectual de tales conocimientos, un proceso dinámico que se inicia con la activación del deseo natural de saber y se continúa con la utilización de tres piezas primordiales de la mente humana: la sabencia, la inteligencia y la experiencia, es decir respectivamente, el bagaje de saberes anteriormente establecidos (sabencia) la capacidad mental de entender los conocimientos, de relacionarlos e integrarlos (inteligencia) y el resultado acumulado de la utilización de aquellos saberes (experiencia).

Los conocimientos son elementos estáticos, almacenados y su función primordial es especular, es decir, permiten reconocer en el exterior el contenido de esos conocimientos, por el contrario, el saber es un proceso dinámico que utiliza, obviamente, el sustrato de los conocimientos, pero no se queda en el simple reconocimiento, sino que incorporándolos a un tejido de saberes propios, los analiza, los interpreta, los relaciona y los integra y es capaz de adaptarlos a situaciones nuevas. En resumen, los conocimientos se adquieren y permanecen estáticos aunque son renovables, mientras que el saber se elabora en un proceso dinámico constante. Si al hombre que posee buena dotación de conocimientos se le llama erudito, con más aproximación semántica al que dispone de saber se le debería llamar sabio.

Sin embargo, parece excesiva la denominación de sabio para aquel que dispone de saber pero no llega a tener sabiduría. Sabio, en la más común de las interpretaciones, significa tener sabiduría y ésta puede entenderse según dos categorías: una que puede denominarse sabiduría parcial o limitada, que supone el saber lo más y de la mejor manera de algo concreto y específico (a ella corresponderían el físico, el biólogo, el matemático, el historiador, etc., sabios en sus respectivas ramas del saber) y otra que se refiere a un saber más amplio, difuso, no limitado y vital, que el buen sentido de la gente suele llamar sabiduría de la vida. A esta última categoría vamos a dedicarnos desde ahora con la denominación excluyente de sabiduría.

La sabiduría es una condición superior que se adquiere a través de la vida en un proceso constante de filtración hacia el futuro de las experiencias que se tienen en cada instante de la vida, dejando una rica sustancia vital de sensaciones y saberes integrados que hacen al hombre más sensato en el saber y más justo en lo moral. El hombre sabio ha procesado su vida y conoce su contenido y su sentido, comprende al ser humano en sus

múltiples circunstancias y es capaz de opinar rectamente en cuestiones del hombre y de la vida.

Pero la sabiduría no se queda en el saber o saberes de la vida, sino que tiene además una dimensión más importante: su contenido moral. La sabiduría, esta sabiduría de la vida, no se hace solo elaborando y poseyendo saber, sino también, y quizás sobre todo, con la aprehensión de normas y comportamientos morales. Es pues, una sabiduría que tiene más de ética que de sapiencia y su influencia debe ser mayor en el comportamiento moral que en la estrategia práctica. La sabiduría enriquece la técnica y la ciencia, no tanto aplicando las normas éticas convencionales al uso, como traspasándolas de un sentido reflexivo, íntegro y virtuoso adquirido en el transcurso de la vida y que se proyecta con las tres herramientas de la sabiduría: la opinión, el consejo y el ejemplo.

Dado que el ámbito relevante de la sabiduría es la vida humana, teóricamente toda persona es accesible a ella, pero hay dos tipos que parecen especialmente propicios: el viejo y el maestro. Veamos de qué manera en cada uno de ellos.

El viejo eugérico, aquel que se encuentra entre la edad admitida convencionalmente como comienzo de la vejez y la aparición del deterioro biológico, especialmente intelectual, es un ser que con alta frecuencia se encuentra en buenas condiciones de recibir información, establecer conocimientos y desarrollar saber. Este anciano puede seguir utilizando y aprovechando todos los medios de información con parecida eficacia con que lo hacía antes e incluso incorporarse a otros nuevos y sigue siendo capaz de sentir asombro y curiosidad. Que duda cabe que con los años la capacidad de asombro se satura y se serena, pierde algo o mucho del resplandor fulgurante de la juventud, pero siempre queda, al menos, un rescoldo capaz de encenderse con algo desconocido y sorprendente. Cuando este rescoldo se apaga, languidece el deseo de saber y la vejez empieza a apoderarse de la vida del hombre. El hombre que ha perdido la capacidad de asombrarse ha perdido la vida, dijo tajantemente Simone de Beauvoir y no es otro el sentido de la respuesta que Bernard Shaw dio a la pregunta de cuál era el estímulo que a sus años le permitía seguir con una fecunda producción intelectual, contestando escuetamente: la curiosidad. Por tanto, en el viejo aunque esté acostumbrado y aun cansado de asombrarse, es posible el destello del asombro, la tentación de la curiosidad y el deseo de saber. Por otra parte, vivimos una época que es rica en acontecimientos sociales, comportamientos humanos, desarrollos culturales, descubrimientos científicos, etc., que incitan constantemente al asombro (a veces a la estupefacción) y al deseo de saber.

Si este punto de partida del saber que es el asombro, es susceptible de mantenerse en el anciano, también lo son los procesos relacionados con la obtención de conocimientos como son la adquisición y codificación de la información, su almacenamiento y su recuperación, si bien tales procesos son tendentes a dañarse con el paso del tiempo, sobre todo los de recuperación que dependen especialmente de la memoria.

La memoria, probablemente la primera víctima de la vejez humana, no se deteriora globalmente ni por igual en todos sus segmentos psicológicos. Los datos experimentales y clínicos son coincidentes al señalar que la memoria a corto plazo que tiene una capacidad limitada de almacenaje (7 bits) y retiene la información desde varios segundos a un par de minutos, sufre escaso o nulo declive con el envejecimiento, mientras que la memoria a largo plazo, que en el individuo sano tiene una capacidad ilimitada y conserva la información durante 20-30 minutos, es la que experimenta mayor deterioro evolutivo. Sin embargo, la alteración de la memoria a largo plazo tampoco es homogénea y global, porque en ella cabe distinguir una memoria reciente para hechos temporalmente cercanos que sí se afecta en la vejez y una memoria remota que incluye conocimientos y habilidades más lejanas en el tiempo y que apenas se deteriora con la edad. En esta memoria remota se incluye el concepto de memoria semántica que es la memoria del conocimiento en general, del mundo exterior y del lenguaje y cuya organización es conceptual, atendiendo al significado y relación de unos conceptos con otros. El declive de la memoria semántica no es acusado con la edad, si bien se enlentece su mecanismo de activación. En conclusión, el anciano mantiene casi indemne la memoria a corto plazo, mientras se deteriora significativamente la memoria a largo plazo, concretamente la memorización de los hechos recientes, conservándose casi intacta la memoria remota y en especial la semántica. Por lo tanto, la recuperación de los conocimientos sólo se afecta para los de reciente adquisición, al tiempo que este menoscabo de la memoria reciente puede suponer una rémora para el aprendizaje. Sin embargo, estudios longitudinales recientes han mostrado que la capacidad de aprendizaje sólo experimenta un pequeño descenso con la edad y cuando existe grave deterioro está más en relación con otros factores no cronológicos, que determinan una diversificación de los patrones evolutivos según los individuos.

La inteligencia es el principal activo en la producción del saber y la sabiduría. A partir de los estudios longitudinales de cohortes de los años 80 y 90 se comprobó que el deterioro cognitivo asociado a la edad es a menudo de poca intensidad y se presenta en fases relativamente avanzadas. Por otra parte, estos estudios evidenciaron la multidireccionalidad del cambio cognitivo con habilidades que aumentan y otras que disminuyen. La teoría bifactorial propone la existencia de dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada, que integran capacidades diferentes con rendimientos distintos: los de la inteligencia fluida se identifican con el procesamiento de la información y con la capacidad de resolver nuevos problemas, mientras que los de la inteligencia cristalizada son conservar y renovar el saber y las pautas morales a lo largo de la vida. Numerosos estudios indican que las capacidades de la inteligencia cristalizada aumentan o permanecen estables hasta el final de la vida y que su rendimiento esta significativamente influido por la educación, la cultura y la experiencia del individuo. En contraste, las habilidades de la inteligencia fluida decaen con la edad y esta conducta menguante obedece a imperativos biológicos sin que la dotación cultural del individuo pueda detenerla o retrasarla. Con la inteligencia, con la conjunción de ambas, el hombre puede hacerse sabio transformando unos determinados conocimientos en altos niveles de saber, pero

el anciano a expensas de su inteligencia cristalizada que supone la cristalización de los contenidos intelectuales, culturales y morales de toda una vida, es susceptible de adquirir esa sabiduría vital, existencial, que es propia del hombre de edad. Porque esta sabiduría es una ganancia asociada a la llegada de la edad tardía, pero no es una ganancia obligada de los años, sino mas bien del contenido de esos años. La sabiduría se encuentra tras una vida plena y la plenitud de la vida es patrimonio de la vejez. *Vita est longa si plena est*, dejó escrito Séneca sugiriendo que la vida llena de vida es atributo de la longevidad. Ahora bien, si la vejez no pone la sabiduría, al menos la propone, tejiendo en el hombre, no en todos los hombres, un cañamazo espiritual de serenidad, sensatez, tolerancia, generosidad, comprensión, aceptación, etc., que es basamento de la posible sabiduría. Pero incluso con estos requisitos básicos, traspasados por una vida rica intelectualmente y moralmente virtuosa, se alcanza siempre la sabiduría. En última instancia debemos invocar la actividad de algún don especial, como a modo de gracia, que permite sólo a algunos viejos la posesión de la sabiduría.

Y esta sabiduría que el hombre alcanza en las alturas de su vida, ¿para qué sirve? o más concretamente ¿para qué sirve en el mundo actual? Sirve, debe servir, para proyectar saber y ética en el pensamiento y la conducta de los demás. El viejo sabio, mas allá de ser capaz de enseñar lo que se puede hacer y como hacerlo (y de esto ya se encargan la ciencia y la técnica) posee la capacidad superior de enseñar lo que se debe hacer. En el mundo actual se da la paradoja de que cada día se pueden hacer más cosas, pero sabemos menos qué debemos hacer, es como si la técnica y la ciencia hubieran ganado terreno a la sabiduría. Véase esta paradoja en cuestiones actuales como el uso de la donación de embriones, de células madre o en determinaciones como en la prolongación de la vida, la eutanasia, la anticoncepción, el aborto, etc., para las cuales, por cierto, se van estableciendo códigos legales y morales pertinentes, pero que en determinados casos y circunstancias dejan resquicios dubitativos en los que la sabiduría del viejo puede orientar lo que se debe hacer. Y más que en estas grandes cuestiones bioéticas, que tienen ya sus mandamientos, la sabiduría del viejo es aplicable en el suceder consuetudinario de la sociedad actual. En esta sociedad tecnológica orientada hacia la imagen, el consumo, la rentabilidad, la competencia selvática, donde el hombre está poseído por el “becerrismo de oro” del poder, el prestigio y el dinero y en cuya persecución está perdiendo, sin saberlo, su libertad y su felicidad; en esta sociedad actual la divinidad omnímoda es la juventud y el joven su sumo sacerdote. En esta sociedad que adora y necesita al joven por su vigor creativo y productivo, las funciones del anciano como portador de la memoria colectiva, de la transmisión cultural, del lazo intergeneracional, poseedor de saberes y referente moral, han perdido abruptamente su importancia y no se necesitan. Esta sociedad no precisa la sabiduría del viejo, no aprecia su opinión, su consejo ni su ejemplo, porque piensa que tales actitudes sirven para poco e incluso pueden enlentecer su rápido *turnover*. Y, sin embargo, yo creo que en este tipo de sociedad es especialmente útil, sino necesaria, la sabiduría del viejo, porque en su exuberante desarrollo, en su apresurado suceder materialista, surgen constantemente recovecos dudosos que si no se cubren adecuadamente, dejan lesiones importantes en

el tejido social. Aquí la sabiduría del viejo, su vieja sabiduría adaptada al momento, aplicada en los oscuros entresijos de la sociedad, puede ser determinante para hacerla mejor, o al menos, enlentecer su deterioro. Era sabio Cicerón cuando en *De senectute* dejó dicho que una sociedad que no aprecia la sabiduría de sus viejos es una sociedad enferma aunque se encuentre en vigoroso crecimiento.

Otro personaje que se mueve en el campo del saber y la sabiduría es el maestro. Maestro es, en su definición más elemental, el que enseña, pero bajo esta denominación general el maestro puede cumplir varias tareas progresivas: comunicar, explicar, enseñar y educar. Comunica conocimientos y si es caso los explica, en una labor principalmente narrativa cuyo rendimiento no pasa de ilustrar o instruir, sin llegar a calar hondo en la mente del alumno. El docente enseña cuando además de comunicar y explicar, es capaz de transmitir y generar saber, modificando la mentalidad del alumno. Y finalmente, si sobre todo lo anterior, el docente consigue atraer al alumno a su sistema de pensar y de hacer, transmitiéndole un nuevo modelo de conducta intelectual y operativa, habrá conseguido el más alto nivel de la docencia que es la educación y se habrá transformado de profesor en maestro, al tiempo que el alumno en discípulo.

Maestro, pues, es el docente que dotado de unas condiciones especiales influye positivamente en el pensar, el sentir y el hacer del discípulo. La primera condición que debe poseer es la de disponer de un rico capital de conocimientos, saberes y destrezas y que todo o parte de este capital sea atrayente y sugestivo para el discípulo. Después el maestro deberá ser generoso y honrado en su magisterio y sentir el deseo de transmitir lo mejor de su contenido intelectual y humano al discípulo, en la ilusión, más o menos consciente, de continuarse en él, al tiempo que éste adquiere el afán de parecerse al maestro. Estos flujos entre uno y otro, vertiéndose mutuamente, son el fundamento de lo que Platón denominó *Philia paidagogike*, la amistad pedagógica, la esencia que subyace en la relación maestro-discípulo. El maestro vierte sus conocimientos y saberes en el discípulo cuando le comunica y le enseña y vierte sus valores personales mediante el ejemplo. “El buen maestro ha de ser fuente de ejemplo y saber” dice del maestro-escuela un viejo refrán castellano, que puede aplicarse a cualquier nivel de la enseñanza, transportando el mensaje de que la ejemplaridad del maestro facilita la infusión del saber. El maestro lo es, decía Laín, más por lo que infunde que por lo que enseña. Por eso, la relación maestro-discípulo es óptima si es personal y suficientemente asidua para que la infusión de valores se realice de manera continua y progresiva, a veces, incluso imperceptible para el discípulo. Passmore escribe en su conocida **Filosofía de la Enseñanza** que si un maestro es bueno consigue transmitir valores y es muy bueno si lo logra sin siquiera mencionarlos.

Así pues, maestro es aquel que mediante la palabra y el ejemplo genera saberes, organiza destrezas e infunde valores y así debe ocurrir en todos los oficios y profesiones y así lo he conocido yo en la Medicina, concretamente en la Medicina Interna, donde he tenido la suerte de disponer de buenos maestros.

Varios son los aspectos de la Medicina Interna donde puede incidir concretamente la función del maestro, pero en cuatro de ellos yo he sentido su influencia más determinante. Son: la transformación de los conocimientos clínicos en saber médico; la interpretación holística de la enfermedad; la concepción antropológica del enfermo y la aparición de la condolencia en el sentimiento del médico. Unas breves palabras de cada uno.

El médico, de toda la información recibida, conserva en su memoria aquellos conocimientos sancionados por la experiencia o la evidencia, que utiliza habitualmente en su práctica clínica mediante un mecanismo inmediato que consiste en acoplar tales conocimientos al problema planteado. Las manifestaciones clínicas del problema son reconocidas e identificadas en la plantilla mental de conocimientos del médico y las posibles soluciones impresas en ella son utilizadas en el diagnóstico y la terapéutica. Esta conducta mental es frecuente en la clínica y más hoy en una Medicina acuciada por la prisa. Pero en la práctica es posible otro recurso intelectual que deriva del procesamiento científico de los fenómenos clínicos mediante la interpretación fisiopatológica, transformando los conocimientos clínicos en saber médico. El pensamiento fisiopatológico es la base del saber médico y funciona como engranaje de las piezas de conocimientos almacenadas, cohesionándolas y activándolas oportunamente para, en consecuencia, permitir un razonamiento y una práctica de elevadas cualidades médicas. Aprendí de mis maestros que el pensamiento fisiopatológico hace al clínico sabio y le permite el manejo más completo de la enfermedad.

Esta interpretación fisiopatológica de los fenómenos clínicos conduce obligatoriamente a la percepción de la enfermedad como evento total en la naturaleza del hombre. Esta es una enseñanza continuada que ejerce en la clínica el maestro de Medicina Interna y acerca al discípulo a la comprensión holística de la enfermedad. El discípulo clínico, inducido por el pensamiento fisiopatológico del maestro, descubre que la enfermedad, sea cual sea su magnitud expresiva, es siempre universal, afectando a todo el organismo y a toda la vida del hombre. Toda enfermedad es holística y no sólo en su amplia concepción antropológica, sino también en su puro sustrato biológico, en su estructura anatomofuncional, cuyo riguroso análisis científico deja ver su carácter de unidad con capacidad de respuesta total. Un curioso clínico del siglo XIX lo expresó con rotundidad: "el cuerpo es un solo órgano y la vida su función".

Esta unidad físico-psíquico-social que es el hombre obliga al médico a manejar una patología esencialmente humana y a conseguir un saber con respecto a ella no reducido únicamente a la vertiente física o científiconatural, sino completado con el conocimiento del hombre como ser mutable en su estado de salud (ser sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal) y de las circunstancias que sobre él influyen. Este estudio y conocimiento de la múltiple vertiente humana del paciente y su aplicación en la clínica constituyen el nervio antropológico del humanismo médico cuyo impulso hemos sentido siempre en la enseñanza del maestro.

El maestro clínico siente y deja ver al discípulo su sentimiento de condolencia con el paciente, como la más alta condición de ser médico. El médico, manteniendo su realidad personal, se funde convivencialmente con el enfermo y cada uno a su manera vive la misma vivencia de enfermedad. No puede el médico, por supuesto, convivir la sintomatología del paciente, pero sí entrar en su entraña sentimental y apoderarse vivencialmente de la dolencia moral que su enfermedad le produce y en esta vinculación sentimental está el fundamento de la condolencia. El maestro no puede enseñar al discípulo a sentir condolencia, porque la empatía no es enseñable, pero puede estimular su desarrollo mediante el ejemplo.

El saber fisiopatológico, la enfermedad holística, la antropología médica y el sentimiento de condolencia, cuatro cuerpos vertebrales en la espina dorsal de la Medicina Interna, que envueltos en la sabiduría ejemplar del maestro suponen la esencia de su magisterio.

¿Existen todavía maestros como aquellos que muchos de nosotros tuvimos en la clínica? La respuesta inmediata debe ser afirmativa porque todos conocemos algunos compañeros que, en la caterva de profesores y dómines, se distinguen por sus dotes magisteriales. Pero la afirmación no puede ser absoluta por dos razones que relativizan la vigencia del maestro. La primera se deduce de los cambios que se han producido en el ámbito donde el maestro ejerce su magisterio, y me sigo refiriendo a la Medicina Interna. Como dijimos antes, la Medicina se ejerce hoy apresuradamente en base a patrones de conocimientos y habilidades que se aplican casi automáticamente al problema clínico planteado, sin necesidad de utilizar el saber médico ni el compromiso afectivo. Sin estos requisitos, en una Medicina dirigida principalmente a la obtención de buenos resultados de gestión, el médico puede llegar a ser técnicamente eficaz y el maestro quedar relegado a su mínima expresión. La segunda razón reside en la menor predisposición del médico actual a tener maestros, en parte, porque en el tipo de Medicina que ejerce piensa que no los necesita y en parte por una actitud psicológica del hombre de hoy que infravalora la influencia personal y la ejemplaridad y que se manifiesta en una crisis de la transferencia descendente de conocimientos, saberes y valores morales, desde padres, maestros, educadores, hacia hijos, alumnos, aprendices, en una manifiesta pérdida de la platónica amistad pedagógica entre la persona que enseña y la que aprende, entre el que da y el que recibe. Por tanto, no sólo es hoy menor la necesidad objetiva de maestros, sino también la necesidad personal de tenerlos. Por eso, una expresión tantas veces repetidas de que “ya no existen maestros”, podría transformarse, imitando su exagerada rotundidad, en “ya no existen discípulos”. Puede que la carencia sea de unos y de otros, pero en definitiva lo que se está perdiendo es el magisterio, ese ejercicio superior en el que participan activa u unitariamente tanto el maestro como el discípulo.

Hoy se puede aprender todo y con más facilidad que antaño, pero esa esencia intelectual y moral que rezuma el maestro y que impregna la mente y la obra del discípulo, sólo

puede adquirirse si éste se introduce fervorosamente en el magisterio de aquél. Ciertamente esto no es tan frecuente como antes, porque el tiempo ha introducido cambios que afectan gravemente al magisterio. Pero yo creo que la específica relación maestro-discípulo, una relación tan fecunda, tan gratificante, tan humana, no puede borrarse por completo de los mecanismos de relación entre personas. Por otra parte, el cambio no significa desaparición sino todo lo contrario: la posibilidad de que aparezcan nuevas perspectivas, nuevas opciones, nuevas formas y maneras y en esta posible nueva onda del cambio, pueden emerger del olvido el viejo sabio y el maestro porque les seguimos necesitando para saber más y ser mejores.

Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 2005

LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO. ESTRUCTURA Y TRASTORNOS

La relación médico-enfermo (RME) es una vinculación interhumana con un doble fundamento: uno de índole genérica que supone la ayuda que un hombre presta al menester de otro hombre, porque el hombre como tal es constitucionalmente un ser con necesidad, menesteroso y, por tanto, con demanda de ayuda (el *ens indigens* de los clásicos) y al mismo tiempo es un *ens eferens*, es decir, un ser naturalmente constituido para el ofrecimiento, para la ayuda. Por tanto, el fundamento esencial o genérico de la RME reside en la vinculación de dos condiciones esenciales del hombre: la necesidad y la ayuda. El otro fundamento tiene carácter específico y es relativo al enfermo y al médico, respectivamente lo que mueve al enfermo a buscar al médico y lo que mueve a éste a encontrarse con el enfermo, motivos determinantes de la REM.

El motivo básico del enfermo para incluirse en la RME reside en la enfermedad, y más concretamente en lo que busca en relación con ella: la restauración de la salud, el conocimiento de su enfermedad, a veces, su utilidad como medio de obtener ganancias materiales o sentimentales. Los motivos del médico pueden ser varios: desde la simple obligación de cumplir con un contrato, público o privado, pasando por el deseo de lucro o de prestigio, hasta los dos motivos ineludibles en el buen médico, uno se refiere al conocer y otro al ayudar. Hay siempre en el médico, como ser humano, un innato deseo de saber. Aristóteles dice en su *Ética* que lo que caracteriza al hombre es su deseo de saber, deseo que reside en la curiosidad platónica y, como médico, desea conocer científicamente la naturaleza, concretamente, la naturaleza humana, y ello se realiza en la RME con la obtención del diagnóstico, que siempre tiene algo o mucho de descubrimiento de la naturaleza. Pero el deseo de saber se acompaña siempre de un deseo de poder, de poder influir y modificar la naturaleza, que desde la RME lo realiza el médico mediante la operatividad terapéutica con los medios que la ciencia y la técnica le ofrecen. El otro motivo del buen médico radica en la natural tendencia del ser humano a prestar ayuda, que en la RME se especifica en las posibilidades diagnósticas y terapéuticas referidas a la enfermedad del paciente.

En resumen, el fundamento de la RME reside en el encuentro de dos circunstancias intrínsecamente humanas: la necesidad y la ayuda, representadas respectivamente por la enfermedad y la técnica.

Estructura

Esquemáticamente, en la RME puede admitirse tres tipos de componentes: unos de contenido humano, otros de contenido técnico y otros de contenido moral. En los primeros, que son los que aportan médico y enfermo desde su propia condición humana, están: la *conurrencia* como imprescindible conjunción médico-enfermo, movidos cada uno por sus respectivos motivos; establecida la relación se manifiesta, explícita o tácitamente, la *concordancia* de objetivos que, en términos generales, supone la restauración de la salud; después aparece la *confianza* que el enfermo pone en el médico; establecida

la confianza se realiza verbalmente mediante la *confidencia*, es decir, la comunicación que de su problema hace el enfermo al médico de forma reservada; el médico conoce el problema del enfermo y con mayor o menor intensidad, lo siente afectivamente, aparece así la *condolencia*, la participación del primero en el sufrimiento del segundo como un sentimiento empático.

Los componentes técnicos constituyen la parte operativa de la RME y se refieren a las tareas diagnósticas y terapéuticas que realiza el médico sobre el paciente y comparten los dos. Finalmente los componentes morales se refieren a los principios de beneficencia, autonomía y justicia.

Esta estructura ha persistido durante siglos en la Medicina, al menos en lo que se refiere a los componentes humanos y técnicos, si bien con las alteraciones impuestas por el paso del tiempo, pero los componentes morales son de más reciente aparición (autonomía y justicia) o han sufrido una radical transformación (beneficencia). Gracia Guillen se ha ocupado, magistral y reiteradamente de estas cuestiones.

El principio de beneficencia se basa en el precepto hipocrático de hacer bien al paciente o, al menos, no perjudicarlo y, como tal, está inscrito en la moral del médico y en todos los códigos éticos de la Medicina.

Tal precepto se cumplía en la RME de manera desproporcionada y descendente. El médico, desde su mayor autoridad moral y científica, hacía descender hasta el paciente el beneficio de sus decisiones clínicas y éste las recibía en trance de sumisión. Es decir, la RME se movía solo en la dirección del beneficio paternalista y el médico representaba un papel autoritario, de contenido principalmente moral, con capacidad para diferenciar lo que es bueno o malo para el paciente. Y éste asume la parte desvalida o pasiva de la RME, inducido por dos razones: una razón biológica y obvia, ligada a la enfermedad, que le coloca en una situación de impotencia e invalidez, y otra, que dejaron establecida los hipocráticos, la afectación que la enfermedad y el desvalimiento condiciona no solo en el cuerpo sino también en el espíritu (en la *psiques*) por lo que al enfermo se le considera no sólo un incapacitado físico sino también un incapacitado moral con pérdida o menoscabo de su libertad para tomar decisiones. Desde su desvalimiento físico y moral, el enfermo representaba la parte débil y pasiva de la RME.

Todos los códigos éticos de la Medicina han recogido esta tradición conceptual de la beneficencia paternalista, pero es a partir del siglo XVIII, con la Ilustración y la aparición de doctrinas y políticas radicales y liberales, cuando el paternalismo social del “antiguo régimen” basado en el autoritarismo se transforma en una nueva justicia social, fundada en el igualitarismo y desarrollada en un clima de libertad y democracia. El mundo occidental “se hace mayor” y sobrepasa la “minoría de edad” que señala Kant para las relaciones entre grupos y seres humanos. El pensamiento ilustrado inicia la transición al periodo moderno de la ética tradicional, con la aparición de derechos humanos que

llevados a la RME la incitan a ser más equilibrada entre médico y enfermo, moderando el autoritarismo paternalista del primero sobre el segundo.

Esta moderna concepción ética se mantiene durante años inspirando la RME aunque solo como simple impulso teórico, sin plasmarse todavía en algún código médico para su aplicación práctica. La aparición, a partir de la segunda mitad del siglo XX, de nuevas actitudes terapéuticas y experimentales que dejan en evidencia la indefensión del paciente, obliga a establecer pautas de actuación dirigidas a tutelar su participación en la RME.

En efecto, el desarrollo de nuevos tratamientos médicos y quirúrgicos y de nuevas técnicas diagnósticas que han aumentado junto a su eficacia su potencial carga yatrógena, así como la aparición de nuevas normas de atención sanitaria como las técnicas de soporte vital o las unidades de cuidados intensivos o las unidades de atención específica, etc. y, por supuesto, el auge explosivo de la investigación experimental en pacientes, de técnicas diagnósticas y terapéuticas, sobre todo en el campo de la Farmacología, han introducido en la Medicina cuestiones de raigambre ética que demandan atención específica y especializada. Así por ejemplo, en cuanto a la realización de técnicas terapéuticas peligrosas o la utilización experimental de pacientes se plantea la cuestión de si es aceptable que la decisión sea exclusiva del médico o influida determinante por él; o en lo que se refiere a la indicación y realización de nuevas técnicas de atención sanitaria que, además de complejas, conllevan un gasto frecuentemente en conflicto con la disponibilidad de recursos, es problemático determinar quién decide la aplicación de esas técnicas y cuándo y cómo o cómo se distribuye su aplicación entre pacientes tributarios y quién y cómo se solucionan cuestiones que se complican cuando el paciente está privado de conocimiento o es contrario voluntariamente a su aplicación. Y como estas muchas otras circunstancias que plantean cuestiones semejantes en cuyo fondo se agita el conflicto del grado y la manera de participación de cada uno de los integrantes en la RME. Hasta este nuevo planteamiento en el funcionamiento de la RME, sólo el médico tomaba decisiones en beneficio del enfermo, incluso al margen de la voluntad de éste, es decir, ejerciendo la beneficencia paternalista, pero desde entonces el enfermo reivindica el derecho a conocer lo que el médico va a hacer con él y a decidir sobre esa actitud. Comienza a reconocerse e incluso a codificarse la capacidad y el derecho del enfermo a tomar decisiones que afecten a su cuerpo y a su salud.

Hace su aparición en la RME un nuevo principio, el de autonomía, es decir, el principio de actos de elección autónoma. El principio de autonomía despoja al de beneficencia de su contenido paternalista y así ambos principios se hacen compatibles en la RME, compatibilidad que se expresa en el llamado "consentimiento informado". El enfermo otorga su consentimiento a las decisiones del médico después de ser informado convenientemente sobre ellas.

El principio de autonomía ha modificado el de beneficencia, transformándolo de paternalista en compartido y ello ha supuesto un enriquecimiento moral de la RME. Pero al

hacerse esta relación más horizontal, más simétrica, mejor repartida, ha introducido en la práctica nuevos problemas. Lamentable pero evidentemente, las relaciones humanas se hacen más conflictivas cuando las decisiones son compartidas, horizontales y simétricas entre sus miembros, más que cuando son autoritarias y paternalistas, porque cuando uno decide desde su autoridad moral o política, al otro no le cabe sino acatar. La democracia podrá ser en este sentido más conflictiva que el autoritarismo, porque la primera es un suceder dinámico que permite la discusión y el segundo es una situación estática que solo acepta el sometimiento. Pero el sometimiento es también y muy hondo, un conflicto latente.

Lo cierto es que la RME, habiendo ganado en contenido moral, se ha hecho, de momento, más inestable y conflictiva, manifestando problemas en la práctica clínica. Por ejemplo, no es raro que se planteen dudas en la clínica sobre el grado de autonomía del que dispone el paciente o quién debe ejercerla cuando el enfermo está impedido para ello, o cuál es el nivel de información que el médico está obligado o cómo ajustar ésta a las capacidades del paciente. Problemas que se han manifestado como nuevos en la RME pero que sin duda se irán resolviendo cuando el médico adquiera formación más específica en estas cuestiones, para lo cual sería deseable la inclusión de programas de ética clínica en la licenciatura de Medicina y en la formación continuada, incluso con la creación de la especialidad de Ética Médica, como ya existe en EE.UU., Holanda y otros países. Es de suponer que el desarrollo de la cultura en la población mejore las capacidades del paciente para procesar la información y racionalizar el consentimiento. Sin duda, la creación en hospitales y Centros de Salud de comités de ética está resultando de gran eficacia en la mediación y solución de estos problemas.

El funcionamiento de la RME sobre el principio de beneficencia modificado por el de autonomía ha dejado manifiestamente al descubierto el problema de la distribución de la asistencia sanitaria, dando lugar a la aparición de un nuevo principio, el de justicia, que a partir de los años setenta del pasado siglo se encuentra ya bien desarrollado en las grandes comisiones norteamericanas (Nacional, Presidencial). El principio de justicia o de equidad distributiva de recursos sanitarios se basa en el derecho que tienen todos los ciudadanos a un adecuado nivel de asistencia sanitaria, pero la aplicación de tal derecho y su necesidad aparecen como consecuencia de la desproporción entre recursos y distribución de éstos. A partir de la segunda mitad del siglo pasado se desarrollan técnicas y métodos de gran diversidad y eficacia en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. La posibilidad de utilizar estas técnicas en múltiples campos de la patología humana ha aumentado su indicación en la mayoría de los pacientes y ello obliga, necesariamente, a una distribución equitativa de su uso. Por otra parte, y en alguna medida, el elevado coste de estas técnicas lleva adherido a la equidad entre pacientes la atención a la economía del sistema y de la sociedad. Sin embargo, el fundamento ético debe presidir el principio de justicia equitativa por encima de cualquier utilitarismo económico que manejando análisis de índices como los de coste/beneficio o coste/eficacia menoscaba el concepto estricto de equidad.

En la RME este principio de justicia se escapa del control del médico y del enfermo y es ejercido por terceras partes externas: Estado, Comunidad, Sistemas de Salud, Director de Hospital, que la Comisión Presidencial americana engloba en el término de “Sociedad”. Así pues, la estructura ética de la RME, consta de tres principios: el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia con tres representantes respectivos: el médico, el enfermo y la sociedad, y en la correcta articulación de estos componentes está lo deseable aunque no siempre lo realizable.

Sin embargo, en puridad conceptual, la RME es estrictamente una relación afectiva y técnica entre un hombre (el médico) que desea y hace el bien a otro hombre (el enfermo) que tiene el derecho a conocer y admitir lo que se hace con él, y en esta relación se introduce el principio de justicia como un invitado necesario que actúa como juez o mediador entre los componentes de la relación. Se deduce que la conducta del médico en la RME debe estar presidida por el principio de beneficencia con respeto al de autonomía del paciente y en el marco irrenunciable de normas establecidas y explicitadas por terceras partes.

Trastornos

Los cambios profundos en la sociedad actual, a los cuales no puede ser ajena la Sanidad y por reducción la Medicina, han introducido en cada uno de los componentes estructurales de la RME alteraciones que inicialmente se manifiestan como negativas, constituyendo verdaderos trastornos en el funcionamiento de dicha relación.

En los trastornos de los componentes humanos de la RME, los que se refieren a la *concurrentia* no suelen ser importantes, aunque los de algún tipo empiezan a manifestarse como preocupantes. Prescindiendo de circunstancias eventuales y ocasionales que impiden o dificultan la toma de contacto entre médico y enfermo, y que no tienen categoría ni especificidad para considerarlos como trastornos constitucionales de la RME, los que pueden tener más consistencia como tales son de orden afectivo, económico o administrativo. Ocasionalmente, la repulsa personal o la disparidad de objetivos entre médico y enfermo son tan acusadas que impiden su relación, y otras veces, en el ámbito de la Medicina comercial, la incapacidad económica del enfermo impide su acceso al médico deseado. En la Medicina pública este acceso está mediado por un conjunto de requisitos administrativos que cuando no se cumplen por parte del enfermo impiden su concurrentia con el médico. Este conflicto administrativo, hoy emergente en la población inmigrante, no representa en sentido estricto un trastorno primario en la concurrentia médico-enfermo, sino algo subsidiario del régimen sanitario y digamos de pasada, pero con firmeza, que la conducta del médico en tales circunstancias debe estar dirigida por el principio de beneficencia, por encima incluso de sus criterios de equidad distributiva.

Los trastornos de la *concordancia* de objetivos entre médico y enfermo dependen de uno y otro. Por parte del paciente puede ser el deseo de obtener una ganancia (econó-

mica, legal, social, psicológica) distinta al interés común de restablecer la salud, utilizando para ello la enfermedad que realmente tiene o un cuadro ficticio o simulado. Es la enfermedad como recurso del paciente. En alguna ocasión, el simple deseo del paciente de conocer su enfermedad reduce la dimensión de la RME. Por parte del médico, la concordancia de objetivos con el paciente puede distorsionar, además de por el excesivo afán de lucro o de notoriedad social cuando el ejercicio es privado, por otras causas que se están iniciando en la Medicina actual. El médico puede tener por el caso que atiende un interés científico excesivo, prioritario, quizás exclusivo, ocupando este interés su afán dominante en la relación con el enfermo, viendo en él más un problema científico que un hombre enfermo. Le interesaría más la enfermedad que el enfermo, invirtiendo el sentido del viejo dicho popular para quedarse en “no hay enfermos sino enfermedades”. Por otra parte, aparecen situaciones surgidas en el médico o en ámbitos contiguos que demandan la realización de ensayos clínicos, protocolos, estudios cooperativos, publicaciones, etc., cuyos objetivos no concuerdan exactamente con los del paciente. Finalmente, sin pretender abarcarlo todo, hay otros motivos que incidiendo en la función operativa del médico pueden alterar su concordancia con el paciente. Unos se derivan del imperativo de la gestión sanitaria que pueden dominar la acción del médico por un afán excesivo de cumplimiento con el sistema y modificar, en alguna medida, la concordancia clínica. Otros, se refieren al miedo a la querella, penetrando el objetivo del médico de una cautela defensiva que en algunas ocasiones puede ser dominante y perturbadora.

El deterioro de la *confianza* que tradicionalmente pone el paciente en el médico parece evidente. El enfermo actual confía más en la Medicina que en el médico, al que comienza a considerar como facilitador o consejero-proveedor de las demandas médicas del sistema sanitario. Esta desviación de la confianza del paciente del médico a la Medicina, radica principalmente en el mejor conocimiento que el paciente tiene de los recursos eficaces que posee la Medicina moderna, pero, sin duda, se enmarca en la crisis actual de las relaciones entre individuos que van perdiendo progresivamente su contenido afectivo para quedarse en pura estrategia de relación. Es la cultura emergente de la relación contractual en la que los individuos están unidos por intereses mercantilistas y competitivos y separados por la mutua sospecha y desconfianza. Es muy probable que esta cultura deshumanizada haya traspasado también la RME e instaurado una relación de baja confianza. Por otra parte, el paciente está hoy mejor informado en cuestiones médicas, disponiendo de una amplia oferta *on line* de consultas que llega a utilizar individualmente tangenciando en lo posible la relación con el médico. También genera desconfianza en el paciente la posibilidad de mala utilización de la confidencialidad.

Los trastornos de la *confidencia* inciden en las dos vertientes que presenta este componente de la RME: por un lado, la transmisión verbal que el paciente hace al médico de su problema, y por otro, la adquisición y custodia de forma reservada que hace el médico de lo transmitido por el paciente. Para decirlo con cierta propiedad, la confidencia y la confidencialidad. Las alteraciones en la transmisión del paciente al médico son achaca-

bles al primero por su capacidad de expresión deficitaria o alterada por bajo nivel cultural, excesiva carga emocional, mala intención, desconfianza o contaminación pseudo-cultural de palabras y conceptos médicos escuchados en los medios de comunicación, pero también el médico puede ser responsable de ellas por realizar un interrogatorio clínico deficitario o erróneo, abocando a la realización de una mala historia clínica.

En cuanto a la confidencialidad, es decir, la custodia reservada de los datos del paciente, puede ser conculcada por el médico por ruptura del secreto profesional, pero tal custodia no sólo es responsabilidad del médico, sino que en ella están implicados todos los que intervienen en el proceso sanitario, por esto es vulnerada con más frecuencia que el secreto profesional y mantiene abierta la vieja querella sobre la propiedad de la historia clínica.

La Medicina actual ha propiciado la existencia de un médico bien informado, cuya destreza personal en el juicio y manejo clínicos está apoyada (a veces sustituida) por técnicas diagnósticas y terapéuticas de extraordinaria eficacia, y que puede no necesitar más que su información y sus habilidades para tener una buena competencia clínica, sin tener que contaminarse con el paciente, sin sentir *condolencia*. La desconfianza del paciente, la empresarización del sistema, la deshumanización de la sociedad, la tecnificación de la Medicina, han contribuido, todas y cada una, a rebajar la participación sentimental del médico en la dolencia del paciente y esta pérdida de la *condolencia* es una herida grave en la RME.

Dentro de los componentes técnicos de la RME surgen trastornos dependientes de la tecnificación de la Medicina y de la posible deshumanización que conlleva. La disponibilidad de técnicas diagnósticas de gran variedad y eficacia así como de poderosos recursos terapéuticos lleva adherida la expansión del riesgo para el paciente (error, negligencia, iatrogénica, etc.) que puede generar en el médico una actitud excesivamente precavida, incluso excluyente, en la aplicación de recursos que puede perjudicar al paciente al ser privado de procedimientos diagnósticos o terapéuticos adecuados. En otras ocasiones la actitud del médico puede ser la contraria: para evitar errores o malos resultados puede multiplicar exploraciones o sobrecargar tratamientos, con aumento del riesgo, del coste y compromisos con el principio de justicia. Este es el fundamento de la llamada Medicina defensiva que cada vez con más frecuencia aparece en la práctica clínica. Por otra parte, esta exuberante Medicina técnica también es capaz de erosionar el contenido humano de la RME desviando el interés clínico del médico hacia la enfermedad en detrimento de la atención personal al paciente y el de éste más a la técnica que al médico. Sin embargo, este potencial conflicto de la Medicina actual es susceptible de corrección o aminoramiento, buscando poner en práctica algo que realmente existe cual es la adecuada compatibilidad entre tecnificación y humanización.

Las alteraciones en el componente moral de la RME suelen aparecer con la dificultad de la aplicación acoplada de los tres principios que la integran: beneficencia, autonomía y justicia.

El principio de beneficencia puede entrar en conflicto con el de autonomía cuando el paciente dificulta o niega su consentimiento y ambos con el de justicia cuando el médico o el paciente ven mermados sus deberes y derechos respectivos por limitación de los recursos sanitarios que dificulta el reparto equitativo. El médico actual se encuentra cada vez más implicado en nuevos derroteros de la Medicina moderna y más concretamente del sistema sanitario que han empezado a ser objeto de inspección y control por parte de grupos sociales, políticos, financieros, implicados en la organización, recursos y gastos de la Sanidad, lo cual ha propiciado la existencia de una doctrina y una práctica de gestión sanitaria que si por una parte se manifiestan como necesarias y beneficiosas, por otra crean en el médico la dificultad agobiante de acoplar sus concepciones científicas, técnicas, morales, al cumplimiento parametrado exigido por las técnicas de gestión. En definitiva, el médico se encuentra situado, y no cómodamente, entre su perspectiva puramente médica hacia el enfermo y la perspectiva socioeconómica hacia la enfermedad de la Administración. Obvio será recalcar que en esta disyuntiva, el médico debe inclinarse al cumplimiento del principio que le es propio, es decir, el de beneficencia, sin desterrar, por supuesto, el de autonomía del paciente y el de justicia del sistema.

Posiblemente, muchos de estos trastornos de la RME tengan soluciones concretas y adecuadas, dependiendo del médico, el paciente o el sistema, pero pienso que como medida general y básica es importante incidir en el mantenimiento y vigorización de los componentes humanos de dicha relación para evitar que termine siendo una relación puramente técnica, contractual y economicista, cuya simple finalidad sea la producción asistencial.

Cursos de verano. Universidad Complutense.
Almería, 1999

LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE) Y LA LIBERTAD CLÍNICA

La libertad clínica es la condición que el médico tiene para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y que ejerce principalmente en beneficio del paciente y ocasionalmente para el desarrollo científico o la adquisición de experiencia. Hasta hace poco tiempo, la libertad clínica del médico estaba condicionada a tres tipos de circunstancias limitantes: en primer lugar, la habilidad y conocimientos clínicos del médico, entendiéndose su categoría restrictiva bajo el concepto paulino que sólo el conocimiento permite la libertad; en segundo lugar, los preceptos éticos, naturales o codificados, que protegen la relación médico-enfermo limitando la actividad del primero en beneficio del segundo y, finalmente, la disponibilidad material de recursos diagnósticos y terapéuticos, bien porque tales recursos no existan o porque no puedan ser pagados por el enfermo. Estas limitaciones a la libertad clínica siguen funcionando actualmente, pero con importantes modificaciones.

Hoy la insuficiente formación clínica del médico funciona menos que hace unos años como limitante de la libertad clínica. Actualmente la formación del médico es de mejor calidad que entonces y también más homogénea y menos discriminativa. Hasta hace 25-30 años la calidad del médico dependía principalmente del grado de conocimientos teóricos almacenados, que se hacían operativos mediante la experiencia, la intuición y las habilidades clínicas. El “buen médico” se entendía como el mejor dotado de conocimientos y la cuantía de éstos no sólo discriminaba académicamente y en trances de selección, sino que permitía distintas categorías de actuación y por tanto de libertad clínica. También en el ámbito social, el “buen médico” era el que “sabía mucho” amén de atinar con apreciable frecuencia en el tratamiento de la enfermedad. Seguidor, inconsciente o no, del principio baconiano de que el saber puede y debe transformarse en práctica, el médico bien relleno de conocimientos teóricos estaba en buenas condiciones para expandir libremente su actividad clínica y es posible que esta exuberante libertad clínica de antaño generara experiencias y conocimientos nuevos, pero también dejaba en el camino injusticias y algún óbito que otro. Hoy el saber del médico ha dejado de ser aquel monstruo frankestéinico de antaño para reducirse adecuadamente a la información necesaria para tomar decisiones y manejar técnicas diagnósticas y terapéuticas. Esto ha facilitado una mejor formación y ha homogeneizado la calidad clínica de los médicos, de tal manera que la mayoría de ellos se encuentra en buenas condiciones para ejercer ampliamente, desde las posibilidades de su formación médica, la libertad clínica. Sin embargo, a partir de los años 80 se empieza a poner de manifiesto que la experiencia personal y los conocimientos acumulados del médico no eran adecuados ni rigurosos para la solución de problemas clínicos porque la experiencia no sistematizada y obtenida de un limitado número de casos y los conocimientos del médico, insuficientes, no seleccionados y sometidos a la obsolescencia, no comportan la eficacia deseable y conllevan un alto riesgo de error. En consecuencia, en los años 90 se inicia un cambio en la perspectiva práctica de la clínica con el desarrollo doctrinal y aplicado de la llamada Medicina Basada en la Evidencia o más propiamente en castellano Medicina Basada en las Pruebas cuya aplicación práctica ha propiciado, entre otras estrategias, el uso de

guías de práctica clínica, protocolos, sistemas de ayuda en la toma de decisiones, etc., que facilitan el uso de los recursos clínicos pero con el aceptable contrapunto de limitar la clásica libertad del médico.

Hasta hace pocos años las únicas limitaciones éticas que reducían la libertad clínica del médico estaban en aquello que atentaba o no cumplía con el precepto hipocrático de hacer bien al paciente o al menos no perjudicarlo. Este principio de beneficencia, inserto naturalmente en la moral del médico y en todos los códigos éticos de la Medicina, se cumplía en la relación médico-enfermo de manera desproporcionada y descendente: el médico, desde su mayor autoridad moral y científica, hacía descender hasta el paciente el beneficio de sus decisiones clínicas y éste las recibía ciegamente en trance de sumisión. La libertad clínica en la escena moral de la relación médico-enfermo se movía sólo en la dirección del beneficio paternalista. A partir de los años 70 la estructura ética de esta relación se proporciona y equilibra con la aparición del paciente como coprotagonista, participando en ella en el momento de las decisiones mediante el “consentimiento informado”. Comienza así la libertad del paciente como un derecho de la persona que se codifica y paralelamente se va estrechando la libertad clínica del médico. Dos circunstancias han propiciado la presencia activa del paciente en la relación médico-enfermo: por un lado la instauración de sociedades democráticas que facilitan el ejercicio de libertades individuales con la aparición del sujeto como dueño de sus propias decisiones y, sobre esta circunstancia, la puesta en práctica de técnicas diagnósticas y terapéuticas que en función de su rentabilidad o de su riesgo, obligan a decisiones complejas que necesitan la participación de quien las recibe. Esta nueva forma de la relación médico-enfermo, más simétrica y horizontal que la de antes, manteniendo el ineludible principio del bien hacer para el paciente, ha supuesto en el médico la pérdida de su paternalismo tradicional y en el enfermo la ganancia de su autonomía decisoria y entre una y otra la necesidad de información adecuada para participar en la toma de decisiones. Esta autonomía informada del paciente, impresa ya en todos los códigos éticos de la Medicina, supone una indudable ganancia en el tejido moral de la relación médico-enfermo, pero también, lógicamente, la ha hecho más difícil, tanto para el médico que pierde la comodidad del paternalismo y gran parte de su libertad clínica como para el paciente que recibe una carga de responsabilidad en la toma de decisiones importantes. Su inicial aplicación práctica ha generado problemas, sin embargo con el tiempo funcionará mejor y en cualquier caso su contextura moral es aceptable: el médico pierde libertad pero la gana el paciente y en último extremo se comparte, lo cual siempre es mejor que la libertad de uno y la sumisión de otro.

La disponibilidad material de recursos clínicos se ha expandido tan notablemente que han tenido que aparecer mecanismos que limitan la movilización indiscriminada de tales recursos. Estos mecanismos son éticos, económicos y sociales y han sido puestos en práctica por el médico y, sobre todo, por el sistema. La potencial agresividad de muchos recursos diagnósticos y terapéuticos y el elevado coste de su aplicación, han obligado a encerrar las decisiones del médico en criterios de riesgo y de gasto en relación

con el beneficio perseguido y han restringido la libertad clínica del médico en beneficio de la calidad de vida del paciente y de la economía del sistema. Por otra parte, la elevada demanda en la utilización de los recursos clínicos ha superado la disponibilidad de tales recursos y ha obligado a una limitación social en términos de distribución equitativa, es decir, a limitar racionalmente la aplicación de recursos en un paciente en beneficio equitativo de los demás. Esta limitación, que supone el principio de justicia equitativa es como un inevitable y justo atentado que está suponiendo la libertad clínica del médico en aras de una doctrina y práctica de gestión sanitaria que si bien se manifiesta como necesaria y beneficiosa, condiciona la libre actuación del médico. La libertad clínica del médico se basa en el irrenunciable respeto benefactor a las circunstancias humanas del paciente, que a veces entra en conflicto en su ensamblaje con leyes, normas o preceptos de la administración sanitaria. No pocas veces el médico se encuentra con un dilema entre su concepción ética, científica y humana del paciente y la concepción principalmente economicista del sistema y tal dilema abre grietas en la libertad clínica. Este es el último atentado que está sufriendo la libertad clínica del médico y por desgracia se está desarrollando mediante mecanismos espontáneos no siempre aceptables, sin que el sistema haya encontrado todavía una fórmula racional de aplicación.

En definitiva, la vieja libertad clínica de nuestros antepasados médicos, bella como todas las libertades, pero cargada de riesgo y de injusticia, se muere poco a poco. Su vida se debate pobremente entre un médico bien dotado de preparación y de recursos y un sistema que exige necesariamente restricciones éticas, económicas y sociales. Naturalmente ganará el sistema, pero el médico debe saber sin añoranza que lo que pierde en libertad lo puede ganar en generosidad personal y social y bien va lo uno por lo otro en beneficio del paciente.

La Medicina actual ha propiciado la aparición de un médico técnicamente bien formado y con disposición de técnicas diagnósticas y terapéuticas de extraordinaria eficacia, con lo cual se encuentra en buenas condiciones para lograr una aceptable competencia clínica, sin necesidad de sentirse condoliente con el enfermo ni de otra condición antropológica. Este tipo de médico, cada vez más frecuente en la práctica, es un exponente de la pérdida del Humanismo médico a manos de la tecnificación de la Medicina.

CALIDAD DE VIDA, CALIDAD DE TRATAMIENTO

En los años que van en nuestra centuria desde los veinte a los setenta se asiste en el mundo industrialmente desarrollado a un crecimiento exponencial de los remedios terapéuticos que condiciona la entrada en una época de verdadera abundancia terapéutica.

Tal crecimiento exponencial de los medios de tratamiento es consecuencia, por lo menos, de dos fenómenos históricos relacionados entre sí y que se desarrollan en régimen de retroalimentación. Por un lado, el progreso científico, que apuntado a finales del siglo XIX y principios del XX, inicia su esplendor a partir de los años veinte en los campos de la biología y de la técnica, propiciando la aparición de nuevos y más eficaces tratamientos farmacológicos, físicos y quirúrgicos. Los recursos terapéuticos se expanden notablemente y la reserva de medios sobrenada en la abundancia. Por otro lado, la instauración en el transcurso de esos años de un nuevo orden económico, el neocapitalismo, que genera un tipo especial de sociedad, la sociedad de consumo, tutelada en el marco político por el llamado Estado Benefactor. Nos interesa aquí su perfil sociológico y concretamente en el campo de la Salud. En este nuevo orden la salud deja de ser valorada exclusivamente como bien de producción, carga que arrastra de la era capitalista y comienza a valorarse como bien de consumo. Por un lado, la salud es necesaria para consumir y, por otro, la enfermedad, el reverso de la salud, genera consumo por sí misma. He aquí el tesoro de la economía de consumo con dos filones aparentemente interminables: la prevención de la enfermedad y su tratamiento, cuya explotación, apoyada en el oportuno desarrollo científico, determina la explosión en cadena del mercado terapéutico con su metralla consiguiente (competitividad, publicidad, propaganda, etc.).

Así las cosas, parecía que la economía de consumo de salud, instalada en la abundancia, no terminaría jamás sobre la base inacabable de la dialéctica salud-enfermedad. Pero los períodos de las vacas gordas, enseña la Historia, no son eternos y la exuberancia terapéutica, casi alocada que se inicia en esos años, parece haberse amortiguado por la aparición de dos nuevos acontecimientos históricos, uno económico y otro sociológico, que no sólo han detenido, en alguna medida, la espiral consumista de los tratamientos sino que han iniciado, como contrapunto, una nueva cultura terapéutica. Tales acontecimientos históricos son la crisis económica de los años setenta y la aparición y aplicación de un nuevo concepto de calidad de vida. Bien merecen ambos fenómenos y sus consecuencias una breve explicación.

Después de los años de esplendor económico, el mundo desarrollado o primer mundo, que era quien principalmente los había disfrutado, entra, con el comienzo de los setenta, en un ya largo período de restricción económica y de inflación que no sólo limita razonablemente los recursos del desarrollo científico de los medios terapéuticos, con lo cual se rebaja su indiscriminada exuberancia, sino sobre todo modifica el modelo sanitario de consumo, al comprobar los economistas de la salud que el gasto que genera

se hace insoportable y que, evidentemente, el mayor consumo de los recursos terapéuticos no va seguido necesariamente de mayor salud y bienestar de la población y del individuo en particular. Ello obliga, incluso a los países de mejor estructura económica, a no aplicar medidas terapéuticas sin haber valorado antes su contribución a la salud en relación a su coste. Empieza a manejarse en la economía de la salud el índice coste/beneficio como un razonable corsé que constriñe la abundancia terapéutica de los años sesenta.

Este giro de la economía mundial desde la abundancia a la restricción, permite interpretar otros fenómenos que han ocurrido o están ocurriendo en la Medicina: el pródigo crecimiento y posterior limitación de las áreas de hospitalización; la disponibilidad plétórica de métodos diagnósticos que se va reduciendo según criterios razonables; el desarrollo en la práctica médica de las subespecialidades de la Medicina Interna, con vuelta actual a una práctica más integrada y unitaria; etc. Cuestiones todas ellas interesantes pero que se escapan a la intención de este momento.

El otro fenómeno histórico moderador del consumo terapéutico es la aparición del concepto de calidad de vida, que surge como una reacción antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad. Su introducción en la sociología práctica supone el inicio de una forma más humana de interpretar la vida y quizás pueda ser el atisbo inicial de una nueva era sociológica, más humana menos economicista, de la Humanidad.

El concepto de calidad de vida aparece en su origen ligado a circunstancias socioeconómicas y, manejado inicialmente por los políticos como marcador de sus propuestas sociales, es evaluado en términos de bienestar económico. Pero en los últimos años irrumpe en el campo sanitario como un ingrediente principal del concepto de salud y es utilizado como indicador de eficacia sanitaria y del nivel de salud de la población, junto a los clásicos de mortalidad, morbilidad, expectativa de vida, etc. En evaluación de Salud Pública el criterio de rentabilidad, analizado por la relación coste/beneficio, es modificado, adquiriendo un sesgo más humano, por el criterio de eficiencia donde el factor beneficio, de principal contenido socioeconómico, es sustituido por el denominado QALY (*Quality Adjusted Life Years*, ideado por Klarman y rebautizado como *Year of Healthy Life*) que relaciona la cantidad de vida (expectativa en años) con la calidad de esa vida medida con los parámetros al uso y según índices, indicadores, perfiles, escalas, etc., disponibles. De tal manera, el criterio de rentabilidad (coste/beneficio) es sustituido por el de eficiencia (coste/QALY), es decir, coste/años de vida saludable, para medir los resultados que en el estado de salud produce una acción terapéutica.

Hay varias razones que explican la integración de la calidad de vida en el concepto de salud. Una de ellas, la básica, es equivalente a la que condicionó la aparición del concepto de calidad de vida en el ámbito de la sociología general. Hace unos años los sociólogos (y quizás los políticos) se dieron cuenta de que si bien las necesidades materiales consti-

tuyen un decisivo determinante del bienestar humano, existen otros factores de orden no material (la cultura, la amistad, la vida familiar, el consumo del ocio, las condiciones del trabajo, el entorno social y físico, la participación política y social, etc.) que son componentes fundamentales del bienestar y a partir de ellos comenzaron a estructurar el concepto de calidad de vida. Algo parecido ha ocurrido en el campo de la salud: los sociólogos y los médicos han comprendido que no acaba todo con la prevención o la curación de la enfermedad, haciendo más larga la esperanza de vida, sino que además es necesario, y en ocasiones prioritario, restaurar en lo posible el bienestar cotidiano del paciente dejándole una aceptable calidad de vida. El actual concepto de salud que define la OMS como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la simple ausencia de enfermedad, explica por sí solo la introducción de la calidad de vida en el campo de la salud. Pero hay otras razones más específicamente médicas.

El motivo más inmediato que determinó el traslado de intenciones de la cantidad a la calidad de vida, fue la progresiva disponibilidad por parte del médico de medios terapéuticos, farmacológicos, físicos y quirúrgicos, cada vez más eficaces en cuanto al efecto deseado, pero con la contrapartida, casi obligada, de efectos colaterales o secundarios indeseables o tal grado de servidumbre para el paciente que comprometían su bienestar doméstico al margen de la eficacia específica en el proceso tratado. El médico empezó a tener en cuenta la calidad de vida del paciente además de la respuesta terapéutica deseada, fiel al sabio precepto de que “no hay enfermedades sino enfermos”.

En relación con la eficacia terapéutica y las mejoras sociales de este siglo, se ha incrementado la frecuencia relativa de enfermedades crónicas, muchas de las cuales tienen una remota esperanza de curación, lo cual reduce la utilidad de algunos indicadores de salud, como los de mortalidad y morbilidad, para medir la efectividad terapéutica en esas afecciones crónicas. En estos casos ha parecido más útil valorar la calidad de vida en relación con las medidas sanitarias propuestas que el grado de erradicación de la enfermedad que, aunque deseable, no siempre es alcanzable. Esto se hace más patente en la atención clínica al paciente geriátrico, cada vez más frecuente en la práctica médica, en el cual muchas veces el criterio de expectativa de vida debe ser valorado menos apasionadamente que el de su calidad, sobre todo cuando ambos entran en conflicto en las decisiones del médico.

Las medidas de recuperación forzada, casi siempre espectaculares y caras y no siempre restauradoras *ad integrum* de la salud del paciente, han obligado a su valoración bajo criterios de coste y calidad de vida, lo cual, parece, ha rebajado su utilización en la práctica, hasta hace poco ciertamente exagerada por la tendencia natural del médico a prolongar la vida del paciente y también, quizás, por la ganancia experimental y espectacularidad de su ejecución.

Finalmente, dos fenómenos actuales de la práctica médica están obligando a una atención más cuidadosa de la calidad de vida del paciente. Por un lado la mayor inciden-

cia de pluripatología en cada enfermo, lo cual es consecuencia de mejores recursos para descubrirla y del concepto, cada vez más evidente y preciso, de la enfermedad como evento patológico de la totalidad física del organismo. Paradójicamente, por otro lado, la asistencia médica al paciente se ha fragmentado en manos de los múltiples especialistas de la Medicina Interna lo cual, al margen de otras consideraciones que no vienen al caso, multiplica en el paciente la servidumbre y los riesgos terapéuticos y le priva con frecuencia de una satisfactoria relación médico-enfermo cuyo disfrute es, sin duda, una importante condición de calidad de vida.

Esta irrupción de la calidad de vida en el concepto de salud introduce giros en el análisis moral de cuestiones hoy muy debatidas como el aborto, la eutanasia y el suicidio, obliga a nuevos replanteamientos en la política sanitaria y, sobre todo, incita la necesidad de importantes modificaciones en la práctica médica. Una de esas necesidades es la estructuración y aplicación práctica del concepto de calidad de tratamiento no sólo en el contexto de política sanitaria de población, sino también para el uso clínico individualizado. Los dirigentes de la Sanidad deben propiciar y el médico práctico manejar, tratamientos programados con criterios de coste económico, eficacia terapéutica y calidad de vida, atendiendo respectivamente a los compromisos sociales, científicos y humanos de ser médico. En estos momentos es perentorio restaurar entre los médicos, especialmente entre los jóvenes, el contenido humano de sus decisiones. Un peligro recorre, cada vez más violento, la práctica médica actual. El médico, poseedor de medios diagnósticos y terapéuticos de muy alta eficacia, está en riesgo de prenderse en el medio y desvalorizar el fin, es decir, dedicarse intelectual y afectivamente a los métodos diagnósticos y terapéuticos, hoy científicamente sugestivos, y desatender, en alguna medida, la intención última del quehacer médico que consiste en recobrar para el paciente su estado, físico, psíquico y social, de bienestar. La atención a la calidad de tratamiento, con su contenido de calidad de vida, en las decisiones terapéuticas del médico, recobra en éstas su imprescindible contenido humano junto a criterios sociales y científicos y deriva en un tratamiento sólido de estructura completa.

Es necesario, pues, definir más exactamente el concepto de calidad de tratamiento y adaptarlo al uso clínico tanto con un sentido prospectivo como indicativo de la eficacia terapéutica. Ello obliga a introducir cambios en la política sanitaria, en la práctica clínica y, desde el principio, en la formación de los futuros médicos.

SALVEMOS LA CONDOLENCIA

La relación médico-enfermo (RME) tradicional, proceso básico de la Medicina, está cambiando en el marco de la Sanidad, o más concretamente del sistema sanitario, y lo está haciendo de tal manera que, según algunos, cabe el riesgo de su desaparición, al menos en su dimensión interhumana e incluso como simple relación entre individuos.

Esta RME tiene una estructura constituida por cuatro piezas: la confianza, la confidencia, la condolencia y la concordancia. Lo primero que debe funcionar en la relación que el paciente establece con el médico es la confianza que el primero pone en el segundo. Entregada esta confianza, se realiza verbalmente mediante la confidencia, es decir, la comunicación que de su problema hace el paciente al médico de forma reservada. Mediante la narración confidencial del paciente el médico conoce su problema y, con mayor o menor intensidad según los casos, lo siente afectivamente. Aparece una pieza trascendente en la RME, la condolencia, la participación del primero en el sufrimiento del segundo. La condolencia no es, en sentido estricto, la participación del mismo sufrimiento entre paciente y médico, sino un sentimiento empático que aparece en éste como reacción al sufrimiento del paciente, que como tal es sólo suyo e intransferible. Siendo condoliente el médico con la dolencia del enfermo se establece la concordancia de objetivos entre ambos, que en términos generales, se refiere a la restauración de la salud. Constituida esta estructura básica de la RME, se pone en juego la acción operativa del médico mediante el diagnóstico y la terapéutica, en el marco de los principios de benevolencia, autonomía y justicia.

El cambio profundo de la sociedad actual, al cual no puede ser ajena la Sanidad y por traslado la Medicina, ha introducido en cada una de las piezas estructurales de la RME importantes modificaciones que se manifiestan inicialmente como negativas.

El deterioro de la **confianza** que tradicionalmente pone el paciente en el médico, parece evidente. El enfermo actual, al contrario del de épocas pasadas, confía más en la Medicina que en el médico, al que empieza a considerar como facilitador o consejero-proveedor de sus demandas médicas al sistema sanitario. El paciente conoce los recursos técnicos de la Medicina moderna, confía ciegamente en ellos y quiere utilizarlos sin importarle demasiado la relación individual con el médico, del cual requiere poco más que su función gestora o facilitadora. Esta pérdida de confianza en el médico puede inscribirse en la crisis actual de las relaciones entre individuos, que van perdiendo progresivamente su contenido afectivo para quedarse en pura estrategia de relación. Es la cultura emergente de la relación contractual en la que los individuos están unidos por intereses mercantilistas y competitivos y separados por las mutuas sospecha y desconfianza. No es descabellado pensar que esta cultura deshumanizada haya traspasado también la RME, pasando de un modelo de «alta confianza» a otro de «baja confianza». Por otra parte, el paciente de hoy tiene mayor información sobre cuestiones médicas y dispone de una amplia oferta de consultas *on line* que le permite entrar, a su manera, en la actividad médica, tangenciando en lo posible la relación con el médico. De hecho muchos

pacientes manifiestan sentirse mejor contando su problema al ordenador que al médico. Este despuntar, cada vez más acelerado, de la utilización cibernética de la Medicina, tanto por pacientes como por instituciones, augura cambios importantes en la RME capaces, según algunos, de cuestionar la existencia futura del médico y hacer realidad la profecía, tan herética como alarmante, de una “Medicina sin médicos”.

La **confidencia**, entendida como el traspaso que en la intimidad de la entrevista clínica hace el paciente al médico de su problema, quedando documentada en la historia clínica, sigue siendo una pieza imprescindible del acto médico y como tal se mantiene, pero también por distintos motivos, alterada. Tengo la impresión que la confidencia del paciente era antes (hace 20-25 años) más consistente que la simple narración de sus síntomas, porque el paciente envolvía o completaba espontáneamente la anamnesis con referencias personales más íntimas y confidenciales en las que vertía su contenido de persona, facilitando una estrecha relación interpersonal con el médico. La confidencia viene lastrada por la desconfianza y ésta se refuerza por el miedo a la pérdida de la confidencialidad que empieza con la incertidumbre sobre la propiedad y el uso de la historia clínica. Hay que reconocer, por otro lado, que el médico era antes más activo en conseguir una completa confidencia del paciente, tanto en cuanto a síntomas como datos personales. El médico atendía más que ahora, a lo que se denomina “exploración de la persona”, es decir, a la recogida de datos, no sólo de filiación, historia personal y familiar, hábitos de conducta, etc., sino también otros referidos al carácter, temperamento, cultura, moral, tendencias, aficiones, etc., del paciente que podrían resultar útiles en el manejo diagnóstico y/o terapéutico. Este aprovechamiento por el médico de la confidencia del paciente está disminuyendo por diversas razones y no es la menor la premura de tiempo, la prisa, verdadero virus corrosivo de la entrevista clínica. En otro sentido, es curioso observar que el medio de la confidencia, la transmisión oral, no parece haber mejorado culturalmente, sino todo lo contrario. Hoy el lenguaje clínico del paciente está con frecuencia contaminado por una perversa culterización de palabras y conceptos médicos, consecuencia de una maldigestión del excesivo aporte que recibe de los medios de comunicación y que llega a distorsionar tanto la confidencia que la hace difícil y hasta ineficaz.

La **condolencia** es de esperar y es deseable que se mantenga en la actitud del médico, pero hay que reconocer que es posible ser eficaz en la clínica, y por supuesto en la gestión, sin contaminarse sentimentalmente con la dolencia del paciente.

Los trastornos de la **concordancia** de objetivos entre paciente y médico, dependen de uno y otro. Por parte del paciente puede ser el deseo de obtener una ganancia (económica, legal, social, psicológica) distinta al restablecimiento de la salud, utilizando la enfermedad que realmente parece o un cuadro ficticio o simulado. Es la enfermedad como recurso del paciente, cuya incidencia en las distintas épocas desconocemos. Por parte del médico, la concordancia de objetivos con el paciente puede distorsionarse, además de por el excesivo afán de lucro o notoriedad social cuando el ejercicio es priva-

do, por otras razones más de nuestro tiempo, por fortuna, no dominantes todavía. El médico puede tener por el caso que atiende un interés científico excesivo, prioritario, quizás exclusivo, ocupando su afán dominante en el conocimiento y manejo del paciente, considerando a éste como un problema científico y no como un enfermo. No fue otra la actitud de Skoda en Viena, la de Addison en Londres y la de otros médicos hospitalarios del siglo XIX que han pasado a ser paradigma del “nihilismo terapéutico” al que llegaban más por el interés científico del diagnóstico que por la penuria terapéutica de la época. Hoy esta actitud puede darse con más facilidad que antes, porque el conocimiento de la enfermedad es más completo y profundo y se dispone de medios eficaces para descubrirlo, con lo que el médico puede quedar subyugado por la pesquisa científica del diagnóstico con menosprecio de la actitud terapéutica. El ideal del clínico excesivamente científico sería una patología sin enfermos, dando la vuelta al dicho clásico para quedarse en “no hay enfermos sino enfermedades”. Si la tecnificación de la informática y práctica médica ha hecho posible vaticinar una “Medicina sin médicos”, la proliferación de una estirpe de médicos hipercientíficos permitiría vislumbrar una “Medicina sin enfermos”. Entonces el hermoso cuerpo de la Medicina se quedaría en un mero proceso técnico aplicado a la reparación de una avería. Por otra parte, hoy son más frecuentes situaciones surgidas en el mismo médico o en ámbitos contiguos que demandan la realización de ensayos clínicos, protocolos, estudios cooperativos y multicéntricos, publicaciones, etc., cuyos objetivos no concuerdan exactamente con los del paciente. Y finalmente, sin pretensión de abarcarlos todos, hay otros motivos que, incidiendo en la acción operativa del médico, pueden influir en el momento de establecer sus objetivos con el paciente y alterar su concordancia. Son motivos que no cambian el objetivo fundamental del médico, la curación del paciente, pero que lo condicionan. Se refieren a los imperativos de la gestión y al miedo a la querella. En el marco de las actividades de gestión, el médico puede ser dominado por un afán excesivo de cumplimiento con el sistema y modificar, en alguna medida, la concordancia clínica. Lo mismo puede ocurrir con el miedo a la querella, penetrando el objetivo del médico de una cautela defensiva, que en algunas ocasiones puede ser dominante y perturbadora.

En resumen, todos y cada uno de los componentes básicos de la RME pueden afectarse por factores diversos que están introduciendo un cambio de signo negativo con el resultado de una RME recelosa, burocratizada, tecnificada, distorsionada y vaciada de su contenido humano. Quizá esto sea la consecuencia de la crisis que el inicio de todo cambio siempre lleva consigo. Quizá estos rasgos negativos sean sólo transitorios o sean capaces de generar una nueva y aceptable RME, pero debemos admitir que los cauces actuales conducen a un modelo organizado de Medicina de corte empresarial cuyo fin evaluable es la “producción asistencial” y donde el médico adquiere categoría de gestor y el paciente de usuario y ésta relación gestor-usuario se superpone, si no llega a suplantarla, a la RME.

Si la confianza es de los componentes de la RME el más propio del paciente, la condolencia es la aportación más importante que hace el médico a esa relación, constituyendo

su núcleo moral. El médico manteniendo su realidad personal, se funde vivencialmente con el enfermo y cada uno, a su modo, vive la misma vivencia de enfermedad. No puede el médico, por supuesto, convivir la sintomatología del paciente porque su dolor, su disnea, su astenia, su vértigo, etc., son sólo suyos y de nadie más, pero puede conocerlos y comprenderlos. Sí tiene, en cambio, la posibilidad de penetrar en la entraña sentimental del paciente y apropiarse vivencialmente de la dolencia moral que su enfermedad le produce y en ésta vinculación sentimental está el fundamento de la condolencia.

Porque en el ser humano todo estado afectivo o sentimental tiene siempre, en una u otra medida, un componente de objetivación intelectual y porque, en consecuencia, en la actitud del médico hay siempre una objetivación de la realidad del paciente, tanto en su aspecto somático como psíquico, al tiempo que una participación en su vivencia de enfermedad, debemos aceptar en la estructura de la condolencia médica la existencia de estos dos componentes: uno intelectual, la objetivación de la dolencia del paciente, y otro afectivo, la participación sentimental en tal dolencia. Realmente el primero es una condición necesaria para que se produzca el segundo que es, en sentido estricto, la condolencia. No puede sentirse lo que no se conoce.

El componente intelectual supone el proceso cognoscitivo que conduce al conocimiento objetivo de la realidad somática y psíquica de paciente. En este sentido, el médico conoce, en primer lugar, los síntomas mediante el relato confidencial del paciente, añadiendo a esto un doble contenido apreciativo: por un lado, aplicando el saber fisiopatológico a la realidad del síntoma, con lo que su valoración en la dolencia del paciente puede ser más completa y ajustada a la realidad, y por otro, aproximándose intelectivamente lo más posible a la manera y la cuantía con que el síntoma es capaz de hacer sufrir somática y psíquicamente al enfermo. Debe también el médico descubrir el sentimiento general de enfermedad, el sentirse enfermo de una manera general e inespecífica, que el paciente describe básicamente como un malestar general, anómalo e impreciso, en el que diversos componentes son a la vez psíquicos (la sorpresa, el miedo, la apatía, la tristeza, la esperanza, etc.) y somáticos (la presencia anómala del cuerpo, la astenia, la invalidez, etc.). Deberá, en fin, conocer el médico la conmoción sensorial y sentimental que las maniobras, exploratorias y terapéuticas, producen en el paciente y, por supuesto, lo que el diagnóstico, con su carga de gravedad y compromiso, es capaz de alterar el ánimo del enfermo.

Es decir, utilizando una perspectiva de mayor calado que la que habitualmente se aplica en la clínica convencional y apresurada, el médico conoce la dolencia del paciente en su doble, aunque unitaria, versión psíquica y somática, y ello es imprescindible en la aparición del componente afectivo.

Este componente afectivo, condolencia *sensu estricto*, tiene como principio básico la filantropía, un valor emocional impreso naturalmente en el hombre, en el que Hipócrates basaba el fundamento de la Medicina. Sobre esta condición antropológica, el médico

establece una relación empática con el paciente mediante dos modos cualitativamente distintos pero fundidos unitariamente, si bien, con preponderancia de uno u otro: el transferencial y el amistoso. Extendiendo la terminología y el concepto analíticos a toda RME, la relación transferencial entre uno y otro debe entenderse como un fenómeno instintivo de ámbito genérico e impersonal, mientras que la relación amistosa tiene una categoría más alta de relación interpersonal específica, constituyendo lo que Laín describe como *amistad médica*. Sea la transferencia el inicial modo de la relación afectiva entre médico y paciente y llegue después a personalizarse en amistad médica, o sea ésta capaz de conmover emocionalmente al médico y generar la relación transferencial, son posibilidades que pueden darse en cada caso, pero parece aceptable que ambos modos, el transferencial y el amistoso, funcionan siempre, en la secuencia que sea, en la producción de la empatía.

Por tanto, a partir del conocimiento del estado doliente del enfermo y sobre la base de la filantropía, los modos transferencial y/o amistoso colocan al médico en situación empática con el paciente. En la práctica clínica el médico dispone de dos recursos para realizar la empatía: uno, la experiencia de su propia dolencia, lo cual le permite el conocimiento y el sentimiento directos de la del paciente. Sócrates, dialogando con Glaucón en ***La República*** de Platón, sugiere la conveniencia de que el médico haya padecido gran número de dolencias para conocer y sentir las del paciente. Esta pretensión socrática, inmersa en la dialéctica irónica de los diálogos platónicos es, obviamente, irrealizable y aunque óptima para facilitar la empatía del médico no es deseable para su estado de salud. El otro recurso es la imaginación, mediante la cual el médico, utilizando su saber y la experiencia en otros enfermos, es capaz de introducirse en el sufrimiento del paciente y compartirlo. Dos recursos, la experiencia y la imaginación, que corresponden respectivamente a dos formas de empatía descritas por expertos en humanismo médico: la empírica y la natural.

La capacidad de empatía es una actitud del médico que debe considerarse impresa en el impulso vocacional, pero es susceptible tanto de perderse como de desarrollarse durante el período formativo y el ejercicio. Su restauración es posible mediante modelos pedagógicos que intentan desarrollar la empatía imaginativa o natural por medio del aprendizaje vicario e incluso la aproximación a la empatía experiencial o empírica utilizando la técnica de visualización creativa en los llamados “grupos de humanización”.

Condición natural y/o desarrollada mediante el aprendizaje, la condolencia aparece en la RME, si no por el deseo del médico sí, al menos, por su actitud receptiva para que ello ocurra. La condolencia es el único componente de la RME que depende exclusivamente del médico y en su formación y en su actitud para sentirla, está la esencia de ser médico. Para que la Medicina sea plenamente humana y el saber y el quehacer de médico no queden reducidos a una actividad científico-técnica, es necesario implicarse en el sentimiento del paciente, condolerse con él, porque la empatía con el sufrimiento ajeno es una de las más altas expresiones de la condición humana.

En el desmantelamiento apresurado de la vieja RME, salvemos los médicos la condolencia. Es posiblemente el único recurso que nos queda para que la Medicina, actual y futura, traspasada aceleradamente por la técnica, siga siendo humana.

TOKO-GINECOLOGIA PRACTICA 2001

LOS APETITOS DESORDENADOS Y EL MÉDICO

En los días de Semana Santa proliferan los predicadores de discursos piadosos, que a unos mueven a la piedad, a otros a la indiferencia y a casi todos a la nostalgia de la infancia escolar. Porque el discurso continúa siendo el mismo, aunque ha cambiado el sistema de distribución: ahora con el púlpito funcionan las ondas, la pantalla y la página, que introducen la plática por todos los resquicios de nuestra intimidad. En un viaje reciente se me coló en el coche, por la inmensa rendija de la radio, la voz vibrante de un predicador piadoso que nos prevenía seriamente contra los tres enemigos del alma: el demonio, el mundo y la carne. El primero, decía, aunque no le veamos los cuernos y el rabo, nos acecha perverso en cada vuelta del camino; el segundo esconde bajo sus vanidades sibilinas trampas de negrura infinita, y la carne, esa engañosa materia que subyuga, nos acaba quitando la dignidad, la salud, el dinero y el cielo.

Ahora, con los años, comprobado que esos tres enemigos no se han portado mal conmigo, me doy cuenta que no son tan malos como se pregona: el demonio, más que perverso, es un ser travieso y divertido que nos regala tentaciones, el mundo es el tinglado diverso donde, con fortuna o sin ella, pasamos nuestra vida, y la carne, para qué voy a contar, pues con que nos deje la dignidad y se lleve todo lo demás, nos conformamos. Ahora, con muchos años a la espalda, he aprendido que los verdaderos apetitos desordenados son tres: el de ser importante, el de tener poder, y el de hacer dinero. Tres apetitos que en términos ordenados suponen un desarrollo cultural en la conducta normal del ser humano, pero cuando se desordenan, cuando pierden el control moral, se malignizan y se convierten en tenaces enemigos del hombre, al que privan, de entrada, de la capacidad de ser feliz y después, si se descuida, le conducen a metas no buscadas: el afán de ser importante, al ridículo; el de tener poder, a la injusticia, y el de hacer dinero, a la cárcel, tres metas que alcanzan con cierta frecuencia un gran número de conciudadanos.

Lo común es que estos tres apetitos se desordenen conjuntamente, cuando en el hombre que los padece se dan determinadas condiciones antropológicas, sobre el tronco común de la ambición pero también es posible que se activen por separado o predomine alguno sobre los otros. En este caso, el de ser importante es el más frecuente, entre otras razones, por su más sencilla manera de satisfacerse. El hombre dominado por el afán de ser importante pone en práctica sus recursos disponibles y generalmente consigue el propósito en sí mismo, ante la admiración de algunos y la perplejidad de otros. De los tres apetitos desordenados este es el más benigno e inocente, pues su peor consecuencia es el ridículo, que como bien se sabe es siempre bien acogido por el prójimo, pero también es cierto que oportunamente utilizado puede ser eficaz. Tres versiones, al menos, pueden ser reconocidas en el desorden de este apetito de importancia: la doméstica, la social y la profesional. En la primera, el desordenado manifiesta su condición de persona importante, en el ejercicio de los relaciones familiares, sobre el cónyuge (generalmente la esposa, pues el mal suele ser masculino) y los hijos, los cuales, en más o menos tiempo, acaban reconociendo en el marido y el padre a un pobre

majadero. La versión social se realiza con amigos, socios, conocidos y otros sujetos de similar relación personal, con los cuales la carga de cotidianidad es más liviana que en la versión doméstica, por lo que el afanoso de importancia tarda más tiempo en ser desenmascarado, consiguiendo un éxito social superior al merecido que lo convierte muchas veces en el peligroso “imbécil de salón” de Jacob Wyrch. Pero donde la cuestión es especialmente trascendente es en el ámbito profesional, donde la actividad de este apetito desordenado puede alcanzar efectos asombrosos. Al punto que un idiota, suficientemente ansioso y aprovechando sus posibilidades en ambiente propicio, puede no sólo hacerse importante, sino alcanzar la fama y en algunos casos la gloria, y tras ellas, si se tercia, el poder y el dinero. La casuística de este trastorno es abundante, porque el mal es de alta incidencia y de distribución universal, aunque en países como el nuestro, con grandes diferencias socioculturales, es especialmente frecuente. Aquí siempre hay, en la familia, la tertulia, la cátedra, el ministerio, el negocio o la taberna, uno o varios hombres importantes para asombro, tortura o cachondeo del espectador.

El descarrilamiento del apetito de poder es más desesperante para el usuario, que encuentra mayores dificultades para satisfacerlo. Si tal apetito acucia demasiado, el infeliz desordenado habrá de recurrir a la política, y si la necesidad no es mucha y la posibilidad política escasa, el apetito puede satisfacerse medianamente con esposa, hijos, subordinados o semejante victimario, que padecen la arbitrariedad y la injusticia hasta que la paciencia, el abandono o el crimen solucionan el asunto.

El último apetito desordenado que tortura el corazón del hombre es el de hacer dinero que, aunque eterno, su prevalencia ha aumentado considerablemente. La necesidad de ganar dinero, normal en cualquier ciudadano, se transforma aquí en una monstruosa prioridad por el enriquecimiento que, con frecuencia, se consigue, pero a costa de perder otras ganancias de la vida, transformándose el afanoso del dinero en un pobre ser humano insaciablemente rico. Porque este apetito no encuentra saciedad a pesar que, a diferencia de los otros, es rellenable con algo material que se puede contar todos los días, pero que, por desgracia, carece de cupo terminal. Y así el desdichado pasa por la vida, maniobrando su apetito y dando dentelladas, con escasos períodos de sosiego que, con alguna frecuencia, transcurren en la cárcel.

En fin, estos son a mí entender los tres verdaderos enemigos del hombre, que constituyen el amargo triángulo de la infelicidad humana. Tres apetitos del alma que, a diferencia de los del cuerpo, difícilmente admiten la paz de ser saciados, operando destructiva e interminablemente en la entraña espiritual del hombre. Y así como el piadoso predicador de la radio proponía tres remedios para sus enemigos del alma: la oración, el recogimiento y la castidad, yo propongo para los tres apetitos desordenados que vengo citando, otros tantos remedios respectivos: para el de ser importante, el respeto; para el de tener poder, la tolerancia, y para el de hacer dinero, la solidaridad. El ejercicio diario de estos remedios, además de hacernos humanamente más importantes, más justos y más ricos, y de preservarnos de esas tres consecuencias pavo-

rosas que son el ridículo, la injusticia y la cárcel, nos ayudará a la tranquilidad del alma, algo imposible si en ella anida alguno de esos tres voraces apetitos.

La Medicina no es profesión especialmente propicia para desordenar estos apetitos porque el afán dominante del médico es o debe ser el proporcionar al paciente y a la sociedad el beneficio de la salud. Por esto me conforta pensar que este principio de beneficencia protege al médico del desbordamiento de estos malvados apetitos que comentamos y que seguramente en él son menos frecuentes que en el común de los mortales. Pero el médico, humano al fin, también puede ser presa de ellos.

La Medicina, como cualquier profesión incita a sus oficiantes a ser importantes profesionalmente y en algunas esta natural incitación puede transformarse en el apetito desordenado de conseguirla. Algunos médicos llegan a ser importantes porque realmente lo son y con frecuencia tal condición no altera ni su conciencia ni su comportamiento, la llevan con normalidad y no pocas veces con humildad, lo cual afila la envidia del prójimo. Otras veces, estos médicos verdaderamente importantes desbordan el apetito de parecerlo buscando el reconocimiento manifiesto de sus congéneres en su ámbito profesional, social y profesional. Este tipo de médico en realidad busca el prestigio, consecuencia final de la importancia y empieza a aproximarse al desorden de querer ser importante. Hay muchos médicos, por fortuna la mayoría, que no son buscadores de prestigio sino simplemente de la autosatisfacción de ser médicos y con ello ser importante a los ojos de quienes verdaderamente les importa, ellos mismos. Pero hay otros médicos, en fin, que sin ser importantes en nada, ni tener recursos para serlo, quieren a veces ansiosamente parecerlo. En ocasiones este apetito es tan desordenado que deja al descubierto el idiota que el médico lleva dentro, triste condición ésta que comparten los ingenuos que se lo creen. Pero hay casos de médicos, ayunos de importancia que poseen tan pícaras habilidades o tramposos recursos personales o favorables circunstancias que les permiten revestirse de importancia, aunque siempre dejan un camino abierto, de más corto a largo recorrido hacia el desenmascaramiento y el ridículo. Realmente, el disfrute de ser importante siempre lleva colgando el riesgo del ridículo.

El apetito desordenado de tener poder no es frecuente en el médico porque en general, no se mueve en ámbitos propicios para desarrollarlo. El médico tiene poder ejercido humana y compasivamente en el enfermo y su entorno, pero es un poder que por su naturaleza moral es poco propicio a desmadrarse. Quizá antaño y en el medio rural, el médico con el cura, el alcalde y el sargento de la Guardia Civil pudiera formar parte de los llamados “poderes fácticos” del pueblo y ejercerlo simplemente en aras de su inocente narcisismo o en el beneficio del pueblo e incluso en el suyo propio. Aunque el apetito de tener poder, como los otros apetitos puede surgir sin ningún condicionamiento exógeno, como algo que se genera espontáneamente en el fondo de la personalidad sin necesidad de estímulos externos y en algunos médicos parece ser estimulado cuando pertenecen a algún ámbito institucional (universitario, político, profesional, empresarial, etc.) donde el apetito es más propicio para aparecer y desarrollarse. El


poder cuando se consigue se nutre a si mismo, alimentándose de la simple satisfacción de poseerlo y con las acciones que desde e nivel institucional puede realizarse (oposiciones, concursos, becas, subvenciones, premios, etc.) no pocas veces marginando la justicia. Porque el ejercicio del poder siempre, con mayor o menor plenitud, acaba tocando la injusticia. El clima democrático que se ha ido imponiendo en las instituciones es un obstáculo para ejercer el poder desordenado, pero quedan resquicios por donde se cuelan los más ambiciosos y habilidosos.

El apetito desordenado de hacer dinero si es más visible entre los médicos, aunque es mas difícilmente saciable de lo que parece, desde luego no en la Medicina pública y muy trabajosamente en la privada. El médico que ha logrado prestigio profesional o ha encontrado un filón en un método o técnica que él sólo utiliza o lo hace mejor que los demás, incluso sin ninguna de estas circunstancias, solamente por afán, puede verse dominado por el apetito de lucrarse a expensas de la Medicina o los pacientes. Es como una hipertrofia, a veces incontrolable, del *ego cupiens* que todos llevamos dentro. Pero hoy en día es cada vez mas raro, porque la Medicina publica acapara el prestigio y las técnicas. Sin embargo, hay quien busca su satisfacción por otros derroteros, fuera o al lado de la Medicina, montando negocios, empresas, especulando o pegándose a la ubre caudalosa de la industria farmacéutica. De todos los apetitos desordenados, éste de hacer dinero es el que mas lesiona la calidad de lo que debe ser un buen medico.

El médico con estos apetitos desordenados, como cualquier ser humano que los padezca, no puede ser justamente feliz, pierde grandes porciones de su libertad y bordea peligrosamente el ridículo, la injusticia y los tribunales. Posiblemente quien lleve en su interior ese tronco común de la ambición, el delirio de grandeza que dice la gente, tenga dificultades para controlar los apetitos derivados, pero los que sean potencialmente redimibles pueden intentarlo estimulando sus reservas de respeto, tolerancia y solidaridad y repasando de vez en cuando el Juramento Hipocrático.



DESPUÉS DE TODO ██████████



Hubiera deseado que estas últimas páginas fueran como un epílogo, más que al conjunto de las anteriores, a la vida del médico cuando termina su actividad profesional. Conocer y describir cómo piensa y siente el médico como tal en su nueva situación de jubilado y con respecto a cómo ha sido su vida y su profesión. Sin embargo, una descripción genérica de estas circunstancias se me presentó difícil de llevar a cabo por la imposibilidad de incluir en un patrón descriptivo común la gran diversidad de análisis y vivencias que los médicos presentan en este momento crucial de sus vidas, bien por la heterogeneidad de sus trayectorias profesionales, bien por la inevitable interpretación subjetiva. En consecuencia, he reducido el proyecto a contar cómo yo lo vivo y lo he vivido, sin pretensión alguna de que ello constituya un patrón aplicable a todos los médicos, pero con la esperanza de que represente a muchos.

Es normal, como consecuencia de un impulso moral que el hombre lleva dentro, que al terminar una obra o una etapa de la vida, surja la necesidad de analizar moral y racionalmente lo realizado o lo vivido y aceptar sentimientos críticos de satisfacción o frustración. Y en esa mirada hacia atrás, cinco son, al menos, las preguntas que el médico se hace y cuyas respuestas respectivas abarcan el análisis retrospectivo de lo que ha sido su vida profesional, y una de ellas, la última, lo que es y puede ser en la etapa final. Estas preguntas son: ¿he logrado ser lo que he querido ser?, ¿de qué manera y en qué medida lo he conseguido?, ¿ha sido útil para los demás y para mí como persona?, ¿volvería a ser y a hacer lo mismo?, ¿qué hacer ahora? Como antes apunté, voy a contar estas preguntas desde mi vivencia personal, haciendo en lo posible un ejercicio de humildad y sinceridad. Advierto precavidamente que, como suele ser habitual al contar cosas de la propia vida, se bordea peligrosamente lo hagiográfico y no pocas veces se precipita en ello.

¿He logrado ser lo que he querido ser?

Fundamentalmente sí, porque he sido médico como deseé apasionadamente desde los primeros años de mi juventud. Lo que se llama vocación no es, salvo en la ideología religiosa, un impulso súbito que se recibe gratuitamente, sino el descubrimiento paulatino y continuado de una querencia que se inicia motivada por el ejemplo y se consolida con la formación escolar de esa querencia y el ejercicio de su razón profesional. Para decirlo en términos marañonianos es el impulso y la entrega amorosa a un proyecto profesional desde su inicio y desde su continuada realización.

El estímulo que inició mi vocación de médico lo recibí de mi padre años antes de entrar en la Facultad cuando le acompañaba en su consulta y visitas diarias. Y dos fueron las razones de ser médico de mi padre que me cautivaron prontamente: una, su entrega en la ayuda al enfermo y otra, su saber y su deseo constante de aumentarlo.

Recuerdo la admiración que me causaba la capacidad técnica que, utilizando los medios clásicos de la Medicina, poseía mi padre para conseguir un diagnóstico y establecer un tratamiento y con ellos ayudar al enfermo a curar su padecimiento o al menos a aliviarlo. Asombraba a un muchacho de mis años ver en sus manos la capacidad, que a veces me parecía milagrosa, para saber lo que tenía un enfermo y ponerle remedio para ello. Pero lo que más me subyugó de aquellos años aprendices era la entrega que mi padre hacía de su condición de persona a la condición de persona del paciente, en una relación interhumana que suponía la entrega de compasión, condolencia y generosidad. Este añadido sentimental a su capacidad técnica fue algo que aprendí emocionalmente y que jamás he olvidado. Así pues, la posibilidad técnica de ayudar al enfermo y la actitud humana a su persona, iniciaron vehementemente mi deseo de ser médico, y he procurado que la primera fuera lo más sólida posible y la segunda, consecuencia del ejemplo recibido y de una natural tendencia a la relación empática, ha estado siempre presente en mi relación con el enfermo. Creo modestamente, que como la mayoría de los médicos, he ayudado a los enfermos desde mi hacer y mi condolencia. Y es posible que algún paciente opine lo mismo.

La otra razón decisiva que me entregó mi padre como ejemplo fue el saber, el afán de saber. A mí, que estaba entonces empezando a aprender en todo, me fascinaba el saber médico que atesoraba mi padre, que entonces sólo me parecía extenso, pero que *a posteriori* le reconozco profundo, organizado y, sobre todo, adecuado a lo que hacía. Recuerdo sus explicaciones ante un enfermo de cuestiones médicas, llenas de saber oportuno, preciso, siempre sazonado de actualidad que sin duda conseguía de la lectura y el estudio constantes en libros y revistas. También del apasionado hábito de la lectura eran sus conocimientos extensos y diversos sobre aspectos de la cultura, la naturaleza y la vida. Aún me palpita en la memoria una frase que repetía con frecuencia: "*la cultura hace al hombre más libre y mejor*" y que se ha convertido en un lema para mí y para los que me siguen. Desde aquéllos años juveniles hasta hoy he sentido la necesidad y el placer de aprender y saber y lo he satisfecho con el estudio, la práctica clínica, la investigación clínica y también con la enseñanza.

Qué duda cabe que entre estas dos razones principales de ser médico, hay envueltas y más o menos escondidas otras dos que en determinados casos pueden ser importantes, son el prestigio y el lucro. El tener afán de prestigio profesional o social no conduce a nada, porque el prestigio se gana o no se gana al margen de lo que se pretenda al respecto, aunque ciertamente, puede simularse, pero se nota demasiado. El afán de lucro es difícilmente saciable con la Medicina, a no ser que se encuentre un filón apreciable o se hagan equilibrios en el borde de la decencia. Yo, por fortuna, he tenido sosegados ambos

apetitos porque no tuve nunca ejemplo ni estímulo para desarrollarlos y porque he tenido “maestros negativos” que me mostraron con su ejemplo y sin saberlo, lo que no se debía hacer. Por tanto, puedo reconocer que he sido médico sin perseguir el prestigio profesional y social y que, si lo he conseguido, ha sido en la medida y la manera que la profesión médica suele conceder a casi todos los médicos. El afán de lucro si lo he tenido, lo he satisfecho ganando lo suficiente para vivir con cierta holgura y para que me quede una pensión que me permite sobrevivir reduciendo la holgura.

Así pues, movido por el ejemplo, he conseguido básicamente lo que quería y aquí lo he contado, debo reconocer, dejando libertad al sentimentalismo, pero narrando una historia vocacional que muchos médicos pueden aceptar como suya. He contado el por qué ser médico, como primer deseo juvenil para después irlo aumentando en cualidad y cantidad.

¿De qué manera y en qué cantidad lo he conseguido?

Empecé a ser médico, en estado embrionario, con el ejemplo de mi padre y los conocimientos que me transcribía. Pero lógicamente donde me formé como médico fue en la Facultad de Medicina, concretamente en la de Madrid. Quiero recordar aquí que mi etapa escolar previa a la universitaria la realicé en un colegio religioso de aquella España desolada de los años 40 y principios de los 50 y que la formación que recibí me ha servido para poco, salvo para sacudirme prontamente las tenebrosas ideas religiosas y patrioterías que machaconamente me inculcaron. Pero en honor de aquellos buenos hermanos religiosos debo decir que nunca percibí maltrato físico ni manifestas actitudes homofílicas. Lo cual para la época ya es bastante.

Pero mi entrada en la Facultad adoleció de ricos conocimientos básicos, útiles para el estudio de la Medicina (Química, Física, Matemáticas, Biología) y, sobre todo, de orden y método para el estudio y el aprendizaje. La Facultad de Medicina de Madrid, en la década de los 50, conservaba todavía la “mentalidad anatomoclínica” del siglo XIX y en ella basaba la enseñanza, aunque ya existían honrosos brotes de mentalidad y experimentación fisiopatológicas y estaba capitalmente constituida por un conjunto de catedráticos, en el que algunos eran buenos profesores, éticamente buenos, otros eran simplemente funcionarios que cumplían perezosamente con su oficio, algunos unas verdaderas calamidades e incluso descarados sinvergüenzas. Yo tuve la suerte de tener en Patología Médica, que fue la asignatura que realmente me interesaba, un catedrático de buena calidad docente y que disponía de unos excelentes profesores adjuntos sobre los que recaía la mayor parte de la enseñanza. Entonces, como ahora, la enseñanza de la medicina era principalmente teórica, a expensas de la llamada “lección magistral” y el aprendizaje práctico había que buscarlo cada uno donde pudiera, porque las denominadas clases prácticas de la asignatura eran una chapuza cuya finalidad principal era generar unas fichas que pagaba el alumno en beneficio de la cátedra y posiblemente del catedrático. Yo el entrenamiento práctico lo encontré en las salas del Hospital Provincial y de San Carlos, donde asistía toda la mañana, salvo la hora de

clase de Patología Médica, acompañando a los jóvenes médicos adjuntos y ayudantes de los cuales aprendí las habilidades fundamentales de la práctica clínica. Con ellos y el bagaje teórico que me proporcionaron las clases teóricas y el estudio, pude construir la estructura básica de mi condición de médico.

En los años de formación en la Facultad existen dos posibles ganancias para el estudiante que se van adquiriendo casi imperceptiblemente. Uno es la consolidación de la vocación que se realiza por el conocimiento acumulado de lo que es la Medicina (“solo se ama lo que se conoce” dijo Leonardo da Vinci) y otra es la socialización del estudiante, un proceso de adquisición continuada y no explícitamente enseñado, de conocimientos y valores capaces de generar modelos de conducta que facilitan al estudiante su futura estancia en la sociedad como persona y como médico. Estas ganancias suponen un proceso educativo, generalmente no definido en los planes de estudio, solapado con el de preparación técnica, y que es trascendental en la formación del médico.

Consolidada la vocación y encauzada la formación técnica, entra en juego el tercero de los componentes del ejercicio médico, la profesión, el modo como el médico siente, entiende y practica la Medicina. Aunque circunstancias particulares pueden ser determinantes del camino profesional a seguir, no siempre identificado con el elegido, lo cierto es que el nuevo médico, en el umbral de su profesión, si decide ejercer la Medicina, se plantea dos cuestiones iniciales y decisivas. Una se refiere al modo social del ejercicio (Medicina pública o privada) en cuya elección inciden en distinta proporción los motivos de ser médico (ayuda, saber, prestigio, ganancia). La otra atañe al modo técnico del ejercicio, aplicable a cada modo social: Medicina hospitalaria o no, más propia la primera de la Medicina pública; Medicina clínica en cualquiera de sus especialidades o Medicina de laboratorio, de actividad sanitaria, de política de gestión, de investigación histórica, de bioética, etc.; añadiendo o no a cada una de estas opciones la dedicación a la docencia y a la investigación. Yo elegí decididamente la Medicina pública y el hospital el ámbito donde ejercerla mediante la especialidad de Medicina Interna. La dedicación a la Medicina Interna hospitalaria pronto descubrió en mí la inclinación a la docencia y la investigación. Todas estas opciones han constituido mi profesión, mi manera de ser médico.

Los contenidos de mi vocación, la formación recibida y mis primeros contactos con la enfermedad y el enfermo, me inclinaron a la Medicina Interna como forma de ejercer la Medicina. Todo lo disponible hasta entonces, vocación, formación, experiencia, se identificaba con la concepción de la enfermedad como suceder patológico integrado dentro de la unidad biológica del ser humano y la aceptación del enfermo como persona alterada en su cuerpo, su psique y su entorno social. Embarcado en la Medicina Interna toda mi vida profesional la he realizado como internista, pasando por todos los niveles de responsabilidad clínica. Los primeros años como encargado de una o varias camas con responsabilidad directa sobre los enfermos, lo cual me permitió vivir de cerca la relación con el paciente y saborear el contenido humano de mi vocación. Fue una etapa iniciática

llena de entusiasmo, dedicación y esfuerzo, sin horarios ni honorarios y con el corolario de pequeños éxitos y también errores, aunque a ninguno de estos hubo que echarle tierra encima, que como decía Quevedo, era la manera de tapar los errores médicos. Con el tiempo y la jerarquización en los servicios, ya en manos de la Seguridad Social, el ascenso a cargos superiores fue desviando mi relación directa con el enfermo a la dirección del servicio, aunque nunca abandoné la práctica de la visita diaria por las salas de hospitalización. He tenido la suerte de tener buenos equipos médicos, de los cuales he aprendido mucho como médico y como persona. He procurado estimularles a mantener al día sus conocimientos y su formación, al tiempo que yo hacía lo mismo, no con poco esfuerzo porque la Medicina que aprendí en la Facultad y la Medicina Interna de mis primeros años se renovaron completamente con la adquisición de nuevos conocimientos y técnicas y el abandono de otros y otras por obsoletos o sobrepasados. También me ocupé, obligatoriamente del cumplimiento de los preceptos de gestión hospitalaria, procurando un equilibrio razonable con los fundamentos científicos y éticos de la práctica clínica. Y he pretendido siempre estimular y mantener la coherencia como médico y como persona entre los miembros del equipo y mitigar los embates de desencanto y frustración que sobre ellos se ciernen. Por tanto, los objetivos de mi ocupación asistencial como internista se han referido al enfermo, al hospital y a los médicos de mi servicio, y en alguna medida, espero haberlos cumplido.

La vocación docente es también una vocación de ayuda, y como tal, una vocación de amor. Desde Platón sabemos que sin un *eros paidagogikos* no es posible el arte de enseñar. Pero no todo es altruismo en esta vocación, hay también el ejemplo estimulante de los que bien nos enseñaron y qué duda cabe que algo o mucho de la vanidad que existe siempre en el que enseña al que no sabe. Todos estos factores debieron influir muy temprano en mi vocación docente, que empecé a realizarla prontamente, primero como profesor ayudante de clases prácticas enseñando a los alumnos, que acudían obligatoria o voluntariamente a las salas del hospital, a hacer la historia clínica, realizar la exploración física y manejar los datos complementarios y con todos establecer un juicio clínico. Después fui profesor adjunto, participando en las clases teóricas, los exámenes y las evaluaciones y finalmente Catedrático de Patología Médica durante más de 30 años. He trabajado en la docencia de la Medicina apasionadamente porque la enseñanza es apasionante y porque he tenido unos equipos docentes y unos discípulos que han estimulado esa pasión. Yo he dirigido el equipo docente manteniendo una unidad de criterio y una uniformidad con el quehacer que han permitido conseguir los objetivos establecidos. He asistido y recomendado a los miembros del equipo a seminarios, cursos, talleres, de formación pedagógica donde nos enseñaron cosas maravillosas pero que luego era imposible aplicar en la práctica. No obstante he ensayado diversos métodos docentes (lección teórica, seminarios tutorías, enseñanza por objetivos, por problemas, integrada, compartida, etc.) con resultados siempre discutibles y discutidos y he aplicado experimentalmente distintas maneras de evaluación (prueba oral, escrita tipo ensayo, test objetivos, etc.) incluso un curso llegué a suprimir los exámenes ofreciendo a los alumnos que se calificaran ellos mismos. Sorprendentemente ese curso se manifestó

como uno de los de más alta calidad docente, porque el número de suspensos fue bajísimo. A los alumnos les he transmitido conocimientos médicos y les he enseñado a transformarlos en saber útil para su formación y su ejercicio, entreverando la enseñanza técnica con cuestiones culturales y morales para ayudar a construir la estructura humanista del futuro médico y que no llegue a ser sólo lo que como médico hace sino también lo que como hombre es. En la gran masa de alumnos que he tenido ha habido un ancho espectro de cualidades: algunos han sido extraordinariamente inteligentes y estudiosos, que ocasionalmente me han producido la ilusión de ser maestro, y en el otro extremo ha habido otros rematadamente vagos y tontos (aunque yo creo que el vago nunca es tonto si aprovecha la vagancia en su provecho) a pesar de lo cual han llegado a ser médicos aceptables, lo que confirma el aserto de que se puede ser idiota y buen profesional, incluso famoso. La dedicación a la enseñanza médica ha sido de lo más gratificante de mi vida profesional, donde he aprendido mucho como médico y como persona y donde he dado lo que he podido de lo uno y de lo otro.

Con la asistencia y la docencia, el profesor universitario tiene la obligación académica de hacer investigación. Así lo indican los presupuestos universitarios y lo demanda la coherencia útil entre las tres actividades. Pero junto a esta razón convencional y utilitaria operan otras de raíz más humana o personal. Una proviene del natural deseo que el ser humano tiene de descubrir y conocer lo desconocido o de explicar o completar lo que parece inexplicable o incompleto y hacerlo por sí mismo. Y atado a ese deseo está el velado anhelo de satisfacer el *ego* cuando el deseo ha llegado a cumplirse. Otra razón puede ser la esperanza de adquirir prestigio por la calidad de la investigación realizada y, sobre todo, por la posible importancia o vistosidad de los resultados obtenidos que se exponen en la publicación correspondiente, útil, por otra parte, para aderezar el currículo. De menos dignidad científica es el empeño de realizar investigaciones, habitualmente poco rigurosas, para conseguir publicaciones, generalmente en revistas de fácil acceso, y adquirir notoriedad, siempre hueca, y relleno curricular. Otras veces, cuando la investigación es de encargo, la razón para realizarla está en la recompensa económica convenida. De todas estas razones, aunque en desigual medida, algo ha debido de haber en mi decisión investigadora, pero creo honradamente que la primera, el deseo de descubrir o explorar o explicar algo, ha predominado más intensa y constantemente que las demás. Esta razón principal llegó a realizarse y plasmarse en diversos trabajos y publicaciones, que contabilizados son menos numerosos que los que sólo fueron pensados o planificados y quedaron nonatos en mis apuntes o en el olvido. Reconozco *a posteriori* que muchos de los trabajos realizados adolecen de defectos o deficiencias de metodología o ejecución, pero irremediablemente ahí quedan sus publicaciones, que, en su día, pudieron aportar algo al médico que trabaja en la clínica o, al menos, esa fue la esperanza que los motivó.

Asistencia, docencia e investigación, tres funciones distintas en una sola profesión verdadera, han constituido la trinidad de mi vida profesional. Probablemente en todas y cada una he podido hacer más y mejor de lo que he hecho, pero en todas he puesto entusiasmo y honradez.

Espero que algunos de los cientos, quizá miles, de enfermos y estudiantes que han pasado por mis manos clínicas o docentes guarden un recuerdo bondadoso de mí. Yo al menos tengo el consuelo de recordar a muchos con gratitud y cariño. En cambio, no abrigo esperanza alguna de que el resultado de mis investigaciones haya influido en el rumbo de la Medicina universal.

¿Ha sido útil para los demás y para mí como persona?

Ya he dejado expuesto más arriba la opinión, para mi comfortable, de que mi quehacer médico en sus diversas pero conjuntas funciones ha debido ser útil para los demás. Por otra parte, parece lógico esperar que el cómputo de resultados, después de 50 años de ejercicio médico, resulte positivo. Lo contrario sería desolador.

También debe ser positiva la respuesta de lo que mi condición de médico ha supuesto para mi persona. Pero es difícil expresar al máximo la respuesta a esta pregunta porque seguramente se escapan cuestiones sutiles cuyo rescate exigiría una meditación más profunda que no voy a hacer aquí. También es difícil discernir lo que en mi persona han aportado la vida, la profesión como tal y la de médico en particular. Lo más probable es que hayan funcionado en conjunto, en el cual es difícil disecar la responsabilidad de cada uno.

La consecuencia obligada de 75 años de vida y 50 de profesión y de médico ha sido, como en cualquier sujeto con iguales o parecidas condiciones, la maduración de la persona. La madurez es indudablemente una condición positiva que produce resultados positivos, y como tal, yo la he sentido. Dejando aparte cuestiones más pequeñas, yo creo que donde mi madurez ha sido más importante es en tres rasgos esenciales de la personalidad y que apuntalan su estructura moral: el respeto, la tolerancia y la solidaridad.

Principalmente he sazonado el respeto a los otros, a las normas y a mí mismo, aunque he aprendido con los años que hay otros, y también normas y aspectos de mí mismo, que son menos respetables de lo que convencionalmente se respeta. El respeto a los otros se ha hecho mayor con el estímulo constante que la empatía recibe del trato continuo con el paciente y con la comprensión, a veces la indiferencia, con las ideas y conductas del prójimo, distintas a las nuestras. El respeto al otro se sostiene en un componente amistoso (la empatía), otro razonable (la comprensión), otro posicional (el interés), y otro utilitario (el provecho) y lo que predomina de unos y otros en la actitud respetuosa resultante depende de las circunstancias y de la catadura moral de cada uno. Más lento y perezoso ha sido someter mi respeto a algunas normas sociales, y aún creo que no lo he conseguido del todo, aunque vivir en sociedad acaba doblegando la tendencia y el comportamiento. Mi maduración en el cumplimiento de normas, preceptos y leyes profesionales ha supuesto mi entendimiento, aceptación y respeto por ellos, a pesar de que se han hecho más numerosos y complejos, pero también probablemente más atinados. Como las normas profesionales, las éticas han contado

siempre con mi respeto y asunción; ambas han aumentado y mejorado con el tiempo, pero las éticas se han desarrollado más extensamente, cubriendo la casi totalidad de circunstancias y acciones médicas. Sin embargo, aún quedan márgenes y flecos por cubrir que deben ser abordados con la prontitud y la adecuación que requiere Marañón para el deber no escrito. En la aplicación de la personal ética del médico en cuestiones no codificadas explícitamente, o que se escapan a esta codificación, es donde se manifiesta más claramente la madurez del médico, siempre, por supuesto, que esa aplicación esté dirigida a lo bueno y lo mejor. Pero donde el respeto adquiere categoría de imprescindible es en el que se tiene a sí mismo, sin el cual no es posible la validez de cualquier respeto. Este respeto a sí mismo no tiene tiempo, pero es indudable que madura con los años porque estos facilitan el conocimiento de uno mismo, la conciencia individual de uno mismo, condición previa e imprescindible para respetarse. Y este respeto consiste, a mi modo de ver, en la fidelidad de los pensamientos y sentimientos propios y en cohesión a los actos derivados. Yo creo que he madurado haciendo mejorar mis pensamientos y mis sentimientos y actuando coherentemente con ellos. Sin embargo, téngase presente que cuando se cuentan cosas de uno mismo siempre queda la duda de si lo contado se lo cree o simplemente lo desea.

Con el tiempo, se ha extendido el campo de mi tolerancia en muchos aspectos de la vida y de los seres humanos, pero a la vez mi intolerancia, naturalmente más estrecha que la tolerancia, se ha hecho más estricta con lo sempiternamente intolerable. Todavía a mis años, y visto lo que he visto, sigo creyendo en la natural bondad del ser humano. Pienso que los hombres son naturalmente buenos y circunstancialmente malos, por eso debemos tender a la indulgencia y a la tolerancia. Yo así me he comportando con la relativa maldad humana, por ejemplo, en la enmarcada por la rivalidad y la envidia. La rivalidad es la transformación perversa de la competitividad, y ambas son frecuentes en los ámbitos laboral y profesional de la Medicina, no sé si en mayor medida que en otras profesiones. La competitividad se establece en múltiples y diversas circunstancias, una de ellas, valga de ejemplo, son las oposiciones que tan frecuentes son, o eran, en la Medicina nacional. Yo recuerdo las antiguas oposiciones a cátedra, verdaderas cámaras de tortura en las que podías perderlo todo, los libros, la pluma, los amigos, la vergüenza, la dignidad y, por supuesto, la oposición. Alguna vez se ganaba la cátedra, pero con una ristra de rivales que se cronificaban con frecuencia y muchos de ellos podían pasar a adversarios y después a enemigos. Estando en el tribunal de oposiciones es donde se hacen los enemigos más reconcentrados, porque, en este país, ser juez o árbitro de lo que sea lleva siempre el peligro de la enemistad, la amenaza e incluso del mamporro. Yo, como casi todo el mundo, he tenido enemigos, muchas veces desconociendo su etiología, que me han producido no poca irritación, que en más o menos tiempo acabó cediendo no sé si a la tolerancia o a la indiferencia. España es un país en que sobra tanta envidia que hay para todos, envidiosos y envidiados. Hay, por ejemplo, personas honestas, construidas con una gran solidez moral y que poseen casi todo, en las que a veces se les descubre un ramalazo de envidia y por el contrario, hay otras abiertamente desdichadas y sin nada, que son capaces de incitar envidia porque alguien

sospeche en ellas una pizca de inexplicable felicidad. Como dije hay para todo y para todos, y yo reconozco que he sido envidioso y envidiado, pero me parece que en ambas circunstancias con baja intensidad. Con los años también he sosegado los otros pecados, sobre todo los del alma (ira, soberbia, avaricia) y menos los del cuerpo (gula, pereza, lujuria). Ambos tipos de pecado son consecuencia humana, pero alguna vez he pensado que los segundos tienen algo de divino.

Es casi seguro que la solidaridad está originalmente presente en la personalidad del médico. Aquella tendencia vocacional, que después se desarrolla con la profesión, de ayudar al hombre enfermo, es una expresión concreta del espíritu solidario del médico. En algunos la solidaridad se queda en el enfermo y en otros se expande con los años a territorios más allá de la Medicina, encauzada por sentimientos e ideas y se acaba siendo solidario con lo que se siente y se piensa. Con la madurez, el sentido solidario del médico se mantiene o refuerza con el enfermo y su entorno y cuando se extiende a otros aspectos se hace más selectivo y quizás más apasionado. El sentimiento y el ejercicio solidario satisfacen el espíritu y atemperan la conciencia e incluso, en ocasiones, pueden resultar de utilidad. Pero además de estas consecuencias positivas que tiene la madurez, hay otras que pueden ser consideradas por algunos como ganancias negativas, oxímoron aparente que se explica porque lo que para unos es ganancia se interpreta como pérdida por otros. Me refiero al individualismo y al escepticismo, que supondrían respectivamente, la pérdida de la colectividad y de la creencia. A pesar de que mi vida profesional se ha desarrollado siempre formando parte de algún equipo y que estos han funcionado generalmente bien, mi interés por las empresas colectivas ha disminuido progresivamente. Los motivos deben ser varios y diversos pero creo que todo están infundidos por aquellos que Aristóteles llamó *autarkeia*, cuyo pulso he sentido dentro de mí toda la vida y que los años han ido dejando al descubierto. El escepticismo que se apodera de muchos en la madurez no llega a la categoría filosófica de los sofistas griegos, que imbuidos por la idea platónica de la incognibilidad del mundo sensible, no sólo negaban la posibilidad de conocer la verdad sino incluso su existencia. Nuestro escepticismo no tiene la enjundia del pirronismo, que es como debiera llamarse el escepticismo filosófico (por Pirron, primer filósofo escéptico), aunque el concepto de verdad y sobre todo el de su posesión y reparto se han ido modificando en nuestra conciencia en el sentido de los versos de Celso Emilio Ferreiro:

“... que la verdad es algo como el aire
que a todos pertenece y es de nadie”

dejando un escombros de grandes verdades absolutas y una erosión continua de pequeñas verdades relativas. Reducido al ámbito médico, el escepticismo ha sido tallado vigorosamente con múltiples cinceles: las verdades inmutables durante siglos que los conocimientos actuales han derribado estrepitosamente; la avalancha de descubrimientos y hallazgos que se han presentado como sensacionales y luego se han quedado en vacuidad o mentira; la oferta de nuevos tratamientos de eficacia exaltada por la

industria productora, que terminaba por manifestarse exagerada o irreal; reformas sanitarias dirigidas al beneficio del paciente que en realidad esconden el interés prioritario de resultados de corte empresarial; la pretendida relación amistosa médico-enfermo pervertida constantemente por el paciente con su desconfianza, su desprecio, incluso su agresión; la merma hasta hacerse invisibles del respeto y la consideración sociales al médico; la desaparición del sano compañerismo entre médicos sustituido por la competitividad y la envidia; el éxito de los mediocres y los afanadores; la constante posesión de la razón en los que pocas veces la tienen, etc. Todo ello ha golpeado gravemente la conciencia del médico y ha terminado por agrietar su credulidad que es el primer paso hacia el escepticismo. Para algunos, el escepticismo puede considerarse una pérdida porque desestabiliza la personalidad al hurtarse el sosiego de la creencia, enturbiar la mirada hacia el futuro y, para los más tremendos, predecir la muerte del progreso; puede ser cierto, pero a cambio nos deja una hija póstuma, punzante y divertida: la ironía.

En fin, creo que mi profesión de médico ha podido ser útil para los demás y también para mi persona, que al final de la vida comprueba que ha obtenido más ganancias que pérdidas. Y una de esas ganancias para mí entrañable que todavía hunde sus raíces en el ejemplo de mi padre, es haber tenido tres hijos médicos.

¿Volvería a ser y hacer lo mismo?

En los últimos años muchas veces me he hecho esta pregunta y nunca me he dado una respuesta completamente satisfactoria. Si para contestar coloco la profesión de médico y toda su trayectoria en el momento que se iniciaron y se realizaron, es decir, si contesto poniéndome en las mismas condiciones en que elegí ser médico y realicé toda mi labor, lógicamente la respuesta debe ser positiva como lo fue en su momento, y porque el haber sido médico me ha dado satisfacción y la labor que he realizado me parece razonablemente positiva. Obviamente, si fuera hoy el que fui antaño y la Medicina fuera como entonces, sin duda, volvería a ser médico y a hacer todo lo que hice. Pero si la pregunta me la hago mirando cómo son la Medicina y el médico en la actualidad, la respuesta sería cuanto menos dubitativa. Porque aunque yo siga siendo muy parecido vocacionalmente al del comienzo, muchos de los cambios que se han producido en la Medicina y su entorno, aún siendo aceptables, han entrado en conflicto con mi manera de entender, sentir y hacer la Medicina. He aceptado estos cambios porque no quedaba más remedio y porque muchos de ellos eran necesarios y resultaban beneficiosos, pero sin poder evitar que me dejaran el agri dulce sabor de lo pasado. Por muchas razones se han producido estos cambios, pero la galopante tecnificación de la Medicina palpita en casi todos. Qué duda cabe que esta tecnificación ha supuesto una ganancia inmensa en beneficio del paciente, pero necesariamente ha arrumbado métodos y maneras que correspondían a la Medicina clásica y que utilizábamos los médicos “pretécnicos”. Por ejemplo, echo en falta la elaboración del juicio clínico a pie de cama del enfermo, mediante el método clínico basado en la historia clínica y la exploración física y alimentado por los conocimientos, la experiencia, la habilidad, el sentido común y la discusión

con otros colegas. He de reconocer que esta práctica tenía un amplio margen de error, pero también tenían el atractivo y el placer del arte clínico. Decía Jiménez Díaz que hacer un diagnóstico en estas condiciones tenía algo de obra de arte. Este método clínico era antes la herramienta básica para trabajar en la clínica y creo, por muchas razones, que debe mantenerse en el marco de la Medicina por más tecnificada que esta sea.

Esta colonización exuberante de la técnica en la Medicina ha influido también en el proceso intelectual del médico en el manejo de conocimientos. La tecnificación ha generado nuevos y numerosos conocimientos científicos y el médico actual tiene fácil acceso a ellos, incluso con cierto grado de depuración. Y lo que me parece más importante, es que muchos de estos conocimientos que fluyen constantemente pueden ser aplicados en la clínica sin un adecuado procesamiento intelectual basado en el estudio riguroso, es decir, sin ser transformados en saber científico. El médico actual puede tener muchos conocimientos o disponer de ellos y en cambio saber poca Medicina en el sentido que entendemos por saber. Este cambio en la categoría intelectual del médico puede resultar adecuado y útil a la actividad clínica actual, pero al menospreciar el saber médico, conlleva el riesgo de su propia fragilidad y el menoscabo en el sentido científico de la Medicina. Este menoscabo ha podido influir en una concepción más fragmentaria de la patología, marginando un principio científico básico que es la integración de conocimientos en un saber unitario. Ello ha derivado, directa o indirectamente, en algunas circunstancias que no existían o eran menores en los comienzos de mi carrera: la atención al paciente fragmentada en partes y olvidando el todo; la supremacía de la técnica sobre el ejercicio y el juicio clínicos; la creciente demanda de técnicas médicas por su eficacia y numerosas indicaciones, que ha tenido que ser contenida por el principio de equidad distributiva, facilitando la aparición de controladores externos a la relación médico-enfermo e incluso otorgando al médico cierto papel de gestor de recursos; el menoscabo de la condición antropológica del paciente, fundamento del humanismo médico; el incremento de tareas y responsabilidades del médico que desbordan su quehacer clínico tradicional: gestión, organización, control, campañas, etc.; el enorme esfuerzo para estar al día de los nuevos conocimientos que se publican y el sobre-esfuerzo para discriminar los que merecen la pena de los que no; la actualización de protocolos y guías prácticas que reducen la libertad clínica; el deterioro de la consideración social del médico y de la relación amistosa con el enfermo y entre los médicos, etc., cuestiones que expongo aquí no como necesariamente deplorables, porque alguna de ellas se manifiesta como necesaria y beneficiosa, sino como acontecimientos novedosos que han conmovido mi concepción y mi costumbre de ser médico. Sin embargo, algunas de ellas o la conjunción de varias han contribuido a la aparición del *burnout* del médico, una triste adquisición de la Medicina moderna.

También en los últimos años han ocurrido cambios en la enseñanza de la Medicina que han afectado a mi espíritu y mi labor docentes: uno de estos cambios ha incidido, precisamente, en la que ha sido mi asignatura, la Patología Médica, y ha ocurrido en paralelo a la fragmentación clínica de la Medicina Interna en múltiples subespecialidades.

Cuando aparecen éstas y los subespecialistas correspondientes, se demanda por parte de éstos la obligación y el derecho de enseñar por separado el contenido de su especialidad, fragmentándose la enseñanza de la Patología Médica con la aparición de múltiples profesores y catedráticos que tenían criterios, métodos y conceptos propios que con cierta frecuencia eran difíciles de ensamblar en la concepción global y unitaria de la enfermedad. Ciertamente la enseñanza de la Patología Médica se enriqueció de contenido con las aportaciones de los especialistas, pero se complicó su aprendizaje sobrepasándose peligrosamente el objetivo docente fundamental del pregrado, que es formar médicos para ejercer sus funciones en el marco de la Medicina General o de Atención Primaria de Salud. Una enseñanza y un aprendizaje fraccionados en múltiples partes que desvirtuaban la concepción unitaria del enfermar humano, pero que facilitaban un tipo de conocimientos que se hicieron adecuados a un sistema que poco después apareció en nuestra sanidad: el sistema MIR.

La implantación del sistema MIR ha supuesto en nuestro país el acontecimiento más importante en la formación de médicos. Los médicos formados en este sistema son, casi sin excepción, magníficos especialistas con elevada capacitación para resolver problemas clínicos. Esto debería bastar para hacer una buena crítica del sistema, pero en algunos aspectos docentes ha influido negativamente, pero a la vista de los resultados obtenidos tales aspectos resultan irrelevantes. Más han calado en el ánimo del profesor de Patología Médica que en la calidad del sistema. La preparación del sistema MIR atiende al tipo de evaluación que ha de realizarse y que principalmente es mediante pruebas objetivas tipo PEM (pruebas de elección múltiple). Este tipo de prueba permite explorar un suficiente número de áreas de conocimiento y evaluar a gran cantidad de aspirantes con el apoyo de la corrección computerizada, pero tiene el inconveniente de explorar solo contenidos cognitivos y no conocer la capacidad expresiva, ordenación de ideas o de síntesis en los examinandos. Para decirlo con el concepto que utilizamos tantas veces, explora más conocimiento que saber. El estudiante de Medicina en los últimos años de la licenciatura vive pensando ya en el examen MIR, que es la puerta de entrada para su futuro y se prepara acumulando conocimientos parciales, a veces puntuales, que son los que le van a pedir en esa prueba. En consecuencia, su aprendizaje, se orienta a adquirir esos conocimientos mediante libros adecuados a esta preparación, reduciendo su interés por las clases teóricas y seminarios y, por supuesto, todo lo que tiene que ver con la enseñanza práctica (asistencia al hospital, a sesiones clínicas, etc.). Esta actitud del estudiante ha cambiado, lógicamente, la del profesor, en un proceso de adaptación al terreno, pero algunos hemos procurado mantener, para los alumnos que lo deseaban, una docencia más formativa con la intención de enseñar la realidad compleja y unitaria de la enfermedad humana e inducir al estudiante a aprender y saber. Estos cambios que en principio parecen negativos, probablemente lo sean, pero no se manifiestan como tales a tenor de los resultados obtenidos. Quizá lo más grave se quede en el desencanto del viejo profesor de Medicina.

He tenido otras aficiones en la vida a las cuales he dedicado algún tiempo (Historia,

Filosofía, Literatura, Arte, etc.) y que podrían haber sido fundamento de otra profesión a la cual hubiera dedicado agradablemente mi vida, pero en definitiva reconozco que volvería a ser médico porque aún siento dentro de mí vivo el palpito vocacional. Pero probablemente no sería médico de la misma manera que lo he sido. Si hoy empezara a serlo, ejercería una Medicina más próxima al paciente, en relación más cercana con él, siendo coprotagonista directo e independiente en la relación médico-enfermo. Y la forma práctica que más se ajusta a esta pretensión sería la sucesivamente denominada médico de cabecera, médico de familia o médico de Atención Primaria. Me parece que este tipo de Medicina es el que más se adapta a la esencia eterna de ser médico. Incluso he llegado a pensar que si no tuviera la aversión que he tenido siempre al ejercicio privado de la Medicina y aún careciendo de experiencia personal al respecto, es posible que eligiera esta forma de ejercicio en la que me parece ver una relación más cercana con el paciente, posiblemente por el aporte de confianza que hace a la relación. También el ejercicio privado tiene el atractivo de aligerar la carga de presión que el sistema ejerce sobre el médico, haciéndole más independiente y por otra parte le libera de la relación estrecha, cotidiana y obligada con colegas que no resultan agradables. De cualquier manera y con una perspectiva más general que personal, sigo creyendo en la Medicina pública, aunque el médico no sea su mayor beneficiario.

Lo que sí tengo claro es que no volvería a hipotecar mi vida en la conquista de metas profesionales cada vez más altas. La altura de estas metas es puramente convencional y discutible, y no imprescindible para obtener en sus justos límites la satisfacción y la autoestima de ser médico y que son, en realidad, las verdaderas metas a conseguir. Hay razones que pueden considerarse nobles en el empeño de elevarse profesionalmente, pero si se escarba en ellas aparecen la ambición y la vanidad e incluso la avaricia. En cualquier caso, ese empeño superador conlleva un gran esfuerzo (estudio constante, publicaciones, conferencias, congresos, etc.), genera competitividad malsana y, sobre todo, hurta tiempo físico y psíquico a otras aficiones y a la familia, que a estas alturas de la vida, me parece lo más importante.

¿Qué hacer ahora?

La respuesta a esta pregunta está condicionada a dos acontecimientos que aparecen y dominan esta etapa de la vida: la jubilación y la vejez. Hay otro acontecimiento propio de estos años al cual no voy a referirme, porque cuando ocurre, ya influye poco en las pautas de vida.

La jubilación es un imperativo laboral que se inicia con una fría y escueta nota administrativa que anuncia el envío de tu persona a la cuneta de la existencia laboral, mientras resignadamente entiendes que podías seguir haciendo bien lo que hasta entonces hacías. Con el despiadado lenguaje burocrático te dejan en la calle sin algún recuerdo o consideración afectiva de las instituciones donde has trabajado. Yo me jubilé y la Universidad y la Sanidad, donde he trabajado casi 50 años, no me dijeron ni adiós. Es el primer aldabonazo del olvido y la soledad que se avecina como consecuencia de ese “grito de

alegría” que significa la jubilación. Es indudable que la jubilación permite recuperar la propiedad de la vida, antes desparramada en múltiples quehaceres y obligaciones y te devuelve mismidad, pero todo a costa de muchos abandonos. La jubilación, combinada con la vejez, erosiona gravemente un sentimiento antropológico, el de tener y necesitar un futuro, una pieza importante en el mosaico psicológico del hombre. El hombre se vacía de futuridad y con ello pierde gran parte de su razón de ser (“el hombre es un arco tendido hacia el futuro”, Federico Nietzsche). También, por definición, se pierde el trabajo, algo consustancial con la condición humana, y con la pérdida de la ocupación física se van las ilusiones, los anhelos, los afanes, la esperanza, la entrega, la responsabilidad, todo aquello que constituye el nervio espiritual del trabajo. Se pierden relaciones profesionales y sociales y se deja de ser importante (todos los médicos lo somos) y necesario y se asiste a la reducción paulatina de la autoestima. Se asiste también a la consunción del cuerpo de conocimientos y saberes médicos que se han ido almacenando durante muchos años. Cuando se iba acercando mi jubilación me preguntaba qué sería de todos mis conocimientos médicos, que he ido acumulando en mi cabeza durante muchos años de estudio como una masa enorme sometida al crecimiento y la renovación constantes. Ahora empiezo a ver mi cabeza rebosante de conocimientos como un pueblo polvoriento y ruinoso, con ventanas y puertas desvencijadas, tejados derrumbados, asaltado por zarzas y hierbajos, abandonado y solitario, ya casi desaparecido. Todos aquellos conocimientos y saberes, después de lo que fueron y significaron se van quedando en nada, como decía de su propia vida José Hierro:

“Después de todo, todo ha sido nada,
a pesar de que un día lo fue todo”.

Pero también la jubilación nos trae algunas cosas agradables. Por ejemplo, con la desgracia de la pérdida del trabajo, nos compensa con la desaparición de sus componentes desagradables, ingratos, irritantes, molestos, frustrantes, invirtiendo el apotegma popular en “no hay bien que por mal no venga”. Y sobre todo, la jubilación nos devuelve la propiedad del tiempo personal que ahora puede dedicarse a lo que se quiera, desde aficiones particulares hasta el prodigioso *dolce far niente* y, sobre todo, a devolver a la familia la dedicación que la hemos robado durante la vida.

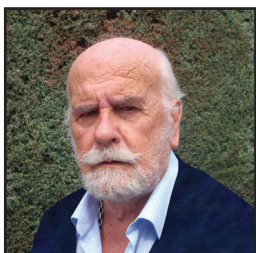
El otro acontecimiento que enseña su cara en estos años es la vejez. Si la jubilación aparece súbitamente y como tal se mantiene, la vejez se instaura paulatinamente con carácter evolutivo hasta el final. En esta evolución hay dos etapas sucesivas: la vejez como simple acontecimiento obligado en la vida humana y la vejez como padecimiento que se sufre con más o menos resignación. La transformación de la vejez que acontece en la vejez que se padece se realiza por la alteración en uno o varios de los componentes estructurales de la vejez, biológicos, sociales y psicológicos, más concretamente, la salud, la economía y la actitud y que se expresan respectivamente en la enfermedad, la penuria y el miedo. Estos son los tres grandes enemigos de la vejez que transforman su serena aceptación en desdichada imposición. Y de los tres, el miedo me parece el

más incontrolable y destructivo; el miedo principal a sus dos malvadas compañeras, la enfermedad y la penuria, con sus dos consecuencias pavorosas para el viejo, la incapacidad y la soledad, pero llega a extenderse a todas las circunstancias de la vida, y especialmente a la última de todas. Este miedo existencial del viejo es consecuencia obligada de la pérdida de seguridad en sí mismo, y lo primero que se lleva por delante son las capacidades de ser libre y ser feliz, porque como decía Charles Chaplin “la vida puede ser maravillosa si no la tienes miedo”. Cada uno vive la vejez en función de sus circunstancias y de su propia personalidad. Si la enfermedad, la penuria y el miedo no son demasiado incapacitantes y se dispone todavía de una personalidad abierta al cambio y a la renovación, la vejez puede facilitar el tránsito a la libertad interior, porque es la etapa de la vida que aporta la serenidad, la sinceridad y la seriedad suficientes para abandonar la absurda carga de vanidades, ambiciones, pasiones, codicias, intrigas y demás zarandajas vitales que han podido llegar a someterlos. Y si además se dispone de un pensamiento crítico y valiente, racional y objetivo, algunos pueden llegar a desprenderse de creencias, dogmas, certezas, credos, convicciones, tendencias, actitudes, que con diversa energía podían tener atenazado su espíritu y lograr la plenitud de la libertad interior, condición imprescindible para la “paz del alma” como quería Epicuro, el maestro de Samos. Y los huecos que deja la expulsión de ese lastre se van llenando poco a poco con la irresistible presencia de la duda, en cuyo seno se engendra la que yo creo que es una importante ganancia de la vejez: el escepticismo.

Dice Caballero Bonald “somos el tiempo que nos queda”, que podrá ser más o menos largo, pero lo será más si está lleno de vida porque *vita est longa si plena est*, y más larga todavía si el relleno es placentero.

Y volviendo a la pregunta inicial “¿Qué hacer ahora?” pues vivir lo que se pueda y cómo se pueda, que nadie nos va a quitar lo bailado, y que la enfermedad, la penuria y el miedo, no sean capaces de quitarnos lo que nos queda por bailar.

El Añojal, Valdemorillo 2010



José de Portugal Álvarez

Nacido en Madrid el 20 de noviembre de 1934, obtiene la Licenciatura y el Doctorado en Medicina en la Universidad de Madrid, con premio extraordinario. Durante 17 años fue Catedrático de Patología y Clínica Médicas en la Universidad de Salamanca y Jefe del Departamento de Medicina en el Hospital Clínico de dicha universidad y después, Catedrático de Medicina en la Universidad Complutense y Jefe de Medicina Interna en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. En 2005 fue nombrado profesor emérito de la Universidad Complutense. Ha realizado estancias de diversa duración en universidades y hospitales de EEUU, Inglaterra, Suecia, Japón y dictado conferencias en países de Europa, América y Asia. Es Miembro de Honor de varias Academias y Sociedades europeas y americanas. Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina y de otras Reales Academias de España, así como miembro del comité editorial de numerosas revistas médicas españolas y extranjeras. Ha sido Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna y es Presidente de Honor de esta Sociedad y de la Federación Iberoamericana de Medicina Interna. Es autor o coautor de 15 libros de Medicina y ha publicado cerca de 400 trabajos en revistas médicas españolas y extranjeras.