PEDRO LAÍN ENTRALGO

LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

HISTORIA Y TEORÍA

Revista de Occidente
Madrid

LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

Pocas cuestiones hay en la medicina contemporánea tan comentadas como la crisis actual de la relación entre el médico y el enfermo. Varias razones se han concitado para dar al tema actualidad candente: el progreso incontenible de la socialización de la asistencia médica, la complejidad a que ha llegado el análisis físico y químico de la enfermedad, la creciente importancia de la psicoterapia, la novísima ilusión de una medicina cibernética (la utopía de un *medicus ex machina,* si vale decirlo así). ¿Es hoy posible prescindir de una relación directa entre el terapeuta y el enfermo? Y, por otra parte, ¿qué fundamento real tiene y qué perspectivas para un inmediato futuro ofrece la crisis de la asistencia médica antes mencionada?

Este libro trata de dar una respuesta a ambas interrogaciones. Para ello, presenta en su primera parte una historia de las principales vicisitudes que la relación entre el médico y el enfermo ha experimentado en el mundo occidental (en la Grecia clásica, en las distintas situaciones históricas del cristianismo, en la sociedad moderna secularizada) y explana en su segunda parte una teoría sistemática de lo que tal relación debe ser para un médico deseoso de perfección en el ejercicio de su arte y sensible a las exigencias del pensamiento contemporáneo. Muestra al lector, en suma, las metas, los conceptos fundamentales, las actitudes anímicas y los métodos intelectuales de una medicina que aspire con algún derecho al calificativo de «humana».

LA RELACION MEDICO-ENFERMO

LA REDACCION DE ESTE TRABAJO HA SIDO REALIZADA CON UNA «AYUDA A LA INVESTIGACION» DE LA FUNDACION «JUAN MARCH»

PEDRO LAIN ENTRALGO

LA RELACION MEDICO-ENFERMO

HISTORIA Y TEORIA

Revista de Occidente
Bárbara de Braganza, 12
MADRID

© Copyright by
Revista de Occidente, S. A.
Madrid - 1964

Depósito Legal: M. 10.233-1964. — N.º Rgtro. 3.707/64

Impreso en España por EDICIONES CASTILLA, S. A. - Maestro Alonso, 23. - MADRID
PRINTED IN SPAIN

ÍNDICE

PROLOGO 7

INTRODUCCIÓN

Conceptos fundamentales para un estudio de la relación entre el médico y el enfermo 13

PRIMERA PARTE

HISTORIA DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO 27

CAPÍTULO I

LA RELACION MEDICA EN LA GRECIA CLASICA 33

De la medicina mágica a la medicina técnica.

I. Fundamento de la práctica hipocrática: la *philía* médica 59
II. Momento cognoscitivo de la relación médica: el diagnóstico hipocrático 59
III. Momento operativo de la relación médica: el tratamiento hipocrático 78
IV. Momento ético-religioso de la relación médica: la ética hipocrática 92

CAPÍTULO II

EL CRISTIANISMO Y LA RELACION MEDICA..... 101

De la *philía* griega a la *amicitia* cristiana. Idea cristiana del amor.

Artículo I: EL CRISTIANISMO PRIMITIVO Y LA RELACION MEDICA..... 117
I. La amistad entre el médico y el enfermo..... 117
II. El diagnóstico..... 121
III. El tratamiento..... 123
IV. La ética médica..... 126

Artículo II: LA RELACION MEDICA EN EL MUNDO CRISTIANO MEDIEVAL..... 130
I. Fundamento de la relación médica: la amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media..... 133
II. Momento cognoscitivo de la relación médica: el diagnóstico medieval..... 159
III. Momentos operativo y ético-religioso de la relación médica medieval..... 169

Artículo III: EL CRISTIANISMO MODERNO Y LA RELACION MEDICA..... 178
I. La amistad médica cristiana en el mundo moderno..... 182
II. El diagnóstico..... 185
III. El tratamiento..... 191
IV. El momento ético-religioso de la relación médica..... 194

CAPÍTULO III

LA RELACION MEDICA EN LA SOCIEDAD MODERNA SECULARIZADA..... 197

La secularización de la sociedad occidental.

I. Estructura de la relación médica..... 198

1. Filantropía, amistad y camaradería, 198.—2. Los tres modos cardinales de la asistencia médica: asistencia hospitalaria, asistencia domiciliaria, consultorio privado.... 204

II. Crisis de la relación médica..... 214

1. La «rebelión del sujeto», 215.—2. Momento social de la rebelión: medicina y sociedad. Momento clínico de la rebelión: la neurosis como suceso histórico. De Charcot a Freud..... 220

SEGUNDA PARTE

TEORIA DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO..... 229

CAPÍTULO I

LA RELACION MEDICA EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERHUMANAS..... 235

I. Formas cardinales de la relación interhumana..... 235
II. La relación cuasi-diádica: el consejo, la educación y la asistencia médica..... 238
III. Estructura de la vinculación entre el médico y el paciente. Fin propio, modo de la convivencia, vínculo propio y comunicación en la relación médica..... 242

CAPÍTULO II

LOS MOTIVOS DETERMINANTES DE LA RELACION MEDICA..... 259

I. Motivos del enfermo..... 260

1. Qué ha movido al paciente a buscar ayuda médica, 261. 2. Cómo el paciente ha llegado a sentirse enfermo, 271. 3. Cómo el paciente ha respondido al hecho de sentirse enfermo..... 285

II. Motivos del médico..... 290

1. Modos de ser médico, 290.—2. Modos de ser persona el médico, 294.—3. Disposición del médico frente al enfermo. 296

CAPÍTULO III

LA COMUNICACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO. 299

I. La mirada..... 300
II. La palabra y el silencio..... 306
1. Formalidad de la palabra: *a)* en el enfermo; *b)* en el médico, 307.—2. Contenido de la palabra: *a)* en el enfermo; *b)* en el médico..... 317
III. El contacto manual..... 335
IV. La relación instrumental..... 344

CAPÍTULO IV

EL MOMENTO AFECTIVO DE LA RELACION MEDICA. 349

I. Tipos cardinales de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo..... 351
II. Mutua relación entre la camaradería médica, la amistad médica y la transferencia..... 358
III. Formas viciosas de la relación afectiva entre el médico y el enfermo..... 373

CAPÍTULO V

EL MOMENTO COGNOSCITIVO DE LA RELACION MEDICA. 377

I. La concepción «clásica» del diagnóstico..... 378
II. El diagnóstico «integral» o «interpersonal»..... 385
1. Diagnóstico genérico, 386.—2. Diagnóstico específico, 391.
3. Diagnóstico individual..... 392
III. Amistad médica y diagnóstico clínico..... 403

CAPÍTULO VI

EL MOMENTO OPERATIVO DE LA RELACION MEDICA. 409

I. La concepción «clásica» del tratamiento..... 410

II. La concepción «científico-personal» del tratamiento..... 415
1. En la enfermedad aguda, 415.—2. En la enfermedad crónica, 419.—3. En la enfermedad neurótica..... 427
III. Tratamiento médico y amistad..... 437

CAPÍTULO VII

EL MOMENTO ETICO-RELIGIOSO DE LA RELACION MEDICA..... 443

I. Medicina y ética..... 444
II. Derechos y deberes del médico y el enfermo..... 447
III. Etica médica y religión..... 454

CAPITULO VIII

CONSISTENCIA SOCIAL DE LA RELACION MEDICA..... 457

I. Relación médica y sociedad..... 459
1. Consistencia social de la enfermedad individual, 460. 2. Condición social del médico, 464.—3. Carácter constitutivamente social de la relación médica. Sociología de la relación médico-enfermo..... 465
II. La relación médica en la sociedad actual..... 473
1. Aspecto clínico de la relación médica actual, 474.—2. La relación médica en la medicina socializada..... 479

BALANCE Y PERSPECTIVA 491

PROLOGO

A lo largo de una vida intelectual consagrada a temas muy diversos —en exceso diversos, tal vez—, éste de la relación entre el médico y el enfermo es uno de los que más asiduamente he frecuentado. Acaso no carezca por completo de interés un breve recuerdo de las distintas expresiones a que ha dado lugar mi personal encuentro con él.

Fue la primera, pronto hará cinco lustros, la composición de mi libro Medicina e Historia. *Me propuse en él indagar lo que en la experiencia del médico tiene carácter histórico y lo que en ella posee condición trans-histórica. Y al cabo de muchas cavilaciones vine a descubrir —pobre Mediterráneo— que en este segundo momento de la experiencia médica se articulan dos ingredientes: uno de orden subhistórico, los saberes correspondientes a lo que en el enfermo es naturaleza, y otro de intención sobrehistórica, las certidumbres relativas a lo que en el enfermo es persona. Por debaio de las considerables variaciones biológicas que desde los primeros homínidos hasta hoy ha experimentado la naturaleza del hombre, algo invariante hay en ella, y a esa zona de la realidad apunta todo cuanto en la medicina científico-natural sea, acéptese la redundancia, verdaderamente verdadero. Por encima de las ingentes variaciones históricas que en su expresión ha ido mostrando la vida humana, algo, cuando un hombre se encuentra amistosamente con otro —y tal es el caso del eiercicio médico, si éste es lo que debe ser—, trasciende intencional y realmente el constante mudar de la historia. ¿Qué puede ser, qué es un «encuentro en amistad» entre la persona del enfermo y la persona del médico? Este fue el tema principal de mi primer libro.*

Regresé a esa inicial preocupación varios años más tarde, en las páginas de La historia clínica. *Una historia clínica ¿qué es, sino el relato de los sucesivos encuentros entre dos hombres, el médico y el enfermo? Y la medicina de nuestro siglo ¿qué ha hecho, sino descubrir que ambos, uno en tanto que médico, otro en tanto que enfermo, son* a la vez *naturaleza y persona? La reflexión sobre la historia clínica había de conducirme —otra vez— al hecho y a la teoría de la relación entre el médico y el paciente.*

Al mismo tiempo que esta reflexión maduraba en mí, la realidad misma de la vinculación entre el terapeuta y el enfermo iba haciéndose cuestión disputada en la literatura científica y en la vida profesional del médico. La creciente importancia de la psicoterapia, el progreso incontenible de la socialización de la asistencia médica y la novísima ilusión de una medicina cibernética —el sueño de un medicus ex machina, *si vale decirlo así— se han ido concitando para dar al tema actualidad candente. Mi preocupación, que ya en 1940 distaba de ser extemporánea, había cobrado muy urgente vigencia histórica y social en 1960. Tan ostensible coincidencia entre vocación y situación me hizo concebir la idea de tratar de frente el problema de la relación médico-enfermo, y con ese fin solicité y obtuve la generosa ayuda de la Fundación «Juan March» que me ha permitido estudiar, bajo el título de* Teoría y realidad del otro, *el fundamento antropológico sobre que descansa el encuentro terapéutico, así en su realidad como en su teoría. Poco más tarde, un curso de conferencias bajo los auspicios de la «Sociedad de Estudios y Publicaciones», repetido luego en la Universidad de Chile y en el Hospital Vargas, de Caracas, me llevaba otra vez de la antropología general a la medicina teórica.*

No hay vida humana sin unidad, aunque a veces ésta parezca haberse quebrado en las mil dispares vicisitudes de una biografía agitada y cambiante. Y cuando la vocación de esa vida es la intelectual, tal unidad acaba adoptando forma de «sistema». Egregio o gregario, concluso o deshilvanado, certero o erróneo, «sistema» es el resultado a que sin proponérselo llega la mente del intelectual, cuando la madurez —fea palabra— va imponiendo sus limitaciones y regalando sus claridades. «Igualmente mortal para el espíritu es tener un sistema que no tener ninguno; y así, el hombre debe decidirse a combinar una y otra cosa», dice un fino aperçu *de Federico Schlegel. Tal es mi caso. Al cabo de los años, siento que hay en mí el modesto y mal cosido sistemilla de una «concepción científico-personal» de la medicina, de la cual es parte esta quizá farragosa e insuficiente teoría de la relación entre el médico y el enfermo. Por otro lado, advierto que la realidad del ejercicio clínico y el saber de los hombres me desbordan, y entonces me veo obligado a no tener ninguno. Para quienes me lean con mente sensible y buena voluntad, acaso esta dúplice condición del libro que ahora se publica sea su mejor cualidad, su única cualidad medianamente estimable.*

Confieso con lealtad que, en el momento de darlo a la luz, dos graves temores pesan sobre mi alma: el temor a la inanidad y el temor a la obviedad. Mi implícito y todavía incipiente sistemilla ¿será no más que un mal letamendismo de cuño personalista, si se me permite tal expresión? No se me oculta que cabe una visión meliorativa del letamendismo; mas también es posible una visión peyorativa de él —la que expresaron Marañón, Baroja, Ors y, más matizadamente, Caial—,

y temo que alguien, quizá con alguna razón, lance sobre mi intento diatribas análogas a las que contra el de Letamendi se lanzaron: especulación de gabinete, reflexión sobre la clínica por parte de quien no la eierce; o, según una sápida y vigorosa expresión de Xavier Zubiri, «caldo de cabezas». ¿Será así? Mi escolar atenimiento a la bibliografía actual y mi permanente consideración de lo que en su realidad empírica es la asistencia al enfermo, ¿llegarán a librarme de esa tan probable censura?

Igualmente temo haber incurrido en delito de obviedad. ¿Pensarán algunos de mis lectores que para este viaie —para el descubrimiento de que la relación médica es una relación a la vez interpersonal y obietivante, y debe ser siempre relación amistosa— no eran necesarias tantas alforias? Tal vez. Pero releo lo escrito, y me parece que algunas de sus páginas pueden ayudar a entender de un modo más claro y profundo la realidad del eiercicio médico. ¿Acierto o me equivoco? Esa impresión mía ¿será no más que la vana presunción de un autor impenitente que no se resigna a la enoiosa condición de autor inútil? No lo sé, y —lo que es peor— acaso no lo sepa nunca.

Si mi libro no es inane, ni obvio, respecto de la realidad sobre que versa, los demás reparos que puedan hacérsele —y que yo mismo le hago— me parecerán harto llevaderos. Alguien dirá de él que no ofrece una documentación bibliográfica exhaustiva y que, por otra parte, la lleva sobrada para quitarle esa esbeltez que a veces alcanza la exposición sistemática del pensamiento propio. Declaro que en más de una ocasión me asaltó la tentación de prescindir de toda bibliografía. Pero el ya mencionado temor a una obieción de «letamendismo», por un lado, y el deseo de hacer ver al lector no avisado que mis reflexiones no son vox in deserto, *por otro, me han llevado a consignar en cada capítulo las publicaciones que en relación con su materia iuzgué más demostrativas. Acepte el lector esa mención a título de camino, no a título de meta.*

Como la indicación bibliográfica, también el estilo expositivo de este libro posee un carácter oscilante. Hay páginas que algunos iuzgarán demasiado ensayísticas; hay otras, en cambio, que no pocos tendrán por demasiado secas y escolares. No sé si a la postre habré acertado; pero entre naufragar en el Escila de la vaga brillantez y chocar contra el Caribdis de la bien ordenada sequedad, he preferido correr este último riesgo, y ofrecer un apretado haz de hechos y de conceptos al lector deseoso de claridad y orientación. «No sólo debemos explicar, no sólo debemos comprender —ha escrito Viktor von Weizsäcker—; debemos ante todo concebir, y ésto se hace mediante conceptos» ¿Lo son realmente todos los que en esta construcción mía parecen serlo? Esta es mi duda, este es mi problema.

Algo me anima e impulsa, a través de tantas vacilaciones y perpleiidades:

la buena amistad de quienes, habiendo conocido tal o cual fragmento de este libro, juzgaron deseable y oportuna su publicación. «*Enseñan los hombres —escribió el anatomista medieval Mondino de Luzzi— por ejercitar su inteligencia, por salvar del olvido lo que saben y por complacer a los amigos*». *Algo ejercité yo mi caletre discurriendo y escribiendo estas páginas. Menos seguro estoy de haber salvado del olvido saberes que valgan la pena. Pero si esos amigos a que aludo y algunos más leen con alguna complacencia las reflexiones que siguen, o al menos una parte de ellas, me daré por contento. A unos y otros quiero anticipar —muy osadamente, tal vez— mi honda gratitud.*

PEDRO LAÍN ENTRALGO

Madrid, mayo de 1964.

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

SÉNECA, *de beneficiis*, VI, 16.

«El más hondo fundamento de la medicina es el amor... Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos. Pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él, no nacerá ningún médico».

PARACELSO, *Spitalbuch*, I. Teil.

INTRODUCCION

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más permanente. Desde que existe el hombre sobre el planeta, dos utopías han pretendido quitar a la relación entre el médico y el enfermo (en lo sucesivo, *r. m.-e.* o *relación médica*) su carácter inmediato. La mentalidad mágica —dominante en casi todas las formas de vida que solemos llamar «primitivas» y vigente, pese a todo, en las zonas más arcaicas de las sociedades cultas— lleva en su seno la pretensión utópica de la *actio in distans*, y por tanto una creencia más o menos viva en la posibilidad de sanar al enfermo sin contacto directo con él. La mentalidad técnica, a su vez, ha soñado la utopía de un diagnóstico logrado mediante signos puramente objetivos (cifras analíticas, trazados gráficos) y un tratamiento limitado a la fiel ejecución de algunas prescripciones escritas: otro modo de la *actio in distans* [1]. Sería demasiado necio, claro está, equiparar entre sí la aberración indudable de la utopía mágica y la siempre creciente eficacia de la utopía técnica: aquélla ha sido lastre y esta otra es gloria muy alta de la humanidad. Pero bajo tan abismal diferencia, ambas aspiran a separar físicamente el médico del enfermo, o cuando menos a demostrar que el encuentro personal de uno y otro no es condición necesaria para el recto ejercicio de la medicina.

Sin renegar de ninguna de las ingentes conquistas que la técnica

---

[1] Bajo el epígrafe «Der Arzt der Zukunft» (El médico del porvenir), el libro de K. Kötschau y Ad. Meyer *Theoretische Grundlagen zum Aufbau einer biologischen Medizin* (Dresden und Leipzig, 1936) ofrecía entre bromas y veras una representación gráfica de esta utopía que ahora he llamado «técnica». Sentado ante un complicado cuadro de señales y mandos, el médico recibe en forma visible o audible todos los datos que desea acerca de la morfología y la fisiología del paciente (trazados gráficos, quimismo, fórmula hemática, röntgenogramas, etc.), y a través de un micrófono va dictando sus prescripciones terapéuticas. En páginas ulteriores reaparecerá el tema.

objetivante ha logrado, más aún, con propósito deliberado y constante de asumir todas ellas en un orden superior, este libro intenta mostrar cómo el encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación diagnóstico-terapéutica a él consecutiva son rigurosamente imprescindibles para una práctica *humana* del arte de curar.

Mas también hará ver, espero, que la relación médica es muy delicadamente sensible a las mudanzas de la historia. El contínuo progreso de los recursos diagnósticos y terapéuticos modifica, como es obvio, la apariencia más externa de esa relación: entre un médico salernitano examinando la orina de su paciente y Laennec practicando la auscultación mediata, el contraste no puede ser más notorio. Los cambios que sin cesar va experimentando la convivencia entre los hombres alteran, por otra parte, el fundamento mismo de la r. m.-e.: la *pólis* helénica, el monasterio medieval y la ciudad del siglo xx, albergan modos de la asistencia médica que difieren entre sí desde lo que en cada una de esas formas de vida es más fundamental y decisivo, es decir, desde los supuestos antropológicos, históricos y sociales que dan contenido y figura peculiares a la relación interhumana. Tanto como «médico», el médico es «ateniense», «cristiano medieval», «neoyorquino» o «moscovita», y lo mismo puede y debe decirse del enfermo.

Causas y motivos de toda índole —sociales, psicológicos, técnicos, morales— hacen hoy especialmente problemática la r. m.-e. Desde el punto de vista de la asistencia médica es patente el conflicto entre la socialización de la medicina, inabdicable exigencia de nuestro tiempo, y la orientación crecientemente personalista o antropológica de la patología actual. Vacunar a todos los ciudadanos de un país no es cosa, por lo que vemos, demasiado difícil; tratar psicoterápicamente a todos los enfermos que lo requieren será, si el Estado llega alguna vez a proponérselo, empresa sobremanera ardua. Y no parece más leve, ya en un orden puramente teórico, el conflicto entre la orientación físico-química del pensamiento médico y los puntos de vista que hoy rigen la psicología profunda. ¿Cómo conciliar de un modo armonioso y coherente lo que ante un enfermo de «neurosis vegetativa» dijese Thannhauser, valga este nombre como ejemplo, y lo que ante ese mismo enfermo diría Jung?

De la conciencia de esta profunda —y fecunda— crisis ha surgido mi libro, así en su parte histórica como en su parte sistemática. Pero la adecuada elaboración de una y otra no sería posible sin disponer de

un cuadro de conceptos fundamentales, capaces de cumplir, respecto de mi actual faena, la función que respecto de la historia de las artes plásticas cumplieron antaño los *Grundbegriffe* que Wölfflin ideó; con otras palabras, sin diseñar conceptualmente la estructura invariable de la relación médica. En la cual es posible discernir, a mi juicio, hasta cinco momentos principales:

I. El *fundamento* de la relación médica. Llamó así a la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo, por el hecho de haberse uno y otro encontrado, en cuanto tales, entre sí; vinculación cuya índole propia depende, ante todo, de los móviles que en el enfermo y en el médico han determinado ese su mutuo encuentro.

La relación médica tiene, pues, un fundamento genérico y otro dualmente específico. Su *fundamento genérico:* que un hombre preste ayuda al menester de otro. «Clínica auténtica —ha escrito, con certera concisión, Jiménez Díaz— es la que ejercita un hombre frente a otro hombre». El hombre es un ser constitutivamente menesteroso, *ens indigens*. Tiene necesidad del cosmos energético y material, y por esto respira e ingiere alimentos; no menos necesita de los otros hombres, y así lo patentiza cuando, queriéndolo o no, con ellos se encuentra desde su nacimiento [2]; necesita, en fin, alguna convicción personal acerca del fin último de su existencia, y por tanto, cierta referencia de ésta a un *ens fundamentale*, Dios o un sucedáneo de Dios. La compleja menesterosidad del hombre —especialmente aguda y sensible en ciertas situaciones, la enfermedad entre ellas— pide desde su mismo seno actos de ayuda; en último extremo, actos de donación amorosa, porque toda ayuda que no sea pura operación de compraventa es en su entraña misma un acto de amor. Tanto como *ens indigens*, el hombre es *ens offerens*, aunque su libertad convierta a veces en indiferencia o en odio lo que siempre debiera ser ofrecimiento y amor; y así el binomio menester-amor viene a constituirse en fundamento genérico de la relación médica, cuando ésta no se halla viciada por el predominio o la exclusividad de otros intereses menos nobles.

Tal fundamento genérico se especifica, por lo que a nuestro problema

[2] Los otros son para el hombre «dispensadores de ser cósmico» (alimento, vestido, etcétera) y «dispensadores de ser personal» (compañía, amor). Véase acerca de esto mi libro *Teoría y realidad del otro* (Madrid, 1961) y *Urdimbre afectiva y enfermedad*, de J. Rof Carballo (Barcelona, 1961).

atañe, según dos direcciones cardinales, una histórico-social y otra técnica. Las diversas situaciones típicas de la existencia humana—*pólis* griega, monasterio o burgo medievales, sociedad moderna, etc.—, especifican de un modo *histórico y social* la ayuda al menester del otro; el hecho de que el menester se llame ahora «enfermedad» y el acto de ayuda «asistencia médica», concede a éste su especificación *técnica*. ¿Qué es lo que mueve al enfermo a buscar al médico? El menester vulgar y técnicamente llamado «enfermedad», ¿en qué consiste, en cuanto sentimiento de la propia vida? Y, por otra parte, ¿qué es lo que mueve al médico a encontrarse con sus pacientes? ¿Por qué llamamos «asistencia» —*ad-sistere:* detenerse junto a otro— a la ayuda que el médico presta? ¿Cómo se articulan entre sí la condición específicamente médica y la peculiaridad histórico-social de la ayuda al semejante menesteroso? ¿Cómo, por otra parte, llegan a hacerse encuentro unitario y efectivo —encuentro médico— el movimiento que lleva al enfermo hacia el médico y el que conduce a éste hacia aquél? Tal es, reducida a sus cuestiones principales, la estructura del fundamento específico de la relación médico-enfermo.

II. El *momento cognoscitivo* de la relación médica. Como todo encuentro interhumano, el que reúne al médico y al enfermo se realiza y expresa según los diversos modos cardinales de la actividad del hombre; uno de ellos el cognoscitivo, que en el caso de la relación médica toma forma específica como *diagnóstico*. Desde el inicial «encontrarse con» —por tanto, desde un mero principio de convivencia—, la relación con el enfermo ha pasado a ser, por parte del médico, un «conocer a» y un «pensar de».

Conocer ¿qué? La respuesta parece imponerse perogrullescamente: conocer al enfermo en cuanto tal; como suele decir nuestro pueblo, saber «lo que el enfermo tiene». Bastará, sin embargo, un instante de reflexión para descubrir que el conocimiento técnico del enfermo por el médico —el diagnóstico— puede acaecer, y de hecho acaece, aunque el médico no lo advierta, según los dos ámbitos en que la relación médica cobra su realidad propia: el dual y el social, el resultante de la mutua vinculación de dos individuos aislados y el determinado por la interrelación de dos entes sociales.

Lo que comúnmente llamamos «diagnóstico» es la fórmula condensada de un conocimiento dual. «Yo, médico —viene a decir esa fórmula—,

sé que tú, enfermo, tienes y padeces en tu cuerpo y en tu alma tales y tales anomalías». ¿De qué índole será la relación dual que une entre sí al enfermo y al médico? En mi libro *Teoría y realidad del otro* he distinguido temáticamente el «dúo» y la «díada». Llamo «dúo» o vinculación objetivante a mi relación con otro hombre para algo que a los dos nos importa, pero situado fuera de él y fuera de mí: por ejemplo, un negocio con partición de ganancias. Llamo, en cambio, «díada» o vinculación interpersonal a mi relación con otro para algo que está en él y en mí, que pertenece a nuestra personal intimidad y en ella encuentra su término: amistad *stricto sensu*, amor. La vinculación específica entre el médico y el enfermo ¿es meramente dual o es diádica? Yo diría que es *cuasi-diádica*. El enfermo y el médico se reunen para el logro de algo que importa muy medularmente a la persona de aquél, pero que está —o estará, cuando se alcance— inscrito en su naturaleza: la salud. De ahí el carácter cuasi-diádico de la relación médica.

La expresión cognoscitiva de esta relación —el diagnóstico— se realiza inicial y parcialmente en un ámbito cuasi-diádico. Lo cual equivale a decir que el diagnóstico médico no es nunca el conocimiento de un objeto pasivo por una mente activa y cognoscente, sino el resultado de una conjunción entre la mente del médico —activa, por supuesto— y una realidad, la del enfermo, esencial e irrevocablemente dotada de iniciativa y libertad; a la postre, de intención. Los físicos nos dicen hoy que el acto de observar científicamente modifica de algún modo la realidad de lo observado; con otras palabras, que la realidad conocida «interviene» siempre en el resultado de nuestra actividad de conocerla. En cuanto físicamente conocida, la realidad es siempre «reagente». Pues bien, la inteligencia y la libertad de la persona —por tanto, su intencionalidad— condicionan activamente el acto de conocer la realidad de un ente personal y contribuyen a otorgar a ese acto su radical peculiaridad. No constituye excepción a la regla el diagnóstico médico, si de veras aspira a ser integral o personal, y no meramente objetivo. Repetiré mi fórmula: *el diagnóstico médico es, por lo pronto, la configuración cognoscitiva de una relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo.*

Pero nunca será esto solo, ni siquiera cuando más parezca serlo. Tanto como individuo viviente o como «animal racional», el hombre es constitutivamente —desde los griegos viene repitiéndose— ente social, y como tal se realiza en todas sus actividades. La silenciosa cena del

eremita es en alguna de sus dimensiones un acto social, tanto como pueda serlo el *cocktail-party* más concurrido. Siquiera sea por modo defectivo, el solitario del yermo lleva en su alma —y en su cuerpo— la «sociedad».

Y lo que se dice del solitario, ¿no deberá decirse con mayor razón del médico y el enfermo? «Cuando veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta», solía decir Schweninger, el médico de Bismarck. Nada más falso, porque la enfermedad y el tratamiento del paciente se hallan *nolens volens* incardinados en la sociedad a que pertenecen. El consultorio del médico no es una isla desierta, sino un enclave o un retiro en el seno de una sociedad ocasionalmente invisible, pero no por ello menos real y operante. Cabe hablar, es cierto, de una relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo, pero a condición de tener muy presente que esa fórmula supone y manifiesta una visión abstractiva, amputadora, de la relación médica. Esta es primariamente social, y nunca deja de serlo; sólo amputando artificialmente los vínculos que insertan al enfermo y al médico en la sociedad a que ambos pertenecen es posible ver aquélla como pura y simple conjunción de dos personas individuales.

Quiere esto decir que el diagnóstico del médico no podrá ser completo si no es «social», además de ser cuasi-diádico; en otros términos: si no tiene en cuenta lo que en el condicionamiento y en la expresión de la enfermedad haya puesto la pertenencia del paciente a la concreta sociedad en que existe. No es preciso para ello que la enfermedad en cuestión sea una «neurosis», en el sentido que habitualmente dan los médicos a esta palabra. Un examen atento de cualquier dolencia, aunque se trate de una neoplasia maligna, descubrirá siempre en su apariencia clínica ingredientes de índole inequívocamente «social», de alguna manera decisivos para que tal enfermedad sea lo que en la vida del enfermo realmente es. Como el eremita lleva la sociedad en su alma y en su cuerpo, también la lleva, aunque por modo patológico, ese solitario a la fuerza que llamamos enfermo [3].

III. El *momento operativo* de la relación médica. La actividad conjunta del enfermo y el médico no se agota —no debe, no puede ago-

[3] Sobre el problema de la forzosa «soledad» del enfermo, véase mi estudio «La enfermedad como experiencia», incluído en *Ocio y trabajo* (Madrid, Revista de Occidente, 1960). Más adelante reaparecerá el tema.

tarse— en la operación noética a que damos el nombre de «diagnóstico». Lo que en ella es conocimiento debe siempre ordenarse y se ordena, de hecho, siempre, a la ejecución de los actos propios del *tratamiento:* ingestión o inyección de fármacos, administración de agentes físicos, prácticas dietéticas, técnicas psicoterápicas o intervenciones quirúrgicas.

Conviene, sin embargo, no tener del tratamiento una idea excesivamente técnica. Cuenta Siebeck que el gran clínico Ernst von Leyden, astro de primera magnitud en la medicina berlinesa de 1900, solía hacer a sus alumnos esta aguda advertencia: «El primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo». Muy cierto. Tan cierto, que me parece necesario convertir la sentencia en tesis todavía más amplia, y ordenar ésta en varios asertos de carácter general:

1. En su relación con el enfermo y hasta cuando cree que su operación es sólo diagnóstica, el médico ejercita siempre, para bien o para mal, una actividad terapéutica. Ni siquiera es necesaria la presencia física del médico para que esto sea cierto. Su prestigio social —poco o mucho, bueno o menos bueno—, que de modo tan eficaz viene operando sobre el paciente, desde que en los oídos de éste sonó su nombre; el recuerdo que su persona haya dejado, una vez conclusa la visita; la confianza en la droga maravillosa que él conoce y todavía no ha llegado al comercio; todo es terapéuticamente importante, todo puede ser terapéuticamente decisivo. Presente o ausente, sin él saberlo, a veces, el médico nunca deja de actuar sobre el enfermo.

Más amplia y precisamente: en el curso real de la relación médica, no hay actos «exclusivamente» diagnósticos y actos «exclusivamente» terapéuticos. Para el médico, percutir el tórax de un enfermo es ante todo conocer con precisión mayor o menor algo de lo que dentro de ese tórax hay, mas también es estar ganando —o perdiendo— la confianza de la persona a quien ese tórax pertenece y, por supuesto, emocionarla, alterarla afectivamente; inyectar estrofantina en las venas de un cardiaco es, desde luego, actuar con mayor o menor destreza terapéutica sobre el organismo del paciente, mas también es someter a éste a una determinada prueba funcional, y por lo tanto, poseer nuevos datos para un conocimiento más preciso de lo que en los senos de su cuerpo acontece. Queriéndolo unas veces, sin quererlo otras, el médico nunca deja de actuar terapéuticamente sobre sus enfermos. El médico es el primero de los medicamentos que él prescribe, ha dicho muy certera e ingeniosamente M. Bálint.

2. Debe verse el tratamiento, en consecuencia, como la expresión operativa de la vinculación personal cuasi-diádica que en cierto modo es la r. m.-e. Para una mirada sensible y atenta, el tratamiento no es la simple y fiel ejecución, por parte del paciente, de las prescripciones terapéuticas del médico; según la fórmula de Viktor von Weizsäcker es, por lo menos, «camaradería itinerante» *(Weggenossenschaft)*, empresa en que dos hombres, el médico y el enfermo, como tales hombres colaboran [4]. Tanto como «paciente», tanto como ejecutor disciplinado de la prescripción y como pasivo beneficiario —o como inocente víctima— de las acciones terapéuticas que los manuales de farmacología describen, el enfermo tratado es «reagente»; y no sólo en cuanto ser orgánico, a la manera del gato y el perro sobre que operó la investigación del farmacólogo, mas también en cuanto ser personal. De ahí la importancia de la relación médica para el buen éxito del tratamiento y la necesidad de tratar a los enfermos teniendo en cuenta todos los registros de su respectiva personalidad, desde el nivel intelectual hasta las peculiaridades de la vida afectiva. Si un enfermo se siente intelectual y sentimentalmente muy superior a su médico, la digital que éste le prescriba no poseerá toda la eficacia terapéutica que en otro caso tendría.

3. El tratamiento, que, como acabamos de ver, empieza bastante antes de que el médico haya dado la mano al paciente —creo que von Leyden no se se opondría a esta ampliación de su sentencia—, no concluye con el saludo de despedida de aquél. Dicho de otro modo: la acción de «dar de alta» es un acto terapéutico, además de ser un acto diagnóstico. El alta tiene como fundamento propio un juicio de carácter noético, el juicio «Este hombre está sano». Mas tan pronto como la convicción se trueca en comunicación, y el médico, de pensar «Este hombre está sano», pasa a decir «Tú estás sano», estas palabras suyas —o las que en cada caso las sustituyan— crean una situación nueva en su relación

[4] En *Amor y psicoterapia* (Paidos, Buenos Aires, 1963) —fino y enjundioso librito, a cuyo contenido habremos de volver más de una vez—, Carlos Alberto Seguín estima poco aceptable la traducción de *Weggenossenschaft* por «camaradería itinerante». «Compañerismo de camino», dice él, con indudable razón. *Genossenschaft* es, por supuesto, «compañía»; pero el sentido de esa «compañía» es ante todo la «cooperación objetiva». *Parteigenosse* es el «compañero de partido»; *der Genosse*, como término jurídico, es «el cómplice»; una *landwirtschaftliche Genossenschaft* es una «cooperativa agrícola». Por esto, y para subrayar la diferencia esencial entre *Genossenschaft* («compañía cooperativa») y *Freundschaft* («amistad»), he preferido traducir aquel término por «camaradería». Véase, en todo caso, lo que acerca de la relación terapéutica se dice en la Segunda Parte.

cuasi-diádica con el enfermo que las oye; situación que nunca dejará de tener alguna eficacia dentro de la vida de éste. No pocas veces será mínima la importancia médica del hecho que ahora describo; pero en ocasiones —piénsese en los delicados problemas técnicos y morales que plantea el alta de ciertos operados y de casi todos los enfermos crónicos— tal importancia podrá alcanzar muy altos niveles. Al médico se le enseña a diagnosticar la «enfermedad», pero no a diagnosticar la «curación»; y, como vemos, éste es empeño que no carece de muy sutiles escollos teóricos y prácticos.

4. Sólo artificialmente aislada de su ineludible contorno social es cuasi-diádica la relación médica; y si esto era cierto en el caso del diagnóstico, con mayor razón habrá de serlo en el del tratamiento. En rigor, el tratamiento médico es por su esencia misma un acto *social*, aunque tan absoluta y pertinazmente suelan desconocer esta realidad los tratados de medicina clínica.

Concédenle carácter social las ordenanzas legales a que está sometido en todos los pueblos cultos y, por supuesto, el hecho de que sus prescripciones hayan de ser ejecutadas dentro de los grupos sociales a que el enfermo pertenezca —familia, profesión, amigos, etc.—; más aún, contando —o debiendo contar— de algún modo con ellos, porque la eficacia terapéutica de los remedios se halla sensiblemente condicionada por el modo de «estar en sociedad» aquél sobre que actúan.

Pero ese constitutivo carácter social del tratamiento viene ante todo determinado por la ordenación de la sociedad en clases económico-políticas —no dejan de existir éstas, bajo otra forma, en los países socialistas— y por la inexorable pertenencia del paciente a una de ellas. En la Atenas de los siglos v y iv antes de J. C., difería muy considerablemente la asistencia médica, según sus beneficiarios fuesen esclavos, hombres libres pobres u hombres libres ricos. Mil setecientos años más tarde, Arnaldo de Vilanova distinguirá desde el punto de vista del tratamiento una medicina «para ricos» y otra medicina «para pobres»; y sin confesarla de un modo tan paladino, hipócritamente silenciada por todos, tal distinción seguirá vigente en las sociedades secularizadas y capitalistas de los siglos xix y xx. En la propia Unión Soviética, ¿son acaso igualmente diagnosticados y tratados el *mujik* de la estepa y el jerarca político, técnico o militar? Toda conciencia honrada se rebelará, por lo menos íntimamente, contra tan notorias diferencias en orden a uno de los más elementales e indiscutibles derechos del hombre, el derecho

a la recta curación de sus enfermedades; pero mientras la estructura de la sociedad no cambie de manera suficiente, esas diferencias perdurarán, y en ellas se hará hirientemente manifiesta la ineludible condición social del tratamiento médico.

IV. El *momento afectivo* de la relación médica. Además de realizarse cognoscitiva y operativamente, la r. m.-e. se constituye como vinculación afectiva; diagnóstico, tratamiento y —como ahora se dice— transferencia forman, mutuamente implicados entre sí, el término a que en definitiva conduce el originario fundamento específico de esa relación.

Tal lazo afectivo posee una trama personal y cualitativamente heterogénea; une a dos personas, y estas se relacionan mutuamente desde dos situaciones vitales —una en cuanto «enfermo», otra en cuanto «médico»— muy diferentes entre sí. A la «cooperación itinerante» del paciente con su médico y de éste con aquél, cada uno aporta lo suyo, así en el orden de la acción como en el orden del sentimiento. El enfermo pone afectivamente en ella la aflictiva, expectante vivencia de su menester y una confianza mayor o menor en la medicina y en la persona que va a tratarle; y el médico, su voluntad de ayuda técnica, cierta misericordia genéricamente humana, la pasión que en él despierte la siempre fascinante empresa de gobernar científicamente la naturaleza y un indudable apetito, secreto en unos casos, patente en otros, de lucro y de prestigio. La peculiar afección que enlaza al médico y al enfermo —llámesela *philía*, «amistad», con los antiguos griegos, o «transferencia», con los actuales psicoanalistas— es el resultado que en el alma del uno y del otro determina esta dual y compleja serie de motivos.

V. El *momento ético-religioso* de la relación médica. Los actos humanos —X. Zubiri y J. L. L. Aranguren lo han hecho ver con especial evidencia— son constitutivamente morales, unas veces según el modo de la «moralidad» *stricto sensu* y otras según el modo de la «inmoralidad». La libertad del hombre lleva inexorablemente en su estructura un «para qué», y en ese «para» va objetiva y subjetivamente inscrita la moralidad constitutiva de las acciones humanas.

No son excepción a esta regla los actos en que se realiza la r. m.-e., tengan su protagonista en el enfermo o en el médico. En lo que al enfermo atañe, la intrínseca moralidad de la r. m.-e. viene ante todo

configurada —suponiendo, claro está, que el médico no sea para el paciente otra cosa que médico— por el «para qué» de la salud que busca. «No hay salud cumplida— ha escrito R. Siebeck —sin una respuesta satisfactoria a la pregunta: Salud ¿para qué? No vivimos para estar sanos, sino que estamos y queremos estar sanos para vivir y obrar» [5]. A la salud humana pertenece constitutivamente un «para qué» no incluído en ella misma, y de ahí que sólo moral o inmoralmente pueda uno estar sano y querer la salud.

En lo que atañe al médico, en cambio, la relación médica muestra su condición moral en dos instantes diversos, uno inicial y otro terminal. Como el Samaritano de la parábola, el médico debe resolver inicialmente en el sentido de la ayuda la tensión ambivalente que dos tendencias espontáneas y contrapuestas, una hacia la ayuda y otra hacia el abandono, suscitan siempre en el alma de quien contempla el espectáculo de la enfermedad. Ser médico es, por lo pronto, hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una resolución favorable de la tensión ayuda-abandono. No acaba ahí, sin embargo, el compromiso moral del médico. Así iniciado, ese compromiso crece y se consuma con la ejecución del acto de ayuda, que será esforzado unas veces y negligente otras, y que perseguirá, según los casos, el bien del enfermo, el lucro, el prestigio o quién sabe si una velada granjería de dominio y seducción.

Etica por razón de su esencia, ética siempre, la relación médica muestra su eticidad de modos muy diversos. Muéstrala con rostro distinto cuando actúa como vinculación cuasi-diádica y cuando actúa como vinculación social; pero, sobre todo, cuando se la ve realizándose a través de las distintas situaciones que integran el curso de la historia. La moral médica de los asclepíadas hipocráticos no coincide con la moral profesional de los médicos cristianos, y ésta, a su vez, difiere de la ética de los médicos agnósticos o ateos. Sin mengua del derecho a elegir como propia una de ellas y a pensar que hay una moral médica rigurosamente suprasituacional e invariable —lo cual, dicho sea en inciso, habrá de ser filosófica, histórica y médicamente justificado—, el hecho empírico es que la constitutiva eticidad de la relación médica va adoptando figuras muy diversas a lo largo de la historia.

Y puesto que toda ética descansa sobre una visión religiosa del mundo —aunque ésta sea en ocasiones el ateísmo—, la r. m.-e. se hallará

[5] *Medizin in Bewegung* (Stuttgart, 1949), pág. 486. Véase también el capítulo «Salud y perfección del hombre», de mi libro *Ocio y trabajo*.

siempre más o menos explícitamente arraigada en una determinada posición del espíritu frente al problema último de la religión. Tanto más, cuanto que la enfermedad —como el mal, como el amor, como todo lo que pone en juego la totalidad de la existencia humana— tiene siempre para el hombre, hasta para el hombre secularizado, un secreto *quid sacrum*. Los antiguos llamaron «enfermedad sagrada» a la epilepsia. Desde su piedad ilustrada y «fisiológica», los médicos hipocráticos hicieron notar que todas las enfermedades son igualmente «sagradas», porque todas pertenecen a la naturaleza, a la divina *physis*. Cualquier hombre podría decir lo mismo, aunque su mente se halle a cien leguas del radical naturalismo de los antiguos griegos. En la medida y en la forma que sean, la enfermedad es siempre más o menos «sagrada» para quienes la sufren y la conviven; y lo es en el doble, ambivalente sentido que en latín posee el adjetivo *sacer*, porque la realidad del accidente morboso se nos muestra a la vez «sacra» y «execrable». En cuanto la enfermedad es de algún modo sacra y en cuanto el acto de atenderla tiene por esencia carácter ético, la relación médica posee en su constitución un momento inequívocamente religioso.

He aquí, pues, la estructura de la r. m.-e. Metafísica y psicológicamente implantado en su fundamento genérico (el binomio menester-amor), el fundamento específico de esa relación —con otras palabras: la vinculación resultante del encuentro entre el enfermo y el médico, cualquiera que sea la situación histórica y social de uno y otro— se realiza plenamente y se expresa en cuatro direcciones principales: una cognoscitiva, el diagnóstico; otra operativa o modificadora, el tratamiento; otra afectiva, llámese «amistad médica» o «transferencia»; otra, en fin, ética y religiosa; y todas ellas deben ser estudiadas distinguiendo metódicamente en su realidad su condición cuasi-diádica —lo cual no será posible sin cierta violencia abstractiva, porque el hombre nunca deja de ser *zôon politikón*— y su condición social. Pienso que sólo así podrá entenderse con cierta suficiencia la variación de la relación médica en el curso de la historia y, por supuesto, lo que esta relación interhumana en sí y por sí misma es.

PRIMERA PARTE

HISTORIA DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO

Fiel a un hábito mental muy arraigado en mí y muy claramente perceptible en varios de mis libros [1], procuraré hacer del conocimiento histórico presupuesto del conocimiento sistemático —la «historia como sistema» del epígrafe y el programa de Ortega—, y consagraré esta Primera Parte al estudio de las principales vicisitudes que la relación entre el médico y el enfermo ha experimentado en la historia del mundo occidental. Por las razones que luego indico, he prescindido de examinar los modos de la vinculación terapéutica anteriores a la Grecia clásica.

El capítulo primero va dedicado al estudio de la relación médica en la antigua Grecia. Más precisamente, en el período hipocrático de la medicina griega. Antes de este período —inaugurado, según los documentos de que disponemos, por los pitagóricos de Crotona, y no por los asclepíadas de Cos—, la medicina helénica era empirismo y teurgia; después de él, el astillamiento de la patología en escuelas y la emigración de los médicos helenísticos a la metrópoli romana modifican la figura del diagnóstico y otorgan nuevo marco social al ejercicio del arte de curar, pero no alteran de manera sustancial los presupuestos y la doctrina de la vinculación entre el médico y el paciente. Nada más distante, a primera vista, que la relación médica de Galeno con el emperador Marco Aurelio y la visita de Hipócrates a los oscuros Filiscos y Silenos de sus historias clínicas. Con su genial, pero incipiente saber técnico, Hipócrates actúa en cualquier villorrio de la costa jónica. Seiscientos años más tarde, ya en posesión de un saber amplio y sistemático, Galeno practica su arte en los palacios de Roma. No creo, sin embargo, que uno y otro discrepasen mucho en su personal interpretación de la *philía iatrikê* o «amistad médica».

---

[1] *La historia clínica, La espera y la esperanza, Teoría y realidad del otro.*

La novedad, fundamental novedad, llegará con el cristianismo. Durante los primeros siglos de su existencia histórica —más precisamente, desde la predicación del Evangelio hasta el siglo XIV—, el cristianismo no modifica técnicamente la medicina antigua: los médicos cristianos diagnostican y tratan, en el mejor de los casos, como los médicos de la Antigüedad griega. Pero su religión ha cambiado radicalmente la idea de la relación amistosa entre hombre y hombre, y este cambio va a conceder realidad y figura inéditas a la *philanthrôpía* médica, y por tanto a la relación entre el terapeuta y el enfermo. El capítulo segundo de esta Primera Parte estudia la práctica y la concepción cristianas de tal relación, a través de las tres principales situaciones históricas por que el cristianismo ha pasado hasta ahora: el cristianismo primitivo o preconstantiniano, el cristianismo medieval y el cristianismo moderno.

En el tránsito de la Baja Edad Media al mundo moderno, el cristianismo inicia una actitud nueva frente a la técnica. Para el pensador cristiano del siglo XIII, el «arte» —la *tékhnê* helénica— es, muy helénicamente, *recta ratio factibilium*, «recta razón de las cosas que pueden hacerse»; pero en cuanto el hombre sienta y piense con explicitud y vigor que él es imagen y semejanza de un Ser infinitamente poderoso, y por tanto, que nada para él hay en el orden cósmico que *en principio* posea una «necesidad absoluta», los límites de lo «factible» van a dilatarse ante su mente y bajo sus manos de un modo a la vez progresivo e indefinido. Así nace la actitud mental del hombre moderno frente al cosmos, y así nacerá poco después la ingente aventura de la técnica moderna. La relación entre el médico y el enfermo, que ya era nueva desde un punto de vista ético, podrá comenzar a serlo también desde un punto de vista técnico.

A partir del siglo XVIII, la sociedad occidental se seculariza. Hombres cristianos y hombres secularizados conviven en su seno; y siendo unas veces protagonista de la hazaña el hombre cristiano, y otras, acaso las más, el hombre secularizado, unos y otros van a dar incipiente y paulatina realidad secular, mundana, a las tres principales novedades que el cristianismo trajo a la relación médica: la novedad técnico-cosmológica (elaboración de una técnica diagnóstica y terapéutica en que el hombre se siente ser y es efectivamente superior a la necesidad del orden cósmico), la novedad ético-social (proyecto y empresa de abolir para siempre y por doquiera la oposición entre una «medicina para

ricos» y una «medicina para pobres») y la novedad ético-personal (valoración inédita del amor como agente terapéutico y —en la medida de lo posible— tecnificación de la relación amorosa bajo forma de psicoterapia). Tales son los motivos que constituyen el nervio de la relación médica en los siglos XIX y XX, a la cual va dedicado el capítulo tercero y último de la parte histórica de este libro.

CAPITULO I

LA RELACION MEDICA EN LA GRECIA CLASICA

Primero en las colonias griegas de Jonia y Sicilia, luego en el seno de la metrópoli ateniense, durante los siglos VI y V antes de J. C. va a acontecer el hecho más importante de la historia universal del saber médico, y uno de los verdaderamente decisivos en toda la historia de la vida humana: la constitución de la medicina como «técnica». La relación médica gana con ello un nivel nuevo, canónico ya para la medicina ulterior. Vamos a estudiarlo con algún detalle. Pero acaso no sea inútil examinar previamente los modos de la relación sanadora que en Grecia y en todo el planeta precedieron al instaurado por Alcmeón de Crotona y los asclepíadas hipocráticos.

Desde el paleolítico hasta esa decisiva hazaña de la Grecia clásica, tres han sido, a mi juicio, los tipos cardinales de la relación sanadora: la ayuda espontánea, la curación mágica y el tratamiento empírico.

Llamo *ayuda espontánea* a la que se presta al enfermo siguiendo el «instinto de auxilio» que ingénitamente opera en el alma humana normal, y sin recurrir a usos tradicionales ni a ritos mágicos. La madre que aprieta contra su regazo al hijo febricitante, y le sustrae así a la inclemencia del aire ambiente, la niña que apoya su mano, con ánimo protector, sobre la región doliente del cuerpo de su hermano, practican sin saberlo este primario modo de la relación sanadora. La ayuda así prestada es, por supuesto, espontánea: a la vista del semejante enfermo, el impulso de que ella procede brota sin deliberación en el alma, como de la vena herida brota la sangre.

Una vez dicho lo que precede, debe sin demora añadirse que tal «espontaneidad» de la reacción no implica verdadera «necesidad», y esto por tres razones principales: 1.ª Lo que el espectáculo de un hombre enfermo inmediatamente suscita en el ánimo de quien lo contempla no

es un puro movimiento de ayuda, sino una actitud ambivalente, en cuyo seno se articulan y entre sí pugnan el ya mencionado «instinto de auxilio» —real, sin duda alguna— y una tendencia no menos primaria al abandono del enfermo. Hasta en el caso del ser más querido, la enfermedad nos llama y nos repele; y ambos movimientos, el que nos lleva hacia el enfermo y el que nos aparta de él, son igualmente espontáneos. Lo cual indica que ese instinto de auxilio sólo puede prevalecer en nosotros merced a un acto de *decisión*. No de otro modo tuvo que comenzar la acción misericordiosa del Samaritano. 2.ª Algo más exige la operación de ayuda. A la decisión de reprimir la tendencia al abandono del enfermo y dar vía libre al instinto de auxilio debe acompañar —más o menos lúcidamente vivido— un acto de *apropiación*. Con él la tendencia se convierte en volición, y quien en sí mismo vive la interior hegemonía del instinto de auxilio puede decir que éste es verdaderamente «suyo». 3.ª La efectiva ejecución de la ayuda al enfermo pide, en fin, porque de otro modo no sería operación humana, un acto de *proyección*, un proyecto más o menos expreso y articulado de los movimientos en que tal ayuda va a consistir. Enseñó Demócrito (Diels-Kranz, frs. 276 y 278) que los impulsos naturales del hombre no llegan a ser plenamente «humanos» si no quedan configurados por ciertos *nómoi* o convenciones, y así lo muestra nuestro análisis de la ayuda espontánea al semejante enfermo. Más o menos conscientemente, según el caso y la persona, la espontaneidad del hombre es siempre una actividad por él decidida, apropiada y proyectada.

Con su carácter a la vez elemental y rudimentario, la ayuda espontánea es fundamento y germen de la relación médica. Lo es desde el punto de vista histórico, porque así debió de comenzar la asistencia al enfermo en los remotísimos albores de la humanidad, cuando aún no se había iniciado la Edad que solemos llamar «de Piedra». Lo es, además, desde un punto de vista óntico, porque la más refinada ayuda técnica a un enfermo —la ablación de un tumor cerebral o una cura psicoanalítica— no sería en rigor «médica» si no llevase en su seno, como fino nervio vivificador, la apropiación, por parte del terapeuta, de esa tendencia al auxilio de quien padece enfermedad.

No sabemos cuándo y cómo los hombres comenzaron a emplear maniobras de carácter mágico para resolver los problemas importantes de su vida. Es lícito en cualquier caso pensar que la *curación mágica* de las enfermedades constituye una invención humana relativamente tardía,

porque su vigencia parece ser nula o muy escasa en las culturas más «primitivas». Sea de ello lo que quiera, la práctica de la magia terapéutica —entendida tal expresión en su sentido más lato— prevalece ampliamente entre los actuales pueblos primitivos, y a manera de reliquia supersticiosa subsiste viva en las zonas inferiores de no pocas sociedades civilizadas.

La estructura de la operación mágica consta en esencia de tres ingredientes: una realidad que se reputa modificable (en el caso de la curación mágica, un enfermo), unos poderes capaces de modificarla (poderes misteriosos, sobrehumanos y, en principio, ilimitados) y un recurso para movilizar esos poderes al servicio de la modificación que se desea. Tal recurso puede adoptar, a su vez, tres formas principales: la «virtud» que personal y estamentalmente posee un hombre determinado (brujo, hechicero, chamán, mago o *medicine-man*), la presunta eficacia transformadora de una fórmula o un rito (la *epôdê* helénica, el «Sésamo» de las consejas arábigas; más genéricamente, el ensalmo o el conjuro) y el especial privilegio de ciertos lugares geográficos, como Epidauro y la Isla Tiberina [1]. La realidad, en suma, quedaría modificada por la decisiva mediación mágica de un «quién», un «cómo» o un «dónde».

Consideremos especialmente la curación mágica por obra de un «quién». Bien en relación inmediata con el enfermo, bien desde lejos de él, el sanador pone en práctica sus recursos mágicos e intenta modificar la realidad del enfermo en el sentido de la salud. ¿Logrará su propósito? Para los creyentes en la eficacia de la ceremonia mágica, un fracaso de ésta debe ser atribuído a la impureza del hechicero o del enfermo, a un defecto en la ejecución del rito o a un incalculable capricho, valga la expresión, de las potencias —divinas o cuasi-divinas— dispensadoras del «poder» mágico; de otro modo el buen éxito sería seguro, porque se cree que en principio ese poder carece de límites. La noción de «lo imposible» es ajena a la mentalidad mágica.

Lo cual, ya en orden a nuestro actual problema, permite comprender las dos principales notas negativas de la relación entre el sanador mágico —acéptese tal expresión— y el enfermo a que atiende. Esa relación no puede ser personal, porque el hechicero no «posee» realmente los poderes que administra, no puede en rigor contar con ellos. Su camino hacia el manejo de los poderes mágicos —siempre aleatorio, como aca-

[1] Véase mi libro *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica* (Madrid, Revista de Occidente, 1958). En él se hallarán amplias indicaciones bibliográficas.

bamos de ver— no es el aprendizaje formativo, sino la iniciación. Y, por otra parte, la relación entre el hechicero y el enfermo no puede ser amistosa. Es cierto que la amistad lleva consigo una creencia en el amigo; es cierto asímismo que el enfermo que de buena fe se somete a un rito mágico cree en la «virtud» del hechicero; pero esta creencia en modo alguno es equiparable a la de quien dice a su amigo «Te creo» o «Creo en tí». El enfermo cree que el hechicero posee por modo incierto la virtud de manejar un poder ajeno a él, ilimitado e incalculable. Decir a un amigo «Creo en tí» supone, en cambio, no creerle capaz de todo, admitir su límite, esperar de él lo de él esperable: sólo no creyéndole capaz de todo puede creerse en el amigo. Por esto el hechicero no suscita amistad entre sus creyentes y adeptos, sino un sentimiento en el cual se combinan ambivalentemente la veneración y la aversión.

La tercera de las formas no técnicas de la ayuda al semejante enfermo es el *tratamiento empírico*, consistente en repetir sin reflexión causal—sin previa ni ulterior preocupación acerca del «por qué» de su eficacia sanadora— una práctica curativa descubierta por azar, que en ocasiones semejantes pareció mostrarse útil. No es infrecuente en las culturas primitivas la asociación del empirismo a la magia; mas tampoco lo es la existencia de empíricos «puros» entre los curanderos de las sociedades semicivilizadas: el pastor que sabe entablillar un miembro fracturado, el herbolario que conoce las propiedades terapéuticas de tales o cuales hierbas. Y apenas será necesario decir que dos de los principales motivos de la relación médica propiamente dicha —en el paciente, la confianza amistosa; en el terapeuta, la amistad auxiliadora— se dan *in nuce* en la que se establece entre un empírico honesto y el enfermo por él atendido. ¿Qué otra cosa sino hábiles empíricos fueron, valga su ejemplo, Ambrosio Paré y los litotomistas de los siglos XVI y XVII?

Bien distinta de la medicina mágica y de la medicina puramente empírica va a ser la *medicina técnica* que durante los siglos VI y V antes de J. C. inventaron los griegos coloniales. Sería impertinente exponer aquí con detalle cómo en la Grecia arcaica van formándose los supuestos históricos y los hábitos intelectuales que hicieron posible la aparición de este decisivo modo de practicar la ayuda médica [2]. Debo limitarme a indicar muy

[2] Diré tan sólo que en ese proceso son motivos principales: la nativa peculiaridad del pueblo helénico (naturalismo indoeuropeo, vivacidad para la observación del mundo exterior, gusto por lo nuevo, pasión por la palabra), la situación histórica y social de los griegos coloniales, obligados a hacer su vida lejos del tronco de las

sumariamente las cuatro nociones que a mi juicio dan fundamento último a la medicina hipocrática:

1.º Idea de la *physis*. Las propiedades o virtudes de las cosas (sus *dynámeis*) dependen de un principio de operaciones que está en las cosas mismas, su *physis* o «naturaleza»; por otra parte, todas las *physeis* o «naturalezas» particulares (la del roble, la del caballo, la del mineral, la del hombre) no son sino configuraciones diversas de un principio de operaciones común, la unitaria *Physis* universal. El libro I de las *Epidemias* hipocráticas (L. II, 670) distinguirá entre la «naturaleza propia de cada cosa» *(idiê physis ekástou)* y la «naturaleza común de todas las cosas» *(koinê physis apántôn)*; si se quiere, entre la *physis* y la *Physis*. La cual fue para los pensadores griegos una realidad universal, unitaria, principial, fecunda, armoniosa, ingenerada, interminable, soberana y divina [3].

2.º Cognoscibilidad de la *physis*. Siendo soberana y divina, la *physis* es en alguna medida razonable. Todo lo que nace y acontece, había dicho el viejo Heráclito, ocurre *katà ton lógon* (Diels-Kranz B 1); por tanto, según una secreta «razón» inscrita en el seno mismo de la *physis*. Tal sería el fundamento de la cognoscibilidad de la *physis* por la «razón» del hombre, por su *lógos*, y en definitiva el principio de la *physiología* o saber racional, —científico— acerca de la *physis*. La ciencia «fisiológica» del hombre, basada sobre la observación, la experimentación y el raciocinio, no puede agotar, claro está, la realidad inagotable de la divina *physis*, pero en alguna medida nos permite conocer la constitución y las regularidades de ésta. «Potencia» *(dynamis)*, «elemento» *(stoikheion)*, «parte orgánica» *(mórion)* y «humor» *(khymós)* son los conceptos básicos de la *physiología* médica griega.

---

tradiciones metropolitanas, y la decisiva influencia religiosa e intelectual del orfismo. La operación conjunta de estos tres motivos determina el tránsito desde el mundo de Homero y Hesiodo al mundo de Tales y Anaximandro, del cual son pronta expresión médica Alcmeón de Crotona (en la zona colonial de la Magna Grecia) e Hipócrates de Cos (en la zona colonial del Egeo y del Asia Menor). Las historias de la cultura griega (Burckhardt, Kranz, Nestle, Jaeger, Howald, Gigon, etc.) darán información más precisa acerca del tema.

[3] Más detalles en mi estudio «Ciencia helénica y ciencia moderna: la *physis* en el pensamiento griego y en la cosmología postmedieval», publicado en *Actas del II Congreso Español de Estudios Clásicos* (Madrid, 1962), y, por supuesto, en los trabajos de los filólogos que desde Fredrich *(Hippokratische Untersuchungen*, Berlín, 1899) han explorado el fundamento filosófico e histórico del *Corpus Hippocraticum* (Deichgräber, Diller, Nestle, Capelle, Jones, Miller, Edelstein, etc.). Permítaseme remitir a la bibliografía consignada en mi libro antes citado *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica.*

3.º Idea de la *tékhnê*. Puesto que la *physis* es en alguna medida cognoscible, en alguna medida serán susceptibles de ayuda y gobierno sus movimientos y operaciones. Esta aprendida capacidad del hombre para ayudar a la naturaleza en la ejecución de sus movimientos, y en determinados casos para perfeccionarla y suplirla, recibió de los griegos el nombre de *tékhnê*, y de los latinos el de *ars*. La acción «técnica» o *secundum artem* requiere, pues, un conocimiento previo y ya científico de la naturaleza de aquellas realidades sobre que ha de operar: cuerpos enfermos y remedios terapéuticos, en el caso de la *tékhnê iatrikê* o *ars medica*. La mente del terapeuta no se atiene ahora a la presunta virtud sanadora de un «quién», un «cómo» o un «dónde», como en el caso de las curaciones mágicas, ni a la sólita y no reflexiva rutina de los tratamientos empíricos, sino a la realidad comprobable del «qué» de las cosas —lo que las cosas por su propia naturaleza son— y del «por qué» de las acciones. El concepto general y la causa, conocidos mediante la observación rigurosa y el raciocinio, se constituyen así en fundamento de la operación terapéutica, y el médico deja de ser curandero, hechicero o mago, y para siempre se eleva a la condición de *tekhnítês* o «técnico» de la medicina [4].

4.º Idea de un doble modo en la «necesidad» de la naturaleza. Para que la naturaleza sea humanamente razonable —para que el *lógos* de la *physis* pueda ser objeto de una *physio-logía*—, sus movimientos han de producirse sometidos a cierta necesidad. Si el Sol no saliera «necesariamente» por tal lugar del universo, si las piedras no cayesen hacia el suelo «por necesidad», si el tránsito del frío del invierno al calor del verano no acaeciese por modo «necesario», no sería posible una ciencia «fisiológica». Pero basta un punto de reflexión para advertir que la necesidad de las cosas que ante nosotros suceden puede adoptar dos modos principales. Hay, en efecto, cosas que son pudiendo no haber sido: si tal enfermo no hubiese llegado a ingerir cierto alimento averiado, no habría adquirido su enfermedad; mas habiéndolo ingerido, la aparición de esa enfermedad es de algún modo inevitable, necesaria. Este modo de la necesidad fue llamado por los griegos *tykhê*, «azar» o «fortuna». Hay, por otra parte, cosas que son inexorablemente, que no pueden no ser; por ejemplo, que el Sol salga por oriente y se ponga por occidente, que las piedras pesen, que determinadas enfermedades surjan y sean incurables o mortales. A este modo absoluto de la necesidad dieron los griegos

[4] Pronto habré de considerar más detenidamente la idea helénica de la *tékhnê*.

el nombre de *anánkê*, y es la «necesidad» por antonomasia. La *physiología*, consistirá por lo pronto en saber, frente a una parcela de la naturaleza, lo que en ella sucede «por necesidad» *(kat'anánkên)* y lo que acaece «por azar» *(katà tykhên)* [5].

Sobre el fundamento de esa sobria religiosidad «fisiológica» y de estas venerables nociones filosóficas —*physis*, *physiología*, *tékhnê*, *anánkê*, *tykhê*— fue levantándose en la Grecia colonial la medicina que hoy solemos llamar hipocrática. No debo estudiar aquí su génesis, desde que Alcmeón de Crotona inicia en Sicilia la concepción «fisiológica» de la enfermedad, ni sus diversas orientaciones, ni la sucesiva cristalización doctrinal de éstas en los escritos del *Corpus Hippocraticum*. Nuestro problema, mucho más concreto, consiste en saber cómo la relación médica se configuró realmente y cómo fue teóricamente concebida dentro de este modo ya «técnico» de practicar y entender la medicina. ¿Cómo en la Grecia clásica se relacionaron entre sí el enfermo y el médico? ¿Cómo los asclepíadas hipocráticos y los pensadores griegos entendieron esa relación? Más precisamente: ¿cómo los diversos momentos constitutivos de la relación médica antes enumerados se llenaron de contenido real e intelectual en la Grecia de los siglos v y iv antes de J. C.?

I. FUNDAMENTO DE LA PRACTICA HIPOCRATICA: LA «PHILIA» MEDICA

I. La peculiar vinculación que entre hombre y hombre establece el acto terapéutico se halla constituída, como sabemos, por dos movimientos concurrentes y complementarios: el que va del enfermo hacia el médico y el que va del médico hacia el enfermo. No será necesario subrayar de nuevo la indudable diferencia cualitativa entre uno y otro. Pero sí es necesario decir que, pese a tan clara diferencia, el genio griego tuvo el penetrante acierto de bautizarlos con un mismo nombre: a uno y a otro les llamó genéricamente *philía*, «amistad». «El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad», dice Platón en el *Lisis* (217 a). «Donde hay *philanthrôpiê* (amor al hombre en cuanto hombre), hay también *philotekhníê* (amor al arte de curar)», proclama una famosa sentencia,

[5] Sobre los distintos modos de entender helénicamente la «necesidad» *(moira, anánkê, tykhê*, etc.) y sobre la significación médica de la *anánkê physeôs*, véase «La enfermedad como experiencia», en mi libro *Ocio y trabajo*, y lo que más adelante se dice.

helenística ya, de los *Praecepta* hipocráticos (L. IX, 258). Amistad del enfermo con el médico, amistad del médico con el hombre *in genere*, y por tanto con el enfermo, amistad del médico respecto de su arte. Antes que ayuda técnica, antes que actividad diagnóstica y terapéutica, la relación entre el médico y el enfermo es amistad, *philía*; lo cual, con su aparente y satisfactoria simplicidad, nos plantea tres delicados problemas hermenéuticos: qué fue la amistad para el hombre griego; qué figura cobró esa amistad en el alma del enfermo helénico, cuando éste veía en el médico a su «amigo»; cómo en el alma del asclepíada se articularon armónicamente la *philanthrôpiê* y la *philotekhníê*, el amor al hombre y el amor al arte. Sin resolver con cierta precisión estos tres problemas, no nos será posible entender de veras lo que en la antigua Grecia fue la relación entre el médico y el enfermo.

Para apresar la idea helénica de la amistad, dos caminos se nos ofrecen: descubrir y analizar, por una parte, las «amistades» —históricas o legendarias— que los mismos helenos juzgaron paradigmáticas; perseguir, por otra, lo que la *philía* fue en la mente de los pensadores y los poetas griegos que de ella nos hablan. Dos arduas tareas filológicas, que sólo rápida y parcialmente puedo ahora cumplir.

Cuando un griego quería ponderar lo que es la verdadera relación amistosa —una relación interhumana de carácter más «fílico» que «erótico»—, solía recurrir a uno de estos cuatro ejemplos: la amistad a que en la *Ilíada* alude Diomedes, cuando va a dar comienzo a su *aristeia*; la que en ese poema homérico une a Aquiles y Patroclo, y en el mito micénico a Orestes y Pílades; la que en la Atenas pisistrática vinculó a Harmodio y Aristogitón.

Frente a Troya, Diomedes va a hacer una descubierta en territorio enemigo, y dice: «Cuando van dos juntos, uno se anticipa al otro en advertir lo que conviene; cuando se está solo, aunque se piense, la inteligencia es más tarda y la resolución más difícil» (II. X, 224). «Dos marchando juntos». Directamente apoyado su pensamiento sobre la letra del texto homérico, esto viene a ser la amistad para Aristóteles en el preámbulo de su inmortal análisis de la relación amistosa (*Eth. Nic.* VIII, 1156 a). Diomedes escoge a Ulises como camarada y amigo para el cumplimiento de su hazaña; y lo hace —tengámoslo muy en cuenta— movido por las peculiares cualidades del laertíada.

Todavía más famosa y proverbial fue —y sigue siendo— la amistad entre Aquiles y Patroclo. «El fiel amigo a quien yo apreciaba sobre todos

los compañeros, y tanto como a mi propia cabeza», dice Aquiles de Patroclo (*Il.* XVIII, 80). Y cuando aquél, rendido por el esfuerzo de rescatar el cadáver de su amigo, siente que el sueño le invade, oye en torno a sí la voz del alma del muerto: «¿Duermes, Aquiles, y me tienes olvidado? Te cuidabas de mí mientras vivía...» (*Il.* XXIII, 69-70). La relación amistosa se muestra ahora como fidelidad, aprecio —el exigente imperativo de apreciar al amigo tanto como a uno mismo— y mutuo cuidado [6]; y otro tanto cabría decir de la que hizo posible la común aventura de Orestes y Pílades.

No menos brilla la fidelidad en la amistad ejemplar que unió a Harmodio y Aristogitón, cuando aquél fue ofendido por Hipias, hermano del tirano Hiparco, y los dos amigos murieron luchando contra la opresora tiranía del hijo de Pisístrato. Al recuerdo de Harmodio y Aristogitón recurre Platón para indicar con un ejemplo preclaro lo que debe ser la relación amistosa (*Banq.*, 182 c). Y como Platón, tantos y tantos más, griegos o devotos de lo griego [7].

Pero acaso la lectura atenta de la reflexión nos ilustre ahora más que la contemplación del paradigma. Acaso el pensamiento helénico acerca de la amistad sea más elocuente que la vida misma de los griegos, para decirnos lo que la *philía* helénica fue. Cuando el pensamiento del hombre es a la vez profundo y verdadero, ¿qué otra cosa es sino vida hecha palabra o, como diría Platón, «secreto diálogo del alma consigo misma»?

Los tres máximos pensadores del mundo helénico, Sócrates, Platón y Aristóteles, vieron en la amistad un tema de reflexión intelectual tan fecundo como sugestivo. Nada importó a Sócrates tanto como la amistad. Conversando un día con Lisis y Menéxeno en la palestra de Miccos, dice a sus interlocutores en un rapto confesional: «Una cosa he deseado siempre. Cada hombre tiene su pasión: unos los caballos, otros los perros, otros el oro o los honores. En cuanto a mí, todas esas cosas me dejan frío;

[6] ¿Tuvo carácter homosexual la amistad entre Aquiles y Patroclo? Su dual relación ¿fue un caso más, especialmente intenso y famoso, del «amor dorio»? Con muy buenas razones lo niega J. S. Lasso de la Vega en su excelente trabajo «El amor dorio», *El descubrimiento del amor en Grecia* (Madrid, 1959), págs. 64-65. Véase también E. Curtius, «Die Freundschaft in Alterthum» en *Alterthum und Gegenwart*, I, 4.ª ed. (Berlín, 1892), págs. 187-188, y L. Dugas, *L'amitié antique d'après les moeurs populaires et les théories des philosophes* (París, 1894).

[7] Me parece indudable la existencia de un componente homosexual en la amistad entre Harmodio y Aristogitón. Muy significativamente, Platón llama *philía* al afecto de Harmodio y *érôs* al de Aristogitón (*Banq.*, 182 c).

en cambio deseo apasionadamente adquirir amigos, y un buen amigo me contentaría infinitamente más que la codorniz más linda del mundo, que el más hermoso de los gallos, e incluso —Zeus es testigo— que el mejor de los caballos o de los perros. Podéis creerme: preferiría un amigo a todos los tesoros de Darío. Tan grande es mi avidez de amistad» (Platón, *Lisis*, 211 e). Fiel en esto a su maestro, Platón meditará atenta y reiteradamente acerca de la *philía*. Y Aristóteles, socrático y platónico —en este caso, al menos— bajo su propia genialidad, no se conformará sino diciendo que la amistad «es lo más necesario para la vida» (*Eth. Nic.* VIII, 1155 a 4.)

Platón distingue muy expresamente el amor *(érôs)* y la amistad *(philía)*. Admeto, esposo de Alcestis, siente por ésta amor y amistad, dice Fedro en su discurso del *Banquete* (179 c). En el *Fedro* (237 c) es ampliamente discutida la cuestión de si es con el que nos ama eróticamente (con el erasta) o más bien con el que no nos ama con quien debe trabarse amistad; y en ese mismo diálogo se lee: «Si hubieses de elegir al mejor de los amantes, sólo entre pocos podrías hacer tu elección; mientras que si buscas al que pueda serte (amistosamente) útil (al *khrésimos*) elegirás entre muchos, de suerte que podrás tener más esperanzas de encontrar entre ellos un hombre digno de tu amistad» (231 e) [8]. No hay duda: para Platón, la *philía* no coincide, sin más, con el *érôs*. Pero ello no es óbice para que entre uno y otro exista en la mente platónica una íntima conexión, a la vez genética y esencial.

El *erôs*, en efecto, es causa de *philía*. Las violencias entre los dioses del Olimpo, dice Agatón en el *Banquete*, «no hubieran acontecido si Eros se hubiese hallado entre ellos; habría habido (desde el comienzo) más bien paz y amistad, como acaece desde que sobre los dioses reina Eros» (195 c); y cuando el educador por vocación, el hombre animado por un intenso *érôs* pedagógico, encuentra en su camino un alma bella —y más si ésta pertenece a un bello cuerpo— no tarda en sentir que la amistad nace en la suya (*Banq.* 209 b c). El *érôs* se realiza anímica y socialmente como *philía*; «el amado (el erómeno) es por naturaleza *(physei)* amigo del amante (del erasta)», enseña el *Fedro* (255 a) [9]. Y así como el *érôs*, reali-

[8] El amante —dice otro texto del *Fedro* (255 c)— llama al amor recíproco del amado (al *antéros*), no amor, sino amistad. Recuérdese que Platón, en el *Banquete*, llama *érôs* al afecto de Aristogitón (con toda probabilidad, el erasta de esta relación amistosa) y *philía* al de Harmodio (el erómeno).

[9] Lo mismo en otros pasajes: «la amistad del amante» ofrece al amado grandes dones (*Fedro*, 256 e); el amado mejora «por obra de la amistad del amante» (*Banq.* 185 a).

zándose en el erasta, es causa de *philía*, la *philía*, a su vez, puede y debe ser llamada *érôs* cuando gana suficiente intensidad en el alma de quien la siente. Netamente lo afirma este texto de las *Leyes*: «Llamamos amigo, por una parte, a lo que se asemeja mutuamente en virtud, a lo que es igual a su igual; mas también es posible ser amigo del rico y del pobre, aunque estos sean de género contrario; y cuando uno o el otro de estos sentimientos se hace vivo, entonces le llamamos amor» (837 b). El amor erótico sería, según esto, una amistad especialmente viva. No olvidemos la ambitendencia sexual del *érôs* en Grecia y la plena vigencia social de la homosexualidad viril en la Atenas de Platón y en casi toda la obra platónica [10].

Con ello se hace patente la profunda conexión entre el *Lisis*, diálogo juvenil consagrado a esclarecer la esencia de la *philía*, y los dos grandes diálogos que en su madurez dedicará Platón al problema del *érôs*, el *Fedro* y el *Banquete*. La amistad, enseña el *Lisis*, tiene su raíz última en la secreta relación de parentesco o de familia *(tó oikeion)* que enlaza entre sí a los amigos: «Un cierto parentesco basado en la naturaleza (*tó physei oikeion)* produce necesariamente *(anankaion)* la amistad» (*Lisis*, 222 a). ¿Cuál podrá ser la consistencia radical de este «parentesco»? La verdad es que en cualquier amistad particular uno es amigo de algo que no se realiza íntegra y acabadamente en el amigo. Si lo amistoso se realizase en un amigo de manera íntegra y acabada, en él se saciaría para siempre nuestro apetito de amistad. No es así, y esto nos obliga a elegir entre dos hipótesis: una inacabable referencia sucesiva de la amistad a algo siempre distinto del ser al que se llama «amigo», una progresión sin término verdadero, o la realidad fundamental y definitiva de un *prôton phílon*, de lo «protoamistoso» o «protoamable», si vale decirlo así; algo radical y último, en vista de lo cual decimos que es amigo aquello que verdaderamente lo es (*Lisis*, 219 c). *Arkhaía physis*, «naturaleza originaria», llama también Platón a este *prôton phílon* (*Banq.* 193 c). Preludiando su ulterior doctrina de las Ideas, Platón —no es difícil verlo— da ahora del nombre de *prôton phílon* a la idea del Bien, al Sumo Bien.

¿Cuál habrá de ser la relación del alma con el *prôton phílon*? Según Platón, esa relación tiene doble y coincidente sentido. En el plano de lo sensible es una vehemente aspiración, un arrebato ascendente del no

[10] Véase el trabajo de J. S. Lasso de la Vega antes citado, y también el del mismo autor titulado «El eros pedagógico de Platón», en *El descubrimiento del amor en Grecia*. Trátase de una brillante y certera exégesis de la idea platónica del *érôs*.

ser al ser, de la privación a la plenitud; en su realidad profunda, un regreso benéfico, un retorno del alma a su «naturaleza originaria» (*Banq.* 193 c; *Fedro*, 249 d y sigs.). Lo cual nos hace ver el carácter congénere de la *philía* y del *érôs*, bajo la indudable diversidad de su primera apariencia, y consiguientemente la razón por la cual el *érôs* engendra *philía* y la *philía* puede llegar a convertirse en *érôs*. Si la *philía* es fruto del *érôs*, ese originario impulso hacia la perfección y el bien en que el *erôs* consiste, late y opera en la raíz misma de la *philía* [11].

En suma: en la mente de Platón, la amistad es radical familiaridad natural entre el amigo y el amigo, deseoso movimiento del alma hacia la suma perfección del amigo y, con él, de uno mismo, retorno del amigo y de uno mismo a la íntegra y perdida naturaleza originaria de ambos. Meta de la amistad es, por consiguiente, *la perfección de la naturaleza humana en las individuaciones de esa naturaleza que son los amigos.*

¿Discrepará Aristóteles de su maestro en cuanto a la esencia de la amistad? Con su idea de la *prôtê philía* —tan próxima, hasta fonéticamente, al *prôton phílon*—, el Aristóteles juvenil de la *Etica a Eudemo* se mueve todavía muy dentro del pensamiento platónico. Todas las formas particulares de la amistad hacen referencia a una «primera amistad» o «protoamistad», y en ella descansan; son, pues, realizaciones parciales de la fundamental amistad que nos vincula con la Idea del Bien, con el Bien absoluto. La *prôtê philía* no sería sino la participación amistosa del alma humana en la Idea del bien [12].

Mucho menos platónico parece ser el tan conocido análisis de la amistad que nos ofrecen los libros VIII y IX de la *Etica a Nicómaco*. Aristóteles deja ahora de nombrar la *prôtê philía*, y a través de muy distintos ejemplos típicos estudia la amistad como pura relación ética y psicológica entre el amigo y el amigo. Pero acaso traspasando esta primera apa-

---

[11] Acerca de la idea platónica de la amistad, véanse —aparte el artículo de J. S. Lasso de la Vega antes citado— los siguientes trabajos: F. Dirlmeier, Φίλος *und* φιλία *im vorhellenistischen Griechentum*, Diss. München, 1931; W. Ziebi, *Der Begriff der* φιλία *bei Plato*, Diss. Breslau, 1927; J. J. Verbrugh, *Ueber platonische Freundschaft*, Diss. Zürich, 1931; K. Glaser, «Gang und Ergebnis des platonischen Lysis», *Wiener Studien* 53 (1935), 47 ss.; P. G. M. J. Janssens, *Hoofbegrippen uit de platonischen Dialogen Lysis en Symposion*, Diss. Maastricht, 1935; P. Kienzl, *Die Theorie der Liebe und Freundschaft bei Platon*, Diss. Wien, 1941; A. Levi, «La teoría della philía nel Lisida», *Giornale di Metafisica*, 1950; Fr. Normann, *Die von der Wurzel* φιλ-*gebildcten Wörter und die Vorstellung der Liebe im Griechischen*, Diss. Münster, 1952.

[12] Véase el *Aristoteles* de W. Jaeger (Berlín, 1923), págs. 255-257.

riencia del análisis llegue a mostrársenos el Estagirita más fiel a su propia juventud y, en definitiva, a Platón. Veámoslo.

La *Etica a Nicómaco* discierne muy cuidadosamente la amistad de otros hábitos y afectos del hombre próximos a ella: la benevolencia o *eúnoia* (1166 b-1167 a), la unanimidad, concordia u *homónoia* (1167 a b), la beneficencia o *euérgeia* (1167 b), la mera afección o querencia amistosa, la *philêsis* (1157 b 27-31). Esta, la *philêsis*, es afección pasiva *(páthos)* y puede dirigirse hacia los seres inanimados; la *philía*, en cambio, es disposición habitual, hábito operativo del alma *(héxis)*, porque su ejercicio implica elección. Los amigos se desean recíprocamente el bien, no *katà páthos*, por pasión, sino *kath'héxin*, por hábito.

Más importante será para nosotros un rápido estudio de la actitud aristotélica ante el problema de la mutua relación entre el amor y la amistad, entre el *érôs* y la *philía*. En una primera instancia, la *Etica a Nicómaco* distingue limpiamente entre uno y otra. El *érôs*, nos dice, tiene su principio en el placer visual y la *philía* en la benevolencia (1167 a 4-5). Para los amantes el sentido más precioso es la vista; para los amigos, en cambio, lo preferible a todo es la convivencia (1171 b 30). Los amantes se complacen viéndose, afirma el moderado Aristóteles; los amigos, tratándose y oyéndose. La vista sería el sentido más propio de la *theoría* y del *érôs;* el oído, el sentido de la ética y la amistad. *Érôs* y *philía* parecen ser cosas muy distintas entre sí.

Una lectura más atenta nos obliga a rectificar esta primera impresión. Porque el *érôs*, dice por dos veces Aristóteles, es un grado extremo, una exageración *(hyperbolê)* de la *philía* (1158 a 11-12, 1171 a 12). El amante es para Aristóteles un amigo que exagera, y a tal razón psicológica hay que referir el hecho de que no pueda amarse eróticamente más que a una sola persona. El *érôs* vendría a ser, en suma, una amistad especialmente intensa a la que se añade un componente homo o heterosexual.

¿Qué es, pues, la amistad? Es lo más necesario para la vida, porque sin amigos nadie querría vivir, aunque poseyera todos los demás bienes (1155 a 4); es además algo hermoso y loable (1155 a 29); y en su forma perfecta (la *teleía philía*, 1156 b 7), cuando no se limita a perseguir egoístamente lo útil o lo agradable, consiste en querer y procurar el bien del amigo por el amigo mismo (1156 b 10-12, 1168 b 1-3).

Tres parecen ser, según la reflexión aristotélica, los principales supuestos de la amistad: la bondad en acto o benevolencia, la igualdad y la comunidad. Sin bondad no es posible la amistad perfecta (1156 b 7, 1166

b); en cuanto malo, el malo no es capaz de amistad. La amistad, por otra parte, es igualdad, *philótês isótês* (1157 b 35); al menos, igualdad proporcional: si un amigo es superior al otro, éste debe aventajarle en virtud (1158 a 35). La igualdad entre los amigos debe ser ontológica, ética, psicológica y social. Sin igualdad ontológica no es posible la reciprocidad; no cabe, pues, amistad con los dioses (1158 b 34), ni con el vino (1155 b 30), ni con los animales o los esclavos (1161 b 2). La amistad perfecta exige también igualdad ética: sólo entre hombres iguales en virtud es tal amistad posible (1156 b 7); y asimismo pide cierta igualdad psicológica (alguna semejanza en las actividades y en los gustos) y social (comunidad en el vivir, *koinônía*). La *koinônía*, en efecto, es «base de toda amistad» (1161 b 11), y por esto las amistades suelen surgir entre los parientes, entre los tripulantes de una misma nave, entre los camaradas de una misma campaña militar, etc.

Todo lo cual otorga fundamento suficiente para abordar el tema que aquí verdaderamente importa: la consistencia real de la vinculación amistosa. ¿En qué consiste la amistad? La respuesta de Aristóteles tiene ahora claras resonancias platónicas; otra vez surge en su prosa la idea de una relación de «familiaridad», de radical «parentesco» *(oikeion)* entre los amigos: «Puede verse en los viajes cuán familiar *(oikeion)* y amigo es el hombre para el hombre» (1155 a 21-22). Trátase, pues, de saber cuál es la índole de esa «familiaridad» que tan radicalmente presta fondo y savia a las diferentes amistades particulares.

No es escaso el número de éstas que la *Etica a Nicómaco* nombra o describe: la amistad entre jóvenes y entre viejos (1158 a), entre comerciantes o artesanos y clientes (1158 a, 1163 b 25-30), entre padres e hijos (1158 b, 1161 b), entre esposo y esposa (1158 b), entre gobernante y gobernado (1161 a), entre compañeros de navegación o de campaña (1159 b, 1161 b), entre parientes (1162 a), entre conciudadanos (1161 a b). En el caso de la amistad imperfecta son móviles la utilidad o el placer, y el amigo se atiene a lo que su amigo «tiene» (1164 a 10-11) o «hace»; en el caso de la amistad perfecta, en cambio, el móvil es el bien, y el amigo vive atenido a lo que su amigo «es». ¿Y qué «es» el amigo, desde el punto de vista de la relación amistosa? Si la amistad es *héxis*, hábito del alma, lo que constituye al amigo en cuanto tal será aquello que en él es fuente y resultado de sus hábitos; esto es, su «carácter» o *êthos*. La amistad perfecta se funda en el *êthos*, dice más de una vez Aristóteles (1164 a 11, 1165 b 8). El hábito de vivir en amistad va engendrando el carácter amis-

toso; éste, a su vez, se actualiza en amistades habituales y en sucesivos actos de amistad.

Las amistades por utilidad o por placer buscan *lo que* el amigo tiene o hace; la amistad perfecta se funda sobre *lo que* el amigo es. La diferencia entre aquéllas y ésta es bien patente. Pero algo tienen de común las tres especies de la amistad, algo que muy profunda y genéricamente pertenece a la idea aristotélica de la relación amistosa: el hecho de que, para Aristóteles, tal relación depende siempre de un *lo que*. Yo no soy ahora amigo de mi amigo por ser él *quién* es o *el que* es, sino por ser él *lo que* es. Aristóteles —como Platón, como todos los griegos— no sabe ver el ser personal, y así el *quién* de la persona queda en su mente reducido al *qué* unitario de la condición «natural» de cada individuo humano y a los diversos *qués* en que ese *quién* se realiza. La realidad propia del individuo humano es considerada desde una ontología del ser natural, no desde una ontología del ser personal. Naturaleza de una cosa es *lo que* en ella la hace ser como es; y esta es la secreta razón por la cual Aristóteles, bien significativamente, afirma que «el buen amigo es deseable por naturaleza» (1170 a 11-12).

Así viene a demostrarlo también la idea aristotélica del buen amigo. Es buen amigo aquél que ve en su amigo un duplicado de su propia realidad individual: *állos autós* (1166 a 31-32), *héteros autós* (1169 b 6, 1170 b 6); «otro yo», cabría decir, si no hubiese en ello el riesgo de inyectar en el pensamiento de Aristóteles el insoslayable sentido moderno de la palabra «yo» [13]. El buen amigo, por tanto, es para su amigo como para sí mismo [14], y es para sí mismo como para el amigo (1168 a 28 ss., 1169 b 2). Al amar al amigo se ama el bien propio (1157 b 32); y así el *philautos*, el hombre que rectamente se ama a sí mismo, demostrará serlo en el orden de hechos sacrificándose con alegría por sus amigos (1166 a 10 ss., 1169 a 12 ss.).

«Ama al prójimo como a tí mismo», dice uno de los más centrales preceptos evangélicos. ¿Será esto lo que con tanta instancia prescribe la *Etica a Nicómaco*? Sólo en apariencia. Lo que Aristóteles enseña es: «Si quieres ser buen amigo, a tu amigo has de amarle como a tí mismo»,

---

[13] Como es patente, *autós* (lo que una cosa es en sí y por sí misma) no coincide semánticamente con «yo».

[14] Es bueno absolutamente hablando —bueno en sí mismo— y bueno, por consiguiente, para su amigo (1156 b 13); tiene para el amigo la misma disposición que para consigo mismo (1170 b 5-6).

y esta sentencia difiere de la evangélica por dos razones principales. Una, patente: que Aristóteles habla de los «amigos» (en definitiva de algunos hombres), y el Evangelio del «prójimo» (en principio, de cualquier hombre). Otra, latente, pero no por ello menos real: que el principio de la comunidad amistosa es para Aristóteles la recíproca aspiración de los amigos al bien de su naturaleza, y por lo tanto —muy helénicamente— al Bien de la Naturaleza; al paso que el Evangelio ve el principio de esa comunidad en la condición a la vez natural y personal de cualquier hombre, y por tanto del hombre que por obra de amor va a quedar constituído en «prójimo» [15].

En suma: *la amistad aristotélica consiste en querer y procurar el bien del amigo, entendido éste como una realización individual de la naturaleza humana.* La meta de la amistad es, pues, la perfección de la naturaleza. La *prôtê philía* de la *Etica a Eudemo* —y a través de ella la idea platónica de la amistad— pervive ocultamente en las páginas de la *Etica a Nicómaco* [16].

El pensamiento helénico no pudo pasar de ahí. Es cierto que el estoicismo inventará más tarde el término *philanthrôpía* y afirmará con él que el hombre debe ser en principio amigo de cualquier hombre; pero la razón de tal amistad seguirá siendo —más explícitamente, si cabe, que en Platón y Aristóteles— la perfección de la naturaleza humana en cuanto tal. Para la mente griega, la amistad y la *philanthrôpía* fueron siempre *physiophilía*, amor a la Naturaleza universal, en cuanto especificada como «naturaleza humana». El asclepíada hipocrático —el propio Hipócrates, tal vez— que compuso el libro I de las *Epidemias* diría que la perfección de la naturaleza de cada cosa conspira a la perfección de la común natutaleza de todas las cosas (L. II, 670). A la voluntad habitual de participar en esa conspiración es justamente a lo que los griegos dieron el nombre de *philía*, amistad.

II. Hemos de estudiar ahora cómo los pensadores griegos y los médicos hipocráticos entendieron la especificación de esta genérica *philía* en la peculiar «amistad médica» que el tratamiento establece entre el

---

[15] No puedo ser aquí más explícito. Aquél a quien interese el tema, vea mi libro *Teoría y realidad del otro*, vol. II (Madrid, 1961).

[16] Véase, además de la bibliografía mencionada: E. Krantz, *De amicitia apud Aristotelem*, Tesis de París, 1882; R. Eucken, *Aristoteles Ansichten von Freundschaft und von Lebensgütern* (1884); E. Hoffmann, «Aristoteles Philosophie der Freundschaft», *Die pädagogische Hochschule (Festgabe für Heinrich Rickert)*, 1933, reproducido en *Platonismus und christliche Philosophie* (Artemis Verlag, Zürich und Stuttgart, 1960).

terapeuta y el enfermo. ¿Qué pasa con la *philía* al iatrificarse, si vale decirlo así? Y si la igualdad es condición necesaria de la amistad, ¿cómo el médico puede ser amigo del enfermo y el enfermo del médico, siendo ambos, en cuanto tales, tan distintos entre sí?

Consideremos en primer término la amistad del médico con el enfermo. Tal amistad consiste, como sabemos, en la recta articulación de la *philanthrôpía*, amor al hombre, y la *philotekhnía* o amor al arte; al arte de curar, se entiende. El médico es amigo del enfermo siendo a la vez «tecnófilo», amigo de la medicina, y «antropófilo», amigo del hombre.

Conocemos con alguna precisión el nervio más íntimo de la *philanthrôpía* helénica. No de otro modo debe ser entendida la *philanthrôpiê* de que jónicamente nos hablan los *Praecepta* hipocráticos [17]. Como «antropófilo», el asclepíada era amigo del enfermo por el hecho de ser éste *ánthrôpos*, hombre; en último extremo por el hecho de ser él devoto amigo de la naturaleza, «fisiófilo». La veneración de la divina naturaleza —con la ínsita tendencia de ésta a «hacer lo mejor», mas también con sus limitaciones e imposiciones; en términos helénicos: con sus *anánkai* o forzosidades— es la razón formal de la *philanthrôpiê* hipocrática. La razonable y severa piedad «fisiológica» a que da expresión el escrito *de morbo sacro* y la visión presocrática de la *physis* como «lo divino» latieron siempre en la *philanthrôpiê* de los médicos griegos y concedieron a ésta su fundamento último.

Pero lo decisivo en el asclepíada hipocrático no fue su condición de «antropófilo». *Philanthrôpía*, amor al hombre en cuanto tal, podía y debía sentirla cualquier griego en cuya alma no faltase por completo la *aretê* de la convivencia civil. Desde el punto de vista de la *philía*, lo decisivo en el asclepíada hipocrático fue la configuración de la *philanthrôpía* como *philotekhnía*, como «amor al arte», al «arte» *in genere* y al «arte de curar» *in specie*. Lo cual, bien se advierte, plantea al historiador de la Medicina y al simple curioso de la Antigüedad un grave problema previo: ¿Qué fue para un griego antiguo el «amor al arte»? Para él, ¿qué sentido tuvo el imperativo moral de obrar «por amor al arte»?

Tékhnê y *ars* fueron para los antiguos vocablos de significación más

---

[17] El empleo de esta palabra y otras buenas razones han conducido a U. Fleischer («Untersuchungen zu den pseudohippokratischen Schriften παραγγελίαι, περὶ ἰητροῦ nud περὶ εὐσχημοσύνης, *Neue Deutsche Forschungen*, Berlín, 1939) a suponer que los *Praecepta* fueron compuestos en la época de la segunda sofística (siglos I al II después de J. C.).

amplia y menos sublime que la que entre nosotros posee la palabra «arte». Arte, para nosotros, es un *quehacer* muy determinado—el quehacer de ejercitar cualquiera de las llamadas «bellas artes»— o la obra mediante tal quehacer obtenida, poema, cuadro o sinfonía. *Tékhnê* para los griegos, *ars* para los romanos, fueron, en cambio un peculiar *modo de hacer*, y así se entiende que pudieran ser *tékhnai*, artes, la faena de curar un enfermo o de preparar un medicamento, la operación de conducir una nave y de regir una ciudad, la composición de una tragedia y el modelado de la Venus de Milo. La recta intelección de la *philotekhnía* hipocrática exige, por tanto, saber lo que para un asclepíada fue ese peculiar «modo de hacer» que los griegos llamaron *tékhnê*.

Nadie lo ha dicho nunca mejor que Aristóteles. El tema de la *tékhnê* aparece una y otra vez a lo largo de su obra, Volvámonos, pues, hacia Aristóteles, y preguntémosle atentamente lo que para un griego culto de los siglos v y iv fueron la *tékhnê* y las *tékhnai*.

Lo que desde un punto de vista meramente formal fue en Grecia la *tékhnê* lo van declarando, como por fragmentos, la *Metafísica*, la *Física*, la *Poética* y la *Etica a Nicómaco*. Frente al simple «empírico» *(empeirós)*, limitado a saber hacer una cosa a fuerza de rutinariamente repetirla, el «artista» o «técnico» *(tékhnítês)* hace lo que hace sabiendo el *por qué* de su acción; lo cual, como es obvio, le obliga a conocer mediante conceptos generales el *qué* de tal acción y de la realidad sobre que ella recae. Saber lo que les va bien al individuo Calias y al individuo Sócrates es cosa de *empeiría*; saber curar a Calias y a Sócrates porque el uno es flemático y el otro bilioso, esto ya es «arte», *tékhnê*. Tal es la lección inmortal del libro I de la *Metafísica* (981 a b). En una primera aproximación diremos, pues, que la *tékhnê* —cualquier *tékhnê*— es un saber hacer sabiendo qué se hace y por qué se hace eso que se hace. Más concisamente: un saber hacer según el «qué» y el «por qué».

La *Física* y la *Poética* nos permiten dar un paso más. Una y otra enseñan de consuno que ese «saber hacer» de la *tékhnê* es *mímêsis*, imitación. Los distintos géneros poéticos —la epopeya, la tragedia, el ditirambo, etc.— son «imitaciones», dice y repite la primera página de la *Poética* (1447 a). Y la *Física*, con precisión y generalidad mayores, añadirá; «el arte imita a la naturaleza» (194 a 21). «Imitación de la vida más bella y mejor», había dicho Platón que es el arte de establecer la constitución política de una ciudad (*Leyes* 817 b).

Pero la imitación que realiza la *tékhnê* no es mera copia servil. El

tekhnítês imita produciendo algo propio; como más tarde se dirá, «creando». Además de ser *mímêsis*, la *tékhnê* es *poíêsis*, producción [18]. La *tékhnê* es, se nos dice en la *Etica a Nicómaco*, un «hábito poético —esto es: productivo— acompañado de razón verdadera» *(alêthés lógos)*: la *recta ratio* de la tan conocida definición medieval del arte [19].

Desde un punto de vista formal, *tékhnê*, según Aristóteles, es un saber hacer mimético y poético —productivo— según el «qué» y el «por qué». Pero el Estagirita no quedó ahí. Su reflexión filosófica acerca de la *tékhnê* le llevó a considerar lo que ésta es desde un punto de vista material, es decir, según la realidad a que el «saber hacer» del técnico se aplica, sea cualquiera su concreta especificación. ¿A qué común y general realidad se aplican las *tékhnai*, tan distintas entre sí, que llamamos medicina, arquitectura, poesía y arte de navegar? El rotundo texto de la *Física* antes consignado nos da la respuesta: esa realidad es la naturaleza, la *physis*. Imitativa y productivamente, el *tekhnítês* sabe hacer «según arte» algo de lo que por sí misma hace la naturaleza.

Esto, sin embargo, no quiere decir que el modo de obrar el hombre *katà tékhnên*, «según arte», sea idéntico al modo como la naturaleza actúa según su propio modo de operar, *katà physin*. Lo que en el mundo llega a ser, dice una y otra vez la *Metafísica* (1032 a 13, 1033 b 8), cobra su existencia por obra de la naturaleza, por obra del arte o por azar; distinción que no es meramente externa y nominal, porque, como en otra página añade Aristóteles, en la naturaleza el principio de actividad está en lo activo, y en el arte fuera de lo activo (1070 a 7). El principio por obra del cual la bellota llega a ser encina está en la bellota misma; el principio por obra del cual el bloque de mármol llega a ser estatua está en el escultor. *Physis* y *tékhnê* son cosas netamente distintas entre sí.

¿Qué sentido puede tener, entonces, el hecho de que la *tékhnê* sea a

---

[18] Sobre el problema de la *poíêsis*, véase E. Lledó, *El concepto de «poíêsis» en la filosofía griega* (Madrid, 1961). La traducción de *poíêsis* por creación debe, a mi juicio, evitarse; y no sólo porque la concepción cristiana de la *creatio (creatio ex nihilo)* difiere radicalmente de la *poíêsis* griega, más también porque la idea romántica y post-romántica del arte como «creación» se aparta de manera muy considerable de la condición *poiêtikê* de la *tékhnê* griega. Lo que hoy llamamos «creación artística» es una trasposición secularizada de la *creatio* cristiana al dominio de las bellas artes. Claro que el hombre no es «creador» *stricto sensu*, «creador» *ex nihilo;* pero sí es, como dice Zubiri, «cuasi-creador».

[19] Sobre el problema de la distinción aristotélica entre *práxis* y *poíêsis*, entre «acción» y «producción», no puedo entrar aquí. Me limitaré a recordar que en aquélla coinciden actividad y fin, y en ésta se separan *(Eth. Nic.* 1140 a b).

la vez imitación y producción? Otro breve texto de la *Física* abre el camino hacia la respuesta. «La *tékhnê* —nos dice—, o ejecuta lo que la naturaleza es incapaz de hacer, o imita a la naturaleza» (199 a 15). No afirma Aristóteles que haya artes *puramente* innovadoras respecto de las posibilidades de la naturaleza y artes *puramente* imitativas de ésta. «Si una casa fuese cosa engendrada por la naturaleza, sería producida de la manera como el arte en realidad la produce; por el contrario, si las cosas naturales no fuesen producidas por la naturaleza solamente, mas también por el arte, serían producidas por el arte de la manera como lo son por la naturaleza» (199 a 10-15). En las obras del hombre cooperan siempre la naturaleza y el arte; por lo cual la sentencia precedente podría ser más claramente formulada diciendo que hay artes en que predomina la condición imitativa de la actividad «poética» y artes en que prepondera la condición innovadora de la *poíêsis*: artes *preponderantemente* poético-imitativas y artes *preponderantemente* poético-innovadoras. Entre aquellas, la medicina, porque el médico imita con los recursos de su arte lo que la naturaleza espontáneamente hace para sanar al enfermo; entre estas otras, la arquitectura, porque la naturaleza no hace por sí misma casas y templos, y la política, en cuanto que de algún modo es obra de arte el paso de la mera *koinônía* a la *pólis*.

¿Qué será, según esto, la medicina técnica, *tékhnê iatrikê* o *ars medica*? Utilizando a manera de cañamazo la escueta definición que de la *tékhnê* ofrece la *Etica a Nicómaco*, he aquí una posible respuesta: la medicina es un hábito poético de imitar a la naturaleza en su tendencia hacia la curación, acompañado de razón verdadera; esto es, apoyado sobre un suficiente saber «fisiológico» acerca de la salud y la enfermedad. En cuanto hábito innovadoramente poético, «productivo», la medicina ayuda de manera eficaz a la naturaleza, y el médico puede lograr la curación de enfermos que abandonados a sí mismos nunca sanarían; en cuanto hábito imitativamente poético, la medicina es fiel a la naturaleza, y la curación «según arte» que el médico logra no difiere en nada de las curaciones más puramente «naturales». Enseña el libro I de las *Epidemias* que el médico es «servidor del arte» y, a través de éste, de la naturaleza (L. II, 636); servidor —*hypêrétês*— como del timonel lo es el remero. Pues bien, la doble condición imitativa e innovadora del médico constituyó en la Grecia antigua el sentido cabal de esa honrosa «servidumbre» suya.

Y si esto fue la *tékhnê* del médico hipocrático, ¿qué pudo ser en él la *philotekhnía*, el «amor al arte»? La respuesta salta a la pluma: la *philotekhnía*

del asclepíada fue un amor a sus saberes técnicos, en cuanto le permitían imitar y ayudar a la naturaleza del enfermo en el espontáneo movimiento de ésta hacia la salud, esto es, hacia una perfección individualizada de la genérica naturaleza humana [20]. En el «tecnófilo» hay a la vez *philía*, *lógos*, y *érôs*. Hay en él *philía*, porque es amigo del enfermo y de su arte; hay también *lógos*, porque, como dice una vez Aristóteles, «la medicina es el *lógos* —*recta ratio*, dirán los medievales— de la salud» (*Metaf.* XII, 3, 1070 a 30); hay en fin, *érôs*, porque en el seno mismo de la *philotekhnía* late un vigoroso impulso hacia la perfección de la naturaleza, y tal es la razón por la cual pudo Platón escribir que la medicina es «la ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo», *epistêmê tôn tou sômatos erôtikôn* (*Banq.* 186 c).

La amistad del médico hipocrático con el enfermo, resultado de su *philanthrôpía* y su *philotekhnía*, fue, en definitiva, un amor a la perfección de la naturaleza humana, en cuanto individualizada en el cuerpo viviente del paciente: amor gozosamente venerativo por lo que en la naturaleza es bello (la salud, la armonía) o conduce a la belleza (la natural fuerza sanadora del organismo), amor resignadamente venerativo frente a las oscuras y terribles «forzosidades» *(anánkai)* con que la naturaleza impone la condición mortal o incurable de tal o cual enfermedad. Porque, como la *Lex* hipocrática proclamaba, si la *physis* se opone a los esfuerzos del arte, todo es vano (L. IV, 638). Allá donde la naturaleza del enfermo no se muestre sanable, ya no cabe «amor al arte». Debe haber, sí, amor a la naturaleza, porque la validez de este precepto es absoluta; pero la *physio-philía* ha de ser entonces expresada aceptando venerativamente y sin la menor intervención técnica el duro, inexorable mandato que la naturaleza impone. Tengamos esto en cuenta para entender con alguna precisión lo que fue la moral médica del asclepíada hipocrático.

Pasemos ahora a estudiar la amistad del enfermo con el médico. Tal «amistad» consiste siempre en confianza, la confianza anhelante o agradecida del inválido en quien puede devolverle o está devolviéndole su validez normal. Respecto de sí mismo, el enfermo, como el *philautos* aristotélico, desea confiadamente su propio bien, su salud; y respecto del médico, desea el bien de éste en cuanto médico, es decir, su buen éxito en la empresa de imitar y ayudar a la naturaleza; lo cual es amistad

---

[20] Sobre la relación entre la salud y la perfección, véase mi artículo «Salud y perfección del hombre», en *Ocio y trabajo* (Madrid, 1960).

real, porque es deseo del bien del amigo y de la utilidad que la relación con el amigo pueda procurar.

Así concebida, la amistad del enfermo con el médico posee una estructura en la cual se articulan dos momentos constitutivos: por una parte, la confianza del enfermo en la medicina, y por tanto en el médico en cuanto tal; por otra, la confianza en el médico que real y efectivamente va a tratarle o ya le está tratando. Veamos cómo los enfermos de la época hipocrática sintieron y entendieron estos dos esenciales momentos de su *philía iatrikê*.

Al «amor al arte» del médico hipocrático corresponde la «confianza en el arte» del paciente; y esta confianza tuvo su fundamento último en el prestigio religioso, sacral, que en la sociedad helénica rodeó a las diversas *tékhnai* [21]. El pensamiento mítico de los griegos atribuyó el origen de las artes a un rapto a los dioses (mito de Prometeo) o, en el caso de la medicina, a la benéfica enseñanza que Asclepio, hijo de Apolo, recibió del Centauro Quirón. Y cuando esta doctrina se desmitificó, no por ello fue menor el prestigio social de los «primeros inventores» [22]. Sólo mediante las *tékhnai* —dice el autor de *de prisca medicina*— logra el hombre un régimen de vida adecuado a su naturaleza; y por esto los «primeros inventores», conscientes de su gran hallazgo, juzgaron que el arte médico «merecía ser atribuido a un dios, como se sigue pensando» (L. I, 600). «El médico que a la vez es filósofo es semejante a un dios», afirma una célebre sentencia del escrito *de habitu decenti* (L. IX, 232). ¿Por qué? Porque el médico, en tal caso, ayuda como *tekhnítês* a la divina naturaleza y conoce en cuanto «filósofo», con su *lógos* propio, el secreto *lógos* que en la entraña de esa divina *physis* había barruntado el viejo Heráclito. Divinamente servidor de lo divino, el médico aparece ahora ante los ojos del hombre griego como *isótheos*, semejante a un dios. No es posible declarar de un modo más solemne la confianza en la virtud de la *tékhnê iatrikê*.

Más ya sabemos que esa confianza no era ilimitada. Por su misma esencia, ni la *tékhnê* del médico hipocrático era un poder mágico, ni el *tekhnítês* un hechicero capaz en principio de todo. Nada parece imposible en principio para un poder mágico: mágicamente «puede» hacerse invisible un cuerpo humano o convertir a los hombres en cerdos, y de ahí

[21] Véase Platón, *Político*, 274 c d.

[22] C. F. Kleingünther, «Πρώτος εὑρετής. Untersuchungen zur Geschichte einer Fragestellung», en *Philologus*, Suppl. Band. XXVI, 1933.

el primario sentimiento de terror que el mago produce en quienes le tratan creyendo en su «virtud». El poder de la *tékhnê*, en cambio, tiene por esencia límites insalvables, y nunca dejó de pensarlo así el pueblo griego[23].

La confianza helénica en el poder de la *tékhnê iatriké* se halló en principio limitada por la creencia —religiosa, a la postre— en la abismal forzosidad de la naturaleza, en la existencia de una *anánkê physeôs* radical e inexorablemente soberana. La expresión técnica —y tópica— *kat' anánkên*, «por necesidad», se repite con cierta frecuencia en la literatura médica griega. Ya Alcmeón de Crotona, en el texto venerable que sirve de primer fundamento a toda la patología científica de Occidente, habla de enfermedades cuya causa es «la necesidad» (Diels-Kranz, B 4); y en relación con los diversos aspectos del enfermar humano, fisiopatológicos unos, patocrónicos otros, la *anánkê physeôs* es repetidamente invocada en los escritos del *Corpus Hippocraticum* (*de natura hominis*, L. VI, 50; *de morbis*, L. VI, 140; *de affectionibus*, L. VI, 246, etc.). *Anánkê theíê*, «necesidad divina», llama el escrito *de diaeta* (L. VI, 478) a la que desde su raíz promueve, determina y hace inexorables los movimientos de la naturaleza. Pero tal vez sea un pasaje del *Timeo* platónico el testimonio más elocuente de esta profunda y general creeencia de la mente griega: «Cada ser viviente nace llevando consigo una duración asignada por el destino *(heimarménê)*, no contando las enfermedades por necesidad *(ex anánkês pathêmata)*... Y lo mismo acaece en cuanto a la composición *(systasis)* de las enfermedades. Si mediante fármacos se pone fin a la enfermedad antes del término fijado por el destino, de ordinario nacen entonces de las enfermedades leves enfermedades graves, y de enfermedades en pequeño número gran copia de enfermedades. Por lo cual todas las cosas de este género deben ser gobernadas —educadas, dice el texto griego: *paidagôgein*—, en la medida en que para ello haya holgura *(skholê)*, y no conviene irritar, tratándolo con fármacos, un mal caprichoso *(dyskolon kakón)*» (*Tim.*, 89 b c)[24]. Platón, es bien patente, admite la existencia de enfermedades que surgen y matan «por necesidad natural» *(ex anánkês)*; y junto a ellas habría dolencias «caprichosas» o «díscolas» —los *lusus naturae* de que muchos siglos más tarde hablará la patología de Syden-

[23] En el seno del pueblo griego pervivieron, es cierto, la superstición y la magia; pero tales creencias fueron rigurosamente ajenas a la vigencia social de las *tékhnai*. También en los pueblos civilizados actuales coinciden el curanderismo mágico y la medicina científica.

[24] En páginas ulteriores estudiaremos detenidamente esta idea platónica de una «medicina pedagógica».

ham—, cuyo tratamiento farmacológico le parece ser más nocivo que favorable.

Frente a las enfermedades nacidas «por necesidad», netamente distintas en la mente helénica de las que en el cuerpo humano nacen «por azar» o *katà tykhên*, frente a las afecciones morbosas «por necesidad» mortales o incurables, ¿qué podrá hacer el arte del médico? Nada, respondieron los griegos. Para confusión y dolor de los hombres, la *tékhnê iatrikê* se halla divina e inexorablemente sometida al imperativo del límite. Además de tener finalidad *(télos)*, las *tékhnai* de los hombres han de soportar limitación *(péras)*, y la *tekhnê* del médico no constituye excepción a tan severa regla general.

Mas no sólo por obra de esta esencial razón fue limitada la confianza del enfermo griego en la eficacia del arte de curar de los asclepíadas hipocráticos. Pese al orgullo con que miró, hizo suya y exhibió toda la ingente hazaña del pueblo griego, la sociedad ateniense —el estrato más ilustrado y crítico de la sociedad ateniense— expresó más de una vez cierta insatisfacción íntima respecto de las posibilidades terapéuticas de la *tékhnê iatrikê* que sus mejores médicos practicaban. El segundo *Pluto* de Aristófanes deja entrever la ironía con que los grupos cultos de Atenas hablaban de la técnica de sus terapeutas. Es Platón, sin embargo, el mejor y más profundo intérprete de esta exigente actitud mental. En una célebre página del *Cármides* (156 b - 157 a), Sócrates denuncia la incapacidad de la medicina hipocrática para estudiar y utilizar el papel del alma en las enfermedades humanas, y proclama la superioridad de los médicos tracios, a este respecto, sobre los médicos atenienses; y en el *Fedro*, después de haber elogiado el proceder técnico de Hipócrates y sus discípulos, apunta Platón la necesidad intelectual y metódica de moverse *prós tô Hippokrátei*, «más allá de Hipócrates» (270 b c). No siempre el médico eminente pareció ser *isótheos*, «semejante a un dios», a los penetrantes ojos de los griegos. [25]

Las expresiones hasta ahora usadas por mí para describir y comprender la «amistad» del enfermo griego con su médico —confianza genérica en la *tékhnê*, confianza específica, críticamente matizada, en la *tékhnê iatrikê* de los asclepíadas hipocráticos— son en fin de cuentas flagrantes abstracciones. La personal confianza del enfermo en la *tékhnê iatrikê* había de concretarse en la que pudiera inspirarle el médico que habitual

[25] Véase mi libro *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica.*

y ocasionalmente le tratara; y ésta dependía, en tesis general, de dos factores complementarios entre sí: la real suficiencia técnica del terapeuta —la seriedad de su saber fisiológico y clínico— y su particular habilidad para conseguir prestigio ante los enfermos. De ahí la curiosa insistencia del *Corpus Hippocraticum* en todo lo tocante a la buena fama del médico.

El gran recurso del asclepíada para la obtención de prestigio profesional fue el acierto en el pronóstico. «Me parece —escribe el autor del *Pronóstico*— que el mejor médico es el que sabe conocer por adelantado. Penetrando y exponiendo de antemano, cerca de los enfermos, el presente, el pasado y el porvenir de sus enfermedades, explicando lo que ellos omiten, ganará su confianza *(pisteúoite)*; y convencidos de su superioridad, no vacilarán en someterse a su cuidado» (L. II, 110). El médico que así proceda «será justamente admirado» (L. II. 112), sobre todo si el enfermo es inteligente (*Prorret.* 2, L. IX, 10). Los adjetivos usados en el *Corpus Hippocraticum* para ponderar las predicciones acertadas muestran bien la importancia atribuída al crédito que tales predicciones suelen conceder. Llámaselas, en efecto, bellas *(kalaí)*, admirables o maravillosas *(thaumastaí)*, brillantes *(lamprà)*, espectaculares *(agônistikà)* (*Prorret.* 1, L. IX, 6; *de artic.* 58, L. IV, 252). Claro que este prestigio sólo puede ser lícito si el pronóstico es «científico», si efectivamente se basa en un recto conocimiento de la enfermedad y del enfermo: «Las predicciones brillantes y espectaculares —dice el escrito *Sobre las articulaciones*— se sacan del diagnóstico, que prevé por qué vía, de qué manera y en qué tiempo se acabará cada afección, ya se oriente hacia la curación, ya hacia la incurabilidad» (L. IV, 252). Este sería el único camino para no cometer un error frecuente entre los malos médicos: el error de «no prometer curar lo curable y prometer curar lo incurable» (*de morbis* I, 6, L. VI, 150).

El enfermo que de este modo llegue a confiar en el médico, colaborará eficazmente con él en su empeño terapéutico. «Es preciso que el enfermo ayude al médico a combatir la enfermedad», dice taxativamente el libro I de las *Epidemias* (L. II, 636). «Es preciso —subrayan los *Aforismos*—, no sólo hacer uno mismo lo debido, mas también que el enfermo, los asistentes y las cosas externas concurran a ello» (L. IV, 458). Lo cual se logrará si el terapeuta sabe infundir en el paciente esperanza y no temor; puesto que el que prescribe, según la certera observación del libro I de las *Epidemias*, «puede engendrar temores y esperanzas» (L. II, 670).

Mas no todo fue ciencia diagnóstica y pronóstica en la captación de

la confianza del enfermo por parte del asclepíada hipocrático. Dos de los más tardíos escritos del *Corpus (Sobre el médico* y *Sobre la decencia)*— describen con minucia los expedientes extracientíficos a que el médico debe recurrir para el logro de esa confianza. Vestirá con decoro y limpieza y se perfumará discretamente, «porque todo esto complace a los enfermos»; será honesto y regular en su vida, grave y humanitario en su trato; sin llegar a ser jocoso y sin dejar de ser justo, evitará la excesiva austeridad; quedará siempre dueño de sí (*de medico*, 1, L. IX, 204-206). Más concretos y detallados aún son los consejos que da el tratadito *Sobre la decencia*. El médico, según él, ha de ser «serio sin rebuscamiento, severo en los encuentros, pronto a la respuesta, difícil en la contradicción, penetrante y conversador en las concordancias, moderado para con todos, silencioso en la turbación, resuelto y firme para el silencio, bien dispuesto para aprovechar la oportunidad...; y hablará declarando con su discurso, en cuanto sea posible, todo lo que ha sido demostrado, usando del buen decir... y fortificado por la buena reputación que de ello resulte» (L. IX, 228). Entrando en la cámara del enfermo, el médico deberá «recordar la manera de sentarse, la continencia, el indumento, la gravedad, la brevedad en el decir, la inalterable sangre fría, la diligencia frente al paciente, el cuidado, la respuesta a las objeciones» (L. IX, 238-240). El certero dicho platónico acerca de la amistad del enfermo con el médico —«El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad»— pudo muy bien ser hipocráticamente completado con este otro: «El enfermo es amigo del médico a causa del médico mismo.»

Conviene, sin embargo, no olvidar lo que constituyó el verdadero fundamento de la *philía* entre el médico hipocrático y sus enfermos: el amor a la perfección de la naturaleza y el amor al arte, en cuanto éste es recurso capaz de procurar tal perfección. Si la amistad del asclepíada con sus pacientes fue, en último extremo, *physiophilía*, no menos lo fue la amistad de cada paciente con el asclepíada; y en esta común veneración de la *physis* —con otras palabras: en este radical y sistemático naturalismo— tuvo su realidad específica esa igualdad entre los amigos que según Aristóteles es condición básica de toda relación amistosa. Dos interrogaciones se alzan ahora en nuestra mente. Una relación interhumana exclusivamente basada sobre la *physiophilía*, ¿puede en rigor ser llamada «amistad»? Mas, por otra parte, ¿puede y debe haber entre el médico y el enfermo una relación amistosa que no sea puramente «fisiofílica», que no se halle exclusivamente fundada sobre el amor a la perfección de la

naturaleza? He aquí las sutiles cuestiones que plantea el médico, respecto de su relación con el enfermo, el propósito de aunar armoniosamente las dos certeras consignas de Platón: proceder, por un lado, «según Hipócrates», *prós tou Hippokrátous*, y moverse, por otro, «más allá de Hipócrates», *prós tô Hippokrátei*. Más de una vez han de reaparecer esas cuestiones en las páginas subsiguientes.

II. MOMENTO COGNOSCITIVO DE LA RELACION MEDICA: EL DIAGNOSTICO HIPOCRATICO

La peculiar *philía* entre el médico y el enfermo no poseería carácter «técnico» si no se manifestase, ante todo, en un conocer; un médico que no supiera el «qué» y el «por qué» de lo que hace, no merecería el nombre de *tekhnítês*, no pasaría de ser un *empeirós* rutinario. «Lo primero es conocer y reconocer *(diagnônai)* la *physis* de todo el hombre», dice el libro I del escrito *de diaeta* (L. VI, 468) [26]. Este es el sentir de todo el *Corpus Hippocraticum*, y aún de todo el pensamiento griego. Si el empeño de conocer tuvo para los griegos origen y principio en una radical *philía* de la mente con la realidad conocida —sutilmente lo apuntó hace años Zubiri—, el diagnóstico hipocrático tuvo que ser expresión cognoscitiva y técnica de esa peculiar y originaria «amistad» del asclepíada hacia el enfermo que en el apartado anterior he tratado de analizar. La «amistad» que genéricamente une a los hombres entre sí y se acentúa y concreta en el alma de los verdaderos amigos —el *oikeion* de Platón y Aristóteles—, comienza a especificarse médicamente haciéndose conocimiento técnico; como suele decirse, «juicio diagnóstico».

En la estructura del diagnóstico hipocrático es posible discernir, a mi juicio, hasta cuatro momentos principales: exploración y descripción de la *katástasis*, resolución del dilema «sano o enfermo», descubrimiento de la especie a que pertenece la peculiar «necesidad» del desorden observado —*tykhê* o *anánkê*— y obtención del diagnóstico individual.

---

[26] El verbo *diagignóskô*, del cual es infinitivo aoristo *diagnônai*, puede ser traducido por «discernir» o «distinguir» (*diá* en el sentido de separar) o por «conocer recorriendo o atravesando», «reconocer» (*diá* en el sentido de atravesar). El contexto parece hacer preferible en este caso la segunda acepción, porque a la «*physis* de todo el hombre» se la conoce bien «reconociéndola» como militar o agronómicamente se «reconoce» la peculiaridad de un determinado terreno. «Vengo a que me reconozca Vd.», dice a veces el enfermo al médico.

I. La tarea inicial del diagnóstico hipocrático consistía en observar y describir la *katástasis* propia del caso. La palabra *katástasis* tuvo para los griegos dos significados principales: uno, transitivo o dinámico (la acción de establecer, instituir o constituir); otro, intransitivo o estático (fijeza, condición permanente o carácter de una realidad cualquiera). Así, *katástasis anthrôpou* es la condición física y moral de un hombre; *katástasis nyktós*, la peculiar temperatura de una noche; *katástasis póleôs*, la constitución por que se rige una ciudad, su peculiaridad política. De ahí que los traductores latinos del *Corpus Hippocraticum* vertiesen ese término por *constitutio*, y por *constitutio epidemica* el epígrafe *katástasis* que antecede a cada una de las «epidemias» que Hipócrates describe. Acuñada técnicamente por Baillou y, sobre todo, por Sydenham, la expresión *constitutio epidemica* logrará a partir del siglo XVII validez universal.

Conviene, sin embargo, mayor precisión. El significado de la palabra *katástasis* en cualquiera de sus dos acepciones, la transitiva y la intransitiva, lleva en sí dos notas esenciales: la apariencia de la realidad de que se trate y una relativa permanencia en lo aparente. Es *katástasis* la peculiar condición de tal hombre o tal noche, en cuanto esa condición puede ser observada y descrita, y en cuanto las notas que la constituyen ofrecen en su conjunto una determinada regularidad. *Katástasis*, en suma, es el «aspecto general» de una realidad o de un suceso: un hombre, una región geográfica, una estación del año. Así se entiende que pueda ser definida con uno o varios adjetivos la *katástasis* de una noche («fresca», «lluviosa»), que las *Epidemias* hipocráticas hablen de la *katástasis* de una enfermedad febril (L. II, 674-676; III, 80) o de una enfermedad cualquiera (L. III, 102; V, 482), y que la expresión *pyretoí akatastatoí*, «fiebres acatastáticas» (L. III, 92), se refiera a las que no presentan regularidad alguna en el curso de los accesos febriles. [27]

La observación y la descripción de la *katástasis* propia del caso constituyó, pues, el primer empeño diagnóstico del asclepíada hipocrático. Este era técnicamente «amigo» de sus enfermos —comenzaba a serlo— abriendo atentamente todos sus sentidos a la concreta realidad que el paciente y su contorno le presentaban.

---

[27] Sobre el problema semántico de la *katástasis* hipocrática, véase H. Much, *Hippokrates der Grosse* (Stuttgart, 1936), O. Temkin, «Der systematische Zusammenhang im Corpus Hippocraticum», *Kyklos. Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin*, I (1928), 9, y mi libro *La historia clínica* (2.ª ed., Edit. Salvat, Barcelona, 1961), págs. 20 y ss.

Debía considerar ante todo la realidad del paciente, el cuerpo de éste, en cuanto por él percibido. Para el médico, dice un conocido texto del escrito *de prisca medicina*, las cosas son complejas y requieren un método exacto: «hace falta tener a la vista alguna medida *(métrou tinós)*; pero esta medida, número o peso, por referencia a la cual podría alcanzarse un conocimiento exacto, no podrá ser encontrada sino en la sensación del cuerpo», *tou sômatos tên aísthêsin* (L. I, 588-590). Con la sensibilidad de su propio cuerpo, el médico percibe lo que para él es sensible en el paciente, el cuerpo de éste, y en ello tiene su conocimiento el más seguro criterio de certeza: tal ha sido desde entonces la regla de oro de la medicina occidental [28].

Los escritos hipocráticos manifiestan muy copiosamente su fidelidad a este imperativo de la «sensación del cuerpo». Recúrrase —enseña, por ejemplo, *de officina medici*— «a los signos más importantes y más fácilmente reconocibles: a lo que se ve, a lo que se siente, a lo que se oye; a lo que puede percibirse con la vista, el tacto, el oído, la nariz, la lengua y el entendimiento; a lo que es cognoscible con todo aquello con que conocemos» (L. III, 272). Lo mismo prescribe el autor de los *Prorréticos* (L. IX, 12). Según noticias dispersas en toda la extensión del *Corpus Hippocraticum*, la vista permitía al asclepíada recoger datos pertinentes a la figura corporal, al aspecto de la piel (exantemas, pilosidad, pigmen-

---

[28] K. Deichgräber (Περὶ ἀρχαίης ἰητρικῆς 9, *Hermes*, LXVIII, 1933, 356-358) propuso leer διάθεσιν en lugar de αἴσθησιν. Tal proposición ha sido rechazada con buenas razones por W. Müri (Περὶ ἀρχαίης ἰητρικῆς Kap. 9, *Hermes*, LXXI, 1936, 467-469). W. H. S. Jones *(Philosophy and Medicine in Ancient Greece*, Baltimore, 1946, pág. 73) y A.-J. Festugière *(Hippocrate. L'ancienne médecine*, París, 1948, pág. 43) se atienen también a la lección tradicional. Pero la traducción que de esa frase dan estos tres últimos autores (Müri: *Empfindlichkeit des Körpers;* Jones: *Feeling of the body;* Festugière: *sensibilité du corps)* acentúa lo que en el proceso de la percepción es subjetividad sensible del médico, y deja en segundo plano lo que en la mente del autor de *de prisca medicina* es a mi juicio fundamental: la aplicación de los sentidos del asclepíada al conocimiento riguroso de la realidad del enfermo. Jones escribe que αἴσθησις puede significar: «*a) the sensitiveness or reaction of the body to* δυνάμεις, *or b) the «feel» of the body to the touch of the physician*». Mas también es posible que signifique la sensación que el médico tiene del cuerpo del paciente. Tucídides (II, 50) emplea la palabras αἴσθησις en el sentido de «tener una sensación», y Jenofonte *(Cyn.* 3,5) en el de «pista de caza». Pienso, pues, que el σώματος del texto hipocrático se refiere al cuerpo del enfermo en cuanto percibido por la sensibilidad del médico, y por esto digo «sensación del cuerpo» en mi traducción. En suma: la αἴσθησις de que ahora se habla es la del médico, y el σῶμα por esa αἴσθησις percibido, el del enfermo. Lo cual no se halla en contradicción con las juiciosas razones que aduce Festugière para excluir tajantemente la posibilidad de una conexión entre ese pasaje del escrito *de prisca medicina* y el relativismo de Protágoras (*op. cit.*, págs. 59-60.)

taciones, etc), a los más diversos movimientos del cuerpo (intranquilidad, temblor, escalofrío, disnea, palpitación precordial, hipo), al estado de los ojos y de la mucosa nasal, a las secreciones y excreciones (heces, vómitos, orina, sudor, cerumen). Ciertas descripciones, como la tan célebre de la *facies hippocratica* (L. II, 112), se han hecho clásicas. En otras menos conocidas sorprende la agudeza del observador: efervescencia de los suelos calcáreos cuando cae en ellos la materia de ciertos vómitos (L. II, 134 ss.; V, 709); permanencia de la espuma formada por agitación de la orina, cuando la enfermedad consiste en amaurosis e inconsciencia (orinas urémicas: L. IV, 586; L. V, 546), etc. El tacto y la palpación daban a conocer la temperatura, el estado del pulso, la consistencia del vientre, el volumen y la variable dureza del bazo (L. VII, 244 ss.; VIII, 112). El oído, por su parte, informaba acerca de la voz, la respiración, la tos, la crepitación de los huesos fracturados. El empleo de la sucusión hipocrática *(paráseisma)* para el diagnóstico del derrame pleural (L. VI, 154; VII, 64; VI, 308; VII, 152; II, 226; V, 681) es mencionado en todos los manuales de semiología; y no menos digna de recuerdo es la práctica hipocrática de la auscultación del tórax, incomprensiblemente olvidada desde entonces hasta comienzos del siglo XIX (percepción de estertores húmedos: el interior del tórax «vive —hierve— como el vinagre», L. VII, 94; mención del roce pleurítico: «ruido de cuero», L. VII, 92). La referencia a la exploración olfativa (olor de la piel, de la boca, de los oídos, de las heces , la orina y los eructos, de las heridas, del sudor) es frecuente en los escritos clínicos del *Corpus*. La avidez exploratoria llegaba hasta lo inverosímil: un párrafo de las *Epidemias* (L. V, 318) nos indica que el médico exploraba hasta el sabor dulce o amargo del cerumen del enfermo. No puede extrañar que los autores cómicos llamasen a veces «coprófagos» a los asclepíadas. Y puesto que todo esto lo hacían movidos por su afán de conocer técnicamente —en definitiva, por su afán de ayudar al enfermo, por *philanthrôpía* y *philotekhnía*—, tal vez sea ese epíteto irónico su mejor timbre de gloria.

Todo en el cuerpo y todo lo del cuerpo interesaba al asclepíada. La expresión «todo el cuerpo» —dicha unas veces con el adjetivo *pan* y otras con el adjetivo *hólon*— es frecuente en el *Corpus Hippocraticum* (L. VI, 188; VI, 276; VIII, 312). Mas no es sólo la *katástasis* del cuerpo humano lo que el médico hipocrático explora; con igual atención era por él escrutada la *katástasis* del medio físico en que la enfermedad ha surgido y existe. Todo el magistral escrito *de aëre, aquis et locis* se halla consagrado a la

medicina geográfica y climatológica [29], y el autor del libro I de las *Epidemias*, verosímilmente el propio Hipócrates, no olvida prescribir el examen «de la total *katástasis* según la peculiaridad del cielo y del país» (L. II, 670). O como textualmente se dice en *de diaeta*, «las mudanzas y los excesos... de todo el cosmos» (L. VI, 470) [30].

No debemos pensar, sin embargo, que el asclepíada se atenía sólo al ocasional aspecto del enfermo y de su contorno físico para observar y describir la *katástasis* propia del caso. Casi tan importante como la atenta observación sensorial era en su mente el interrogatorio. «Cuando visitéis a un enfermo —léese en *de affectionibus*—, preguntadle lo que sufre, por qué causa, desde cuándo...» (L. VI, 246). El libro VI de las *Epidemias* orienta la atención del médico hacia «lo que explica el enfermo mismo, y cómo; cómo recibir sus explicaciones, los discursos...» (L. V, 290).

---

[29] Véase, acerca de él: L. Edelstein, Περὶ ἀέρων *und die Sammlung der hippokratischen Schriften* (Berlín, 1931); H. Diller, «Wanderarzt und Aitiologe», *Philologus*, Suppl.-Bd. 26, 1934.

[30] Surge aquí inevitablemente el recuerdo del tan discutido texto de Platón, *Fedro* 270 c, y de la polémica por él suscitada. Dice así ese texto platónico: «SÓCRATES.—Pero la naturaleza del alma, ¿crees tú que es posible conocerla dignamente sin (conocer) la naturaleza del todo? FEDRO.—Si hemos de creer a Hipócrates, uno del linaje de Asclepio, ni aún la del cuerpo podría entenderse sin seguir ese método. SÓCRATES.—Y sin duda tiene razón, camarada. Con todo, hemos de examinar, más allá de Hipócrates, la razón, para ver si está de acuerdo con él. FEDRO.—Conforme. SÓCRATES.—Pues bien, considera lo que acerca de la naturaleza dicen Hipócrates y la razón verdadera.» Tres cuestiones principales plantea este pasaje:

1.ª ¿Hay alguna conexión entre él y *de prisca medicina*, c. 20? La inicial respuesta afirmativa de Littré, confirmada luego por Th. Gomperz, ha sido controvertida más tarde por Diels, Wellmann, Edelstein, Pohlenz, Festugière y otros. No creo que tal conexión sea hoy afirmada por nadie. Véase la oportuna bibliografía en mi estudio «El escrito *de prisca medicina* y su valor historiográfico», *Emerita*, XII (1944), páginas 1-28, y en el libro de Festugière antes citado.

2.ª Esa «naturaleza del todo» *(tês tou hólou physeôs)* de que habla Sócrates, ¿a qué «todo» se refiere, al del universo o al del hombre? Poniendo en relación estas palabras con otras de Platón semejantes a ellas *(Cármides* 156 c, *Leyes* 857 cd), me atrevo a suponer, contra la opinión de Festugière (*op. cit.*, págs. 62-65), que ese «todo» es *inmediatamente* el de la naturaleza del hombre. Lo cual no quiere decir, claro está, que el «todo de la naturaleza del hombre» no remita a su vez —sentido *mediato* del *hólon* del *Fedro*— al «todo del universo».

3.ª La expresión platónica *pròs tô Hippokratei*, ¿qué sentido real tiene ahora? A mi entender, debe traducirse por «más allá de Hipócrates» o «allende Hipócrates», y alude al imperativo de considerar *también* el alma en el estudio médico —y no médico— de la *physis* del hombre, según lo que el médico tracio discípulo de Zamolxis enseñó a Sócrates en Potidea. Véase lo que acerca del tema digo en otras páginas de este libro y en el capítulo de *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica* consagrado a Platón.

Y en términos semejantes se habla en otros escritos del *Corpus* (L. II, 114; III, 214 y 240; VIII, 128, etc.).

Acabo de decir que el interrogatorio era para el asclepíada «casi» tan importante como la exploración sensorial. No debe sorprender tal expresión. El enfermo, en efecto, no habla de sí mismo con el rigor y la exactitud que la ciencia exige, sino conforme a su opinión, *katà dóxan;* según su «sentir», en la más amplia significación de esta palabra. «En los informes que tratan de dar al médico los individuos afectos de enfermedades ocultas —dice el escrito *de arte*—, estos hablan más por opinión *(doxázontes)* que por saber» (L. VI, 20). El conocimiento que el interrogatorio brinda al médico no es, pues, ciencia propiamente dicha, sino conjetura. Muy claramente lo advierte *de morbis*: «El que quiera, en cuanto al tratamiento, interrogar rectamente, responder a las interrogaciones y replicar con acierto, deberá recordar..., lo que se hace o se dice por conjetura *(eikasíê)* por el médico al enfermo o por el enfermo al médico» (L. VI, 140). Los juicios diagnósticos y terapéuticos basados en las palabras del paciente son meramente conjeturales. Atenerse exclusivamente a ellos no es conducta propia de varones avisados y expertos, sino error de médicos ignorantes y ligeros. Tal habría sido el deficiente proceder de quienes compusieron las *Sentencias cnidias*. «Se han conducido —dícese de ellos en *de diaeta in acutis*— como un ignorante en medicina: también éste podría dar una descripción exacta de las enfermedades informándose cuidadosamente cerca de los enfermos sobre lo que ellos experimentan» (L. II, 224). El médico que aspire a la perfección de su arte debe, por supuesto, interrogar detenidamente al enfermo, pero más aún debe esforzarse por conocer «lo que el enfermo no puede decir» *(ibidem)*, lo que con mudo lenguaje dice su cuerpo a quien técnicamente sabe contemplarlo. Otro modo, como se ve, de proclamar la primacía gnoseológica de la «sensación del cuerpo».

II. Con la exploración minuciosa de la *katástasis* del enfermo y de su contorno físico, el médico ha dado fin a la primera etapa de su empeño cognoscitivo. Sabe ahora cómo la enfermedad se manifiesta. No podría, sin embargo, llegar al término de ese empeño suyo —saber lo que la enfermedad *es*— sin la previa resolución de dos dilemas pertinentes a la esencia misma de la *tékhnê*. Debe estar seguro, por una parte, de que la *katástasis* por él observada corresponde a un estado de enfermedad y no a un estado de salud. Debe, por otra, saber si el des-

orden que él contempla tiene por causa última el «azar» (*tyhkê*) o una invencible «necesidad» de la naturaleza (*anánkê*).

«Investíguese desde el comienzo lo semejante y lo desemejante», dice en su arranque mismo el escrito *de officina medici;* y es más que probable que esa escueta prescripción semiológica se refiera a «lo semejante y lo desemejante» respecto del estado de salud, a lo que por su aspecto «parece» sano o «parece» morboso. La salud y la enfermedad tienen cada una su *eidos*, su «aspecto» propio, y el primer deber técnico del experto en medicina consiste en saber distinguir el *eidos* de la salud del *eidos* de la enfermedad.

Desde Alcmeón de Crotona, la salud es concebida por los médicos griegos como *equilibrio* o *armonía;* el concepto técnico de la salud tuvo siempre entre los helenos —supiéranlo ellos o no— una secreta raíz pitagórica. «La salud —dice Alcmeón a través del famoso fragmento de Aecio— es mantenida por el equilibrio (igualdad de derechos, *isonomía*) de las potencias (*dynámeis*): lo húmedo, lo seco, lo frío, lo caliente, lo amargo, lo dulce y las demás. El predominio de alguna de ellas (*monarkhía*) produce, por el contrario, enfermedad... La salud consiste en la bien equilibrada mezcla (*tên symmetron krasin*) de las cualidades» (Diels-Kranz, B 4). El médico comienza a ser patólogo —con Alcmeón de Crotona nace la «patología» en la historia del pensamiento humano— ordenando las potencias o cualidades de las cosas según contraposiciones apareadas (*enantiôseis*) y pensando que la salud consiste en el adecuado equilibrio de todas las cualidades contrapuestas: lo seco y lo húmedo, lo frío y lo caliente, lo dulce y lo amargo «y las demás» [31].

Esta idea-madre pasará al *Corpus Hippocraticum* y cobrará forma distinta a través de las varias orientaciones «fisiológicas» de ssu escritos. Los de orientación exclusiva o preponderantemente *dinámica* —aquellos en los cuales el concepto de *dynamis* es fundamental para entender científicamente la *physis* humana— explican la salud y la enfermedad desarrollando con precisión mayor o menor ese decisivo texto alcmeónico.

---

[31] Como es bien sabido, el galenismo reducirá las cualidades fisiológicamente importantes a cuatro, ordenadas en dos pares de *enantiôseis:* seco-húmedo y frío-caliente. Paracelso y la iatroquímica del siglo XVII (van Helmont, Silvio) redescubrirán la importancia científica y médica de las cualidades gustativas. No olvidemos la significación que en la historia de la patología fisiopatológica y bioquímica ha tenido el descubrimiento, por Willis, del sabor dulce de ciertas orinas.

Tal es el caso de los trataditos *de prisca medicina* (c. 14, L. I, 602) [32], y *de natura pueri* (L. VII, 526). Los escritos de orientación *humoral*, en cambio, llamarán *eukrasía* («buena mezcla» de los humores) a la *isonomía* y al *symmetron* de Alcmeón, y *dyskrasía* o mala «mezcla» a la *monarkhía* de que habla el médico siciliano. «Hay salud —nos dice *de natura hominis*— cuando estos principios (los humores) se hallan en justa proporción de crasis, fuerza y cantidad, y es perfecta la mezcla; hay enfermedad cuando uno de esos principios está en exceso o en defecto, o cuando, aislándose en el cuerpo, no se mezcla con los demás» (L. VI, 40). Y si el asclepíada profesa la doctrina *neumática*, la salud será por él entendida como *eúrroia*, término que significa a la vez «buen flujo» del neuma por los poros del cuerpo y «buen oreo» del calor innato, y la enfermedad como *dysroia* o «mal flujo». He aquí un demostrativo fragmento del Anónimo Londinense (VI, 13), cuyo texto, como es sabido, declara a Hipócrates secuaz de la teoría neumática: «Queda el neuma como lo más necesario e importante en nosotros, puesto que con su buen flujo produce salud, y con su mal flujo enfermedad».

Pero sea interpretada de uno u otro modo su respectiva y opuesta consistencia fisiológica, la salud y la enfermedad son ante todo *eidê*, «aspectos» básicos de la naturaleza humana [33], que el médico aprenderá a distinguir según la regla de Platón en el *Filebo:* «por conjetura, ejercitando los sentidos a fuerza de experiencia, y confiándose, por añadidura, a esas potencias adivinatorias que muchos llaman artes, y cuya eficacia no proviene sino de una laboriosa práctica» (55 e-56 a).

Tanto más necesaria será esta «práctica laboriosa» para el aspirante a *tekhnitês* de la medicina, cuanto que el estado de enfermedad no le es siempre patente; puede serle también, y lo es con cierta frecuencia, latente, oculto a sus sentidos. Dos recursos permitían en tal caso al asclepíada concluir la existencia real del desorden morboso: uno de orden puramente intelectual, el razonamienfo o *logismós;* otro de índole semiotécnica, el artificio exploratorio. «Cuando el médico no ha podido conocer la afección por visión directa ni por los datos oídos, la busca por razonamiento», dice *de arte* (L. VI, 20); los «primeros inventores» dieron existencia al arte médico mediante «un razonamiento bien adap-

[32] La noción de *dynamis* domina, sin duda alguna, en *de prisca medicina*, aunque en sus páginas no falten muy expresas alusiones a los humores, y aun a los «vientos» o «flatos» *(physai)*. Véase mi ya mencionado estudio sobre ese escrito.

[33] Y, por supuesto, de la naturaleza vegetal y animal, de la naturaleza viviente.

tado a la naturaleza del hombre,» afirma *de prisca medicina* (L. I, 600). Y cuando el razonamiento sobre lo visto no sea suficiente, siempre quedará al médico el recurso exploratorio de obligar a la naturaleza a manifestarse mediante «pruebas de sobrecarga» o «funcionales»: «así la medicina, ora fuerza al calor innato a disipar hacia afuera la pituita mediante alimentos y bebidas acres, a fin de apoyar el juicio sobre la vista de algo en los casos en que sería absolutamente imposible percibir nada, ora, mediante paseos cuesta arriba y carreras, obliga al neuma a revelar aquéllo de que él es revelador» (L. VI, 24). La naturaleza «se abre así a los que saben su arte».

III. No menos importante era para el aclepíada la resolución del dilema *tykhê* o *anánkê*, «azar» o «necesidad». Movíanle a ella razones de índole ética y religiosa —más adelante las descubriremos— y exigencias de orden práctico, porque, como dice la *Lex*, si la necesidad de la *physis* se opone a los esfuerzos del arte, todo en éste es vano (L. IV, 638).

El *Corpus Hippocraticum* contrapone expresa y enérgicamente al azar o *tykhê* la *tékhnê* o arte *(de prisca medicina*, L. I, 570 y 598; *de arte*, L. VI, 22) y la ciencia o *epistêmê (de locis in homine*, L. VI, 342); las curaciones que con su arte y su ciencia obtiene el médico son debidas, no al azar, sino al conocimiento científico del *lógos* de la *physis* [34]. Pero al hablar del dilema *tykhê-anánkê* yo no he querido referirme a las curaciones producidas por puro azar —esto es, sin intervención técnica del médico—, sino a las enfermedades que aparecen pudiendo no haber aparecido, a los desórdenes morbosos que llegan a existir *katá tykhên*, por obra del azar, y no *kat'anánkên*, por inexorable e inescrutable necesidad de la naturaleza.

Gorgias distingue en su *Encomio de Helena* las enfermedades causadas por un decreto de los dioses y las «enfermedades humanas» *(anthrôpinon nósêma);* las cuales, dice, son para quien las padece *atykhía*, revés de la fortuna, infortunio no culposo (*EH*, 19). El mismo sentir late en más de una página de Platón: aquella del *Fedro* en que se habla de enfermedades horribles «que a consecuencia de antiguas ofensas, y sin que se sepa de dónde vienen, afligen a algunas familias» (244 e), y la del *Timeo* en que tan explícitamente se alude a la existencia de «enfermedades por necesidad», *ex anánkês pathêmata* (89 b). Lo cual, tra-

[34] Sobre el problema *tykhê-têkhnê*, véase W. Nestle, «Hippocratica», *Hermes*, LXXIII (1938), págs. 1 y ss.

ducido de su expresión literaria, deliberadamente mítica, al escueto pensamiento «fisiológico» del *Corpus Hippocraticum*, nos dice que para los griegos había dos modos de enfermar cualitativamente distintos entre sí: las enfermedades que por necesidad inexorable de la divina naturaleza —la *anánkê theíê* del escrito *de diaeta* L. VI, 478— surgen con carácter incurable o mortal, y las que aparecen en la vida del hombre como consecuencia de alguna vicisitud azarosa e infortunada, «por azar», y son susceptibles de ayuda técnica. Un conocimiento riguroso de los signos pronósticos «necesariamente» desfavorables permitiría advertir en qué medida el proceso morboso es obra de la necesidad y hasta qué punto es obra del azar.

No trato con esto de afirmar, claro está, que la «necesidad de la naturaleza» o *anánkê physeôs* tuviese siempre para los griegos carácter desfavorable o nefasto. Las flores brotan en primavera *kat'anánkên*, y el suceso dista mucho de ser terrible. «En las enfermedades otoñales, la primavera trae por necesidad *(kat'anánkên)* la curación», léese en *de natura hominis* (L. VI, 50). Quien desee tratar rectamente a sus enfermos —dice, por su parte, *de morbis*— debe saber «qué necesidades *(anankaí)* determinan la longura o la brevedad, la mortalidad o la no mortalidad de las enfermedades» (L. VI, 140). La *anánkê* puede, pues, ser favorable o desfavorable, letal o sanadora, bien actúe por sí sola, como en los modos de enfermar que nosotros solemos llamar «constitucionales» o «hereditarios» y atribuimos a desórdenes del plasma germinal, bien opere en el seno de afecciones morbosas, como una intoxicación o un catarro *a frigore*, inequívocamente determinadas por obra de la *tykhê*, por azar. Y el *tekhnitês* de la medicina tiene que saberlo con cierta seguridad, bien para ayudar a la naturaleza cuando el signo de la *anánkê* lo permita, bien para evitar la aparición de enfermedades cuando estas sean debidas al azar —lo cual obligará a desvelar técnicamente el ocasional condicionamiento de la *atykhía* y a adoptar luego las pertinentes medidas de prevención—, bien, en fin, para resignarse con honda veneración religiosa a su impotencia terapéutica cuando la aparición de la enfermedad o el curso de ésta hacia la muerte sean eventos *kat' anánkên*, desórdenes morbosos regidos por una necesidad misteriosa e invencible de la divina naturaleza.

IV. Ya el médico conoce técnicamente la *katástasis* de su paciente y de la naturaleza en torno; ya sabe, por añadidura, que el *eidos* de esa

katástasis corresponde a la enfermedad y no a la salud, y que en el seno de la realidad que contempla no opera una *anánkê* irremisiblemente letal. Llegada su mente a tal situación, ¿cómo procederá al diagnóstico preciso de la afección cuya curación se propone?

Para responder hipocráticamente a esta interrogación, tengamos bien presente que el *diagnônai* del asclepíada fue un saber ordenar racionalmente la *katástasis* de la enfermedad que él contemplaba en el marco de una idea científica de la *physis* individual del enfermo, del hombre *in genere* y de todo el cosmos. Con otras palabras, un poder resolver con cierta suficiencia científica esta cuestión fundamental: ¿cuál es, en la *physis* del paciente, la consistencia real del desorden que la *katástasis* observada ha puesto en evidencia? El asclepíada hipocrático se enfrentó con este problema técnico mediante dos operaciones intelectuales, que llamaré especificación e individualización.

1. La *especificación del diagnóstico* —el empeño de conocer de manera precisa la «especie» de la enfermedad en cuestión— supone, como es obvio, que el hipocrático distinguiese técnicamente los diversos *eidê* del enfermar o, como luego se dirá, las diversas *species morbosae*. ¿Fue en rigor así? Concebida la enfermedad como el *eidos* o «aspecto general» de la *physis* humana enferma, ¿se propuso el médico hipocrático la tarea de ordenar ese «aspecto general» en *eidê* o «aspectos específicos»? Más concisamente: como hubo una nosología, una teoría científica acerca del ser de la enfermedad, ¿hubo en la medicina hipocrática una nosografía y una nosotaxia?

El autor del escrito *de diaeta in acutis* habla así: «Algunos (de los médicos antiguos) no han ignorado, ni las diversas modalidades de las enfermedades *(polytropíai)*, ni sus múltiples subdivisiones *(polyskhidiês)*; pero queriendo mostrar con exactitud el número de las enfermedades, no escribieron rectamente. Porque, sin duda, no sería fácil la enumeración si para buscar la enfermedad de los pacientes se buscase en qué difiere un caso de otro, y si a cada enfermedad que no pareciese igual se impusiese un nombre también distinto» (L. II, 226-228). La censura va manifiestamente dirigida contra el autor de las *Sentencias cnidias*, y según toda probabilidad constituye un alegato de la Escuela de Cos en su polémica con el pensamiento médico vigente en Cnido. Para los asclepíadas de Cos, presididos por el propio Hipócrates, el número de los diversos *noúsoi* o *nosêmata* no sería exactamente numerable, es realmente indefinido; habría, pues, tantas *noúsoi* («enfermedades»)

como enfermos. La patología especial no podría basarse en la enumeración y el estudio de las modalidades típicas *(polytropíai)* del enfermar humano, y el testimonio supremo de esta mentalidad coica estaría constituido por los libros I y III de las *Epidemias*.

Apoyado muy principalmente en ese texto, Owsei Temkin ha tratado de negar la vigencia de un «pensamiento tipificador» en la medicina más genuinamente hipocrática. Ese pensamiento prevaleció entre los pupilos de Cnido, y más tarde cobró importancia por obra de Celso, Areteo y Galeno. La posibilidad de ordenar los modos de enfermar dentro de un catálogo de tipos morbosos —dice Temkin, como resumen de su aguda interpretación de la patología coica— no es el ideal de Hipócrates; para él hubo sólo una innumerable suma de *casos*, de hombres enfermos, y el conocimiento de la peculiaridad de cada *caso* singular es precisamente lo que a sus ojos constituye lo esencial; su mirada se dirige sobre todo hacia «el enfermar» *(Erkrankung)* del indivíduo. Puesto ante un enfermo, describe concienzudamente todas sus alteraciones patológicas; pero su atención se dirige de modo especial hacia las divergencias que entre sí presentan los diversos enfermos singulares. Todo caso morboso es diferente de los demás; todas las afirmaciones que desconocen las circunstancias de persona, tiempo y lugar son peligrosas; toda tipificación nosográfica es estéril, porque, o bien el tipo no comprende el caso singular, y de conocer éste plenamente es de lo que se trata, o los tipos son indefinidos en número, con lo cual resulta ser empresa fatigosa e insensata la de proveerles de nombre y querer describirlos como tales tipos. Así se explicaría la singular importancia de la historia clínica en el cuerpo de la medicina hipocrática [35].

No puede negarse finura y capacidad sugestiva a la interpretación de Temkin [36]. Es seguro que se acerca a la verdad íntima del pensamiento hipocrático mucho más que todos los comentarios anteriores. Pero esa interpretación ¿es rigurosamente cierta? ¿Es cierto que la mente de Hipócrates, resueltamente orientada, sin duda alguna, hacia el conocimiento de la individualidad del enfermo, quiso prescindir de toda consideración tipificadora o «específica» del enfermar de sus

[35] Temkin, «Die Krankheitsauffassung von Hippokrates und Sydenham in ihren *Epidemien*», *Archiv für Gesch. der Medizin*, 20 (1928), págs. 327-352, y «Krankengeschichte und Sinnsphäre der Medizin», *Kyklos*, II (1929), págs. 42-66.

[36] No puedo exponer aquí el pormenor de sus argumentos. El lector de lengua castellana a quien interese el tema podrá leer una amplia exposición de aquéllos en mi libro antes citado *La historia clínica*.

pacientes? El «pensamiento tipificador» de que habla Temkin, ¿fue en verdad absolutamente ajeno a la mentalidad de los médicos hipocráticos?

En mi libro *La historia clínica* he demostrado que una lectura detenida del *Corpus Hippocraticum* obliga a responder negativamente a esa serie de interrogaciones. Los asclepíadas de Cos dieron tres nombres distintos a las regularidades en el parecido de las *noúsoi* individuales entre sí: *eidê* o *eidea* («aspectos específicos») [37], *trópoi* («modos») y *katastásies*, en el sentido nosográfico de esta palabra («cuadros sintomáticos»). No debo repetir aquí el detalle de mi argumentación, ampliamente basada en textos del *Corpus;* pero sí estimo conveniente transcribir el resultado de mi pesquisa: «Aunque sólo de un modo incoativo, el pensamiento tipificador no fue ajeno al autor de las *Epidemias*. Los *eídea* vienen a ser históricamente la incoación de las *especies morbosas;* los *trópoi* son, en germen, las *formas clínicas* o variedades típicas de las especies morbosas; y las *katastáseis*, los *cuadros sintomáticos* de cada uno de los *eídea*, de los diversos *trópoi* o de los procesos morbosos estrictamente individuales. Frente a cada enfermo, la inteligencia del hipocrático consideró minuciosa y preponderantemente, es cierto, la concreta individualidad del paciente; pero su atención hacia lo singular no excluía una clara intuición de las semejanzas entre el enfermo observado y los demás. Todos los enfermos se parecen unos a otros por el hecho de serlo; algunos se asemejan entre sí, además, por el modo de estarlo. Ahora se complica la cuestión, porque son muy diversos los puntos de vista desde los cuales puede establecerse tal semejanza. Aun cuando el médico hipocrático no llegase a reflexionar sistemáticamente acerca del tema, estableció el parecido en los modos de enfermar desde seis distintos puntos de vista: el sintomático *(phthísis, kausos, léthargos*, etcétera; *eídea* o «aspectos específicos» que difieren entre sí por su *katástasis* sintomática), el patocrónico (enfermedades agudas y crónicas, *pyretôn eídea* o «especies febriles», etc.), el localizatorio *(ophtalmíai, aidoíosi phymata* o «tumores pudendos», *peripleumoníai*, etc.), el etiológico (afecciones engendradas por una misma causa exterior), el pronós-

[37] Sobre los varios sentidos del término *eidos* en el siglo v, véase A. F. Taylor, *Varia Socratica* (Oxford, 1911). W. H. S. Jones, *op. cit.*, comenta el empleo de dicho término en *de prisca medicina*. En ninguno de estos dos trabajos se alude a la significación nosográfica del *eidos*, única que entra en juego en los libros I y III de las *Epidemias*.

tico (reglas pronósticas de carácter típico, carácter *quoad bonum* o *quoad malum* de determinados grupos de signos, sea cualquiera la afección en que se presenten) y el constitucional (eficacia del tipo temperamental en la génesis o en la configuración de tal o cual modo de enfermar: «Los melancólicos y un poco sanguíneos —dice, por ejemplo, el libro III, de las *Epidemias*— fueron atacados por causones y por afecciones frenéticas y disentéricas. En los flemáticos jóvenes hubo tenesmos. En los biliosos, diarreas prolongadas...», L. III, 98). Los asclepíadas de Cos no construyeron, es cierto, un sistema nosotáxico riguroso; pero en manera alguna fueron insensibles al parecido típico de los modos individuales de enfermar [38].

La determinación del *eidos* específico a que pertenece una afección morbosa individual era en ocasiones tarea fácil: colocar un caso determinado bajo la rúbrica del *tritaios pyretós* («terciana») o de la *dysentería* (en el sentido hipocrático del término), no es cosa que exija gran esfuerzo intelectual. Más arduo había de ser el empeño cuando el clínico aspiraba a «diagnosticar» conjeturando el desorden anatomo-fisiológico que desde el interior del cuerpo enfermo producía el cuadro sintomático. ¿Cómo la mente del asclepíada lograba inferir esa interna realidad de la afección morbosa contemplada? Un examen sinóptico del *Corpus Hippocraticum* permite advertir que en tal faena intelectual tenían parte congrua la observación empírica, el raciocinio y la teoría. Sobre la observación —directa, en el caso de los síntomas inmediatamente perceptibles; indirecta y razonadadora, en el caso de los síntomas potenciales y ocultos—, dicho ha quedado lo suficiente. Pero el razonamiento del médico, su *logismós*, no debía ser sólo semiológico; tenía que ser, en el total sentido de la expresión, diagnóstico. Dos textos, uno de los *Praecepta*, otro del libro VI de las *Epidemias*, nos ilustran acerca de lo que para el hipocratismo tardío fue el «razonamiento diagnóstico». Según el autor de los *Praecepta*, influido ya, tal vez, por la doctrina aristotélica de la inducción [39], el *logismós* del médico debe ser «una suerte de memoria sintética de lo que ha sido recogido por la sensación» (L. IX, 250). Y tal «memoria sintética» *(mnêmê xynthetikê)* tiene, en cuanto al diagnóstico clínico atañe, la estructura que precisa este alambicado párrafo de las *Epidemias:* «Hacer un resumen de la gé-

[38] Más detalles en mi libro *La historia clínica*, págs. 34-44.

[39] La fecha en que los *Praecepta* fueron compuestos —véase el trabajo de U. Fleischer antes mencionado— lo hace sumamente verosímil.

nesis y la iniciación (de la enfermedad), y mediante múltiples discursos y exploraciones minuciosas, reconocer las concordancias (de los síntomas) entre ellos, y luego las discordancias entre las concordancias, y por fin nuevas concordancias entre las discordancias, hasta que de las discordancias resulte una única concordancia: tal es el camino» (L. V, 298). Mediante este proceso mental —transparente, bajo la logomaquia de las concordancias y las discordancias—, el médico hipocrático ordenaba racionalmente los síntomas y lograba entender su diversidad y su aparente inconexión desde un punto central de referencia, como el clínico actual refiere a la hipoinsulinemia síntomas tan dispares entre sí como el adelgazamiento, la poliuria y la forunculosis [40].

El razonamiento diagnóstico tenía como meta una conclusión bien determinada: «Este enfermo padece tal desorden en tal parte de su cuerpo, y ese desorden se halla en tal etapa de su evolución». Ahora bien: esta conclusión no habría sido científica —más aún, no habría sido posible—, si el clínico no hubiese sabido referirla simultáneamente al *hólon* o «todo» del cuerpo y al *hólon* o «todo» del cosmos, a la *physis* o naturaleza individual (tal hombre) y específica (hombre) del enfermo en cuestión, y a la *Physis* o Naturaleza universal [41]. Lo primero exigía la posesión de un saber anatómico y fisiológico acerca del cuerpo humano (partes anatómicas, doctrina humoral o neumática, referencia de ésta a uno de los «sistemas» de la *physiología* presocrática: «raíces» de Empédocles, «semillas» de Anaxágoras, «átomos» de Demócrito, etc.); lo segundo, una idea acerca de la conexión entre la naturaleza individual y la Naturaleza universal (alimentación, respiración, régimen de vida, coherencia entre los ritmos del cuerpo viviente y los del cosmos), y por supuesto,

---

[40] El asclepíada hipocrático era consciente de la dificultad y el riesgo de este razonamiento diagnóstico. «Hasta para los buenos médicos —dícese en otro lugar del mismo escrito— las semejanzas (o concordancias entre los síntomas: *homoiótêtes*) traen consigo decepciones y dificultades... Es difícil, en efecto, determinar mediante razonamientos los caminos. Por ejemplo: si un sujeto tiene la cabeza en punta, si es chato o narigudo, si es bilioso, si vomita difícilmente, si en él domina la bilis negra, si es joven, si ha vivido desordenadamente, entonces es difícil hacer concordar entre sí todos estos datos» (L. V., 352-354). Trátase, como fácilmente se advierte, de una exageración por vía de ejemplo, de un colmo.

El concepto de «semejanza» o «concordancia» *(homoiótês)* tuvo gran importancia en la mente del médico hipocrático. «Penetrante y decidor en las concordancias» debe ser el buen médico, según el escrito *de habitu decenti* (L. IX, 228).

[41] El sentido «inmediato» del texto del *Fedro* platónico antes mencionado (el *holón* como el «todo del hombre») no excluye una última validez de la interpretación del P. Festugière (véase la nota núm. 30).

un conocimiento preciso de las causas que en ese caso habían alterado el buen orden de tal conexión y producido la enfermedad. En suma, una fisiología y una etiología [42]. Gracias a una y otra, el juicio diagnóstico era a la vez empírico (basado en la experiencia o *empeiría*), técnico (basado en el «saber hacer» causal de la *tékhnê*) y científico (basado en la *epistêmê*). Y si en la mente del médico que así ha procedido existe, por añadidura, una última vocación filosófica, algún amor a la sabiduría o *sophía*, de él podrá decirse, según la famosa sentencia hipocrática, que es *isótheos*, «semejante los dioses» *(de habitu decenti*, 5; L. IX, 232).

2. Puesto que la enfermedad afecta a un individuo humano, el diagnóstico debe ser, además de específico, individual. Hemos visto lo que en sus líneas generales fue la especificación del diagnóstico hipocrático. Veamos ahora qué fue la *individualización del diagnóstico* para los asclepíadas de Cos y de Cnido.

Pienso haber demostrado que los autores del *Corpus Hippocraticum* no desconocieron por completo la condición «típica» o «específica» del enfermar humano; mas también indiqué —reconociendo así la parcial

[42] No puedo exponer aquí con detalle la doctrina etiológica del *Corpus Hippocraticum*. Me limitaré a enumerar, con las oportunas referencias textuales, los capítulos principales de esa doctrina:

1.º Producción de enfermedades por alteración voluntaria o forzosa —sobre todo si tal alteración es brusca (L. II, 54; I, 616)— de la *diaita* o régimen de vida. Influirían sobre todo: el desorden alimenticio, bien porque el alimento no concuerda con la crasis del hombre que lo ingiere, bien por una defectuosa relación entre ingestión y consumo; el desorden sexual; las emociones desmedidas, etc. (L. IV, 474, 484, 566; I, 590, 588; VI, 472, 240, 222, 228, 230, 234, 236, 158, 172, 176, 608; I, 594; II, 660; VII, 8, 14, 178, 220, 232, 240, 242, 270).

2.º Acción patógena del medio físico (L. II, 12, y ss.; VI, 54, 52, 208, 158, 188, 192, 510, 532, 534; V, 494; IV, 474, 484, 486, 492; VII, 252): aguas y sus emanaciones, vientos, frío y calor excesivos (L. VI, 158), estaciones del año, lugar en que se vive, el sol y la sombra, venenos vegetales y animales, acción de las estrellas y constelaciones, miasmas del aire (L. VI, 96, 372, 240, 368, 98, 608, 104, 372, 394; IX, 108), etc.

3.º Causas morbosas intraorgánicas: calentamientos (L. VI, 188, 192, 36, 11, 54, 208, 636; VII, 86; IV, 484; IX, 102), flujos y retenciones de los humores (L. VI, 242, 276, 212, 218, 220, 222, 236, 242; VIII, 54, 564; VII, 18, 174, 178, 180, 182, 188, 192, 204, 206, 210, 214, 218, 226, 236, 264, 266, 284, 288, 292, 272, 374, 478, 386, 388, 436, 556, 460), producción de «vientos» o «flatos» corruptos (L. VI, 96, 98, 608, 104, 372, 394; IX, 108), etc.

4.º Causas endógenas propiamente dichas: temperamento (L. VI, 364, 54), edad (L. II, 670; VII, 312), sexo (L. VIII, 10 y ss.) y herencia (L. VI, 364).

La ulterior distinción galénica de tres momentos etiológicos en la total causa de la enfermedad —*aitía prokatarktikê*, causa externa o primitiva; *aitía proêgumênê*, causa interna o dispositiva: *aitía synektikê*, causa continente, conjunta o inmediata— se halla confusamente incoada en las copiosas y no sistemáticas indicaciones del *Corpus Hippocraticum* acerca de la causación del accidente morboso.

razón de la tesis de Temkin— que sólo incoativamente opera en aquellos un pensamiento tipificador. Frente al enfermo, el ojo corporal y el ojo mental del asclepíada hipocrático, y más si en su formación dominaba el espíritu de Cos, veían en primer término la individualidad de aquél, a diferencia del clínico tipificador de los siglos XIX y XX, que en el paciente suele ver un individuo con los ojos de su cuerpo y un modo típico de enfermar con los de su mente. Hecha esta salvedad previa, examinemos cómo el médico hipocrático cumplía esa manera de entender el diagnóstico, y consideremos ordenadamente sus principales recursos —más o menos deliberados y técnicos— para captar la condición individual de la afección morbosa contemplada. Cuatro, por lo menos, veo yo:

a) La *descripción patocrónica* del cuadro sintomático. Una afección morbosa se individualiza, entre otras cosas, por el orden temporal de los síntomas en que cobra realidad clínica. Así lo entendió el médico hipocrático, y no es otro el sentido de la exquisita atención con que el autor de las historias clínicas contenidas en los libros I y III de las *Epidemias* sitúa en el tiempo —día del *cursus morbi;* mañana, mediodía, tarde, prima noche— los datos recogidos a la cabecera del enfermo.

b) El *iuicio pronóstico.* El arte del pronóstico no sería posible —no sería tal «arte», no pasaría de ser pura *empeiría*— si no se apoyase en determinadas reglas generales. Cualquiera de las que contienen los escritos hipocráticos consagrados al tema —el *Prognosticon*, los *Praedicta*, las *Praenotiones Coacae*— aspira a poseer validez genérica. Pero, en cuanto referido a un enfermo determinado, tal juicio expresaba la opinión del médico acerca del futuro de ese enfermo, y sólo de él.

c) La *intensidad del síntoma.* No sólo el orden temporal de los síntomas observados individualiza el cuadro clínico; también la intensidad con que aparecen en el paciente en cuestión. Las precisiones cuantitativas que con frecuencia consignan las historias clínicas hipocráticas —«escasos vómitos», «epistaxis ligera», etc.—, llevan en su seno una tácita intención individualizadora.

d) La *participación del individuo enfermo en el saber diagnóstico.* El médico hipocrático advirtió con genial lucidez que el juicio diagnóstico sólo alcanza su acabamiento cuando —de una u otra forma— es compartido por el enfermo; y, por tanto, que la ilustración de éste acerca de la dolencia que padece, afina e individualiza el conocimiento técnico de ella. Muy precisamente nos lo hace ver Platón. El médico —escribe

en las *Leyes*— «comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de éste, y mientras se informa acerca del paciente, en cuanto puede, le instruye» (720 d). Más explícita todavía es otra página de las mismas *Leyes*. Contrapone el filósofo el proceder del médico de esclavos y el del médico de hombres libres. Aquél va corriendo de un enfermo a otro y da sus prescripciones rutinariamente, sin razonarlas *(áneu lógou)*. Y sigue diciendo Platón: «Si uno de estos (médicos de esclavos) oyese hablar a un médico libre con pacientes libres en términos muy semejantes a los de las conferencias científicas, exponiendo cómo concibe la enfermedad en su origen y remontándose a la naturaleza de todos los cuerpos, se echaría a reir y diría lo que la mayoría de los llamados médicos replican de inmediato en tales casos: Lo que haces, necio, no es curar a tu paciente, sino enseñarle, como si tu misión no fuese devolverle la salud, sino poco menos que hacerle médico» (857 c-d) [43].

Este proceder del asclepíada tenía en último término una intención terapéutica, y así nos lo hará ver el apartado próximo. Mas también había en él una intención diagnóstica, muy patente si se pone en conexión ese texto platónico con este significativo pasaje del escrito hipocrático *Sobre la medicina antigua:* «Los discursos y las pesquisas de un médico no tienen otro objeto que las enfermedades de que cualquier hombre enferma y padece. Sin duda, los ignorantes en medicina no pueden saber, en sus enfermedades propias, ni cómo éstas nacen y terminan, ni por qué causas crecen y disminuyen; pero si los que han descubierto estas cosas se las explican, les será fácil instruirse en ellas; porque entonces no se trata para ellos más que de recordar, escuchando al médico, lo que ellos mismos han experimentado. Si el médico no llega a hacerse comprender de los profanos y si no pone a sus oyentes en esta disposición de espíritu, no alcanzará (a conocer) lo que las cosas son» (L. I, 572-574). O sea: la concordia entre el saber del médico y la intelección que el enfermo hace de sí mismo, cuando su mente es conducida por la palabra de aquél, perfecciona el diagnóstico y es garantía de su acierto. El mismo sentido tiene, a mi modo de ver, la prescripción de tener en cuenta, para el diagnóstico, «el pensamiento, la instrucción *(máthêsis)* y la memoria» del paciente *(de humoribus*, L. V, 478). En suma, el nivel intelectual del enfermo influye de alguna manera en el juicio del médico acerca de su enfermedad.

[43] Véase «La asistencia médica en la obra de Platón», en mi libro *Marañón y el enfermo* (Madrid, Revista de Occidente, 1962).

Tal fue en esencia el diagnóstico hipocrático. En cuanto el asclepíada era hombre de ciencia, *physiológos*, su *tékhnê* y su *epistêmê* le permitían ordenar en el marco de una idea de la *physis* —en el «todo» de la *physis*, a través del «todo» del hombre— la particular *katástasis* del enfermo, el conjunto de los síntomas y signos que sus sentidos le habían hecho descubrir en el cuadro clínico individual. Y en cuanto observador atento de la realidad del enfermo, sabía individualizar empíricamente, frente a cada caso, la formación «fisiológica» que como *tekhnítês* había recibido. Dentro de este esquema hay que situar su incipiente noción de los *eidê* o aspectos específicos de la enfermedad humana.

Pero no acabaríamos de entender ese *diagnônai* hipocrático, si no percibiésemos con claridad la existencia de momentos sociales implícitos en todo cuanto llevo dicho, y si no añadiésemos a ellos alguna otra nota relativa a la *condición social* del juicio diagnóstico. En modo alguno desconocieron Hipócrates y sus secuaces la parte que en el conocimiento de la enfermedad tiene la índole social y política del enfermo, su esencial condición de *zôon politikón;* en modo alguno pensaron que la faena de diagnosticar es tan sólo un saber acerca de síntomas, vísceras, humores, elementos, potencias y ritmos de la naturaleza. Como remate de mi exposición del diagnóstico hipocrático, indicaré algunos de los modos con que en él se hizo manifiesta esa constitutiva «socialidad» del paciente:

a) En cuanto griego, el médico hipocrático puso en estricta conexión el modo de vivir en sociedad con la naturaleza biológica del hombre *(physis* específica, temperamento) y con la pecualiaridad natural de la tierra en que el hombre vive; por tanto, entendió la sociedad misma —el hecho de existir en *koinônía* y el particular modo de ésta— como una instancia intermedia entre la *physis* del individuo y la *Physis* de todo el cosmos. No creo que deban ser entendidas de otro modo las reflexiones del escrito *Sobre los aires, aguas y lugares* acerca de las diferencias entre los europeos y los asiáticos [44].

b) La necesidad de contar con la *máthêsis* o «instrucción» del enfermo para lograr un buen juicio diagnóstico y el consiguiente imperativo de ilustrar al paciente acerca de la medicina, condujeron, por una parte, a distinguir entre el conocimiento médico de los esclavos y el de los

[44] Sobre la relación entre *pólis* y *physis*, véase el cap. «La realidad de la *pólis*» en la «Introducción» de J. Marías a su edición (con María Araujo) de la *Política* de Aristóteles (Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1951).

hombres libres (Platón, *Leyes*, 720 a c), y contribuyeron, por otra, a la introducción de la medicina —una medicina «al alcance de todos»— en la educación o *paideia* del hombre particular, del *idiotês*, aunque éste nunca hubiese de consagrarse al arte de curar. Muy autorizadamente lo ha hecho notar W. Jaeger en su *Paideia* [45]. Desde su punto de vista técnico, así lo entendieron los asclepíadas. El autor de *Sobre la medicina antigua* subraya la necesidad de escribir la doctrina médica de un modo inteligible para el ciudadano común o *dêmótês* (L. I, 572), y el tratadito *Sobre las afecciones* proclama la conveniencia de que el profano adquiera cierta formación médica (L. VI, 208). Los hipocráticos trataron de educar al ciudadano griego con un propósito religioso (creación de una «piedad fisiológica» o «ilustrada»: *de morbo sacro*, *de aëre, aquis et locis*), fisiológico general *(de prisca medicina)*, antropológico *(de natura hominis)*, técnico general *(de arte)*, higiénico *(de diaeta)*, etc. Y, como hemos visto, este empeño cobró expresión en el diagnóstico.

c) La enfermedad tuvo a los ojos del médico hipocrático un carácter radicalmente «físico» *(de morbo sacro*, L. VI, 352 y 364; *de aëre aquis et locis*, L. II, 76-78); pero a veces, en cuanto socialmente determinado, ese carácter «físico» mostraba una apariencia «nómica», relativa a las convenciones que rigen la convivencia entre los hombres. Así debe interpretarse, valga este ejemplo, la breve descripción que de la neurosis de cierto Nicanor nos ofrecen concordantemente los libros V y VII de las *Epidemias* (L. V, 250 y 444) [46]

A su manera estrictamente naturalista —viendo en el hombre un retoño bipedestante, técnico, locuente y pensante de la *physis*—, el médico hipocrático no fue ciego a la dimensión social del diagnóstico clínico.

III. MOMENTO OPERATIVO DE LA RELACION MEDICA: EL TRATAMIENTO HIPOCRATICO

El asclepíada hipocrático no fue en el rigor de los términos un *physiológos*, un sabio vocado, como Empédocles o Anaxágoras, a decir con verdad y razón lo que la *physis* es; él era *tekhnítês*, un hombre cuyo oficio,

[45] «La medicina griega considerada como *paideia*» en *Paideia*, versión española, vol. III, págs. 11-63 (México, 1945).

[46] El aspecto médico de la relación entre *physis* (naturaleza) y *nómos* (convención social, ley) ha sido estudiado por mí en *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*.

aunque apoyado directa y constantemente en la *physiología*, consiste en «saber hacer con razón» algo muy determinado; en su caso, curar enfermos. Por tanto, su *diagnônai* —su saber científico acerca del enfermo— había de tener como objeto un «hacer» técnico, el tratamiento. La *philía* médica del asclepíada, su amor al bien de la individual naturaleza del enfermo, adquiría realidad definitiva en su operación terapéutica. Para entender en su plenitud lo que fue la relación médica hipocrática, veamos, pues, cómo en ella fue entendido y ejecutado el tratamiento.

I. Ante todo, la *teoría hipocrática del tratamiento*. Dos términos tuvo la realidad exterior para el asclepíada, cuando como tal se situaba frente a ella: la *katástasis* del paciente y de su contorno físico —el aspecto del enfermo en cuanto enfermo, el aspecto del medio en que había surgido la enfermedad— y la *physis*, la universal, materna y divina naturaleza. Hemos visto que el diagnóstico fue en su mente una ordenación cognoscitiva de la *katástasis* en la *physis*. Pues bien: el tratamiento fue para él —tenía que ser— la ordenación operativa de aquélla en ésta; por tanto, la empresa de conseguir que en la *katástasis* del paciente y en la viviente relación de éste con el medio físico desapareciese toda alteración *parà physin*. En suma, que el *eidos* del enfermo, la apariencia estática y dinámica de su cuerpo, pasase a ser el de la salud.

Sólo así se entiende el papel fundamental de la *diaita* en el tratamiento. Para un griego, la palabra *diaita* significaba bastante más que para nosotros el término «dieta». La *diaita* era el «régimen de vida», el modo como el hombre, mediante su actividad (trabajo, alimentación, deporte, relaciones sociales, etc.), se halla en relación viviente y constante con el mundo en torno. De ahí que la primera medida terapéutica del asclepíada fuese el establecimiento de un régimen de vida adecuado a la anómala que el enfermo se veía obligado a soportar, y favorecedor del esfuerzo curativo de su naturaleza. Tal es la intención básica de los escritos hipocráticos especialmente consagrados a la «dietética» *(de diaeta, de diaeta in acutis, de salubri victu)* y de las abundantes indicaciones dietéticas contenidas en los restantes. El tratamiento farmacológico y, cuando es necesario, el quirúrgico, no harían otra cosa, en la mente del asclepíada, que reforzar y favorecer, en la medida de lo posible, la fundamental acción sanadora de la *diaita*.

Sería aquí inoportuna una descripción pormenorizada del proceder dietético, farmacoterápico y quirúrgico del médico hipocrático. Me creo

obligado, en cambio, a exponer, siquiera sea sinópticamente, los principios que presidían y regulaban ese proceder. Son, a mi juicio, los siguientes:

1.º El verdadero principio de la curación —su «principio interno», dirán los helenizantes de la Edad Media— es el esfuerzo sanador de la naturaleza del enfermo. «Las naturalezas *(physies)* —afirma un conocido párrafo del libro VI de las *Epidemias*— son los médicos de las enfermedades. La naturaleza encuentra los caminos por sí misma, no por reflexión... Bien instruida por sí misma, sin aprendizaje, hace lo que conviene» (L. V, 314) [47].

2.º El arte del médico no hace y no puede hacer otra cosa que ayudar a la naturaleza en ese esfuerzo hacia la curación. El médico es, pues, servidor de la naturaleza a través del arte (L. II, 634); y se conduce como tal distinguiendo cuidadosamente lo que en el desorden morboso es necesidad invencible *(anánkê)* y azar o infortunio *(tykhê, atykhía)*, y actuando frente a la *atykhía* con los recursos que su *tékhnê* le concede. Entendiendo rectamente lo que en sí misma es la divina naturaleza y ayudándola según arte en su acción sanadora, el médico hipocrático adquiría plenamente esa condición de *isótheos* o «semejante a los dioses» que le discierne el texto antes mencionado.

3º. La primera regla de la terapéutica hipocrática era, pues, abstenerse de lo que el arte no puede conseguir, acatar respetuosamente, más aún, venerativamente, lo que en la enfermedad sea *anánkê physeôs*. «En cuanto a las cosas no realizables *(anystà)* —léese en *de morbis I*—, el médico no debe pensar en ellas, ni hablar de ellas, y menos aún comprenderlas» (L. VII, 140). La segunda regla del arte concierne al combate del terapeuta contra la *atykhía*, y consiste en «favorecer y no perjudicar» (L. II, 634). *Primum non nocere*, dirá el hipocratismo latinizante de la tradición occidental.

4.º Esta permanente y metódica voluntad de favorecer y no perjudicar tuvo expresión inmediata en la prudencia terapéutica del médico hipocrático. No son pocos los textos en que tal actitud se manifiesta. «Si todo se hace conforme a razón y el resultado no corresponde a ésta —dice un conocido aforismo—, no debe pasarse a hacer otra cosa, suponiendo que perdure lo que al comienzo movió a pensar así» (*Afor.* II, 52; L. IV, 484). El espíritu hipocrático repudió abiertamente la novelería

[47] «Bien instruida por sí misma», *eupaideutos*. Sigo la lección de Jaeger *(Paideia*, III, pág. 45), y no la de Littré (*apaideutos*, «sin instrucción»).

terapéutica: «Lo nuevo, cuya utilidad todavía no se conoce —dice el autor de *de fracturis*—, suele ser más alabado que lo tradicional, cuya utilidad se conoce, y lo insólito más que lo experimentado» (L. III, 414). El mismo sentido tiene la circunstanciada comparación entre el médico y el timonel, en una página del escrito *Sobre la medicina antigua* (L. I, 590).

5.º La terapéutica hipocrática tuvo como norma general el principio *contraria contrariis*. «Lo contrario es el remedio de lo contrario; pues el arte de curar consiste en añadir y en suprimir», se nos dice en *de flatibus* (L. VI, 92) [48]. Si en el *Corpus Hippocraticum* hay o no algún texto al que pueda atribuirse una intención homeopática *avant la lettre* —por ejemplo, uno del escrito *de locis in homine* (L. VI, 334)—, es cuestión discutible y de escaso relieve en el conjunto de aquél.

6.º El enfermo debe colaborar con el médico en la empresa de la curación. «Es preciso que el enfermo ayude al médico a combatir la enfermedad», dice el libro I de las *Epidemias* (L. II, 636). «Es preciso —subrayan los *Aforismos*—, no sólo hacer uno mismo lo debido, mas también que el enfermo, los asistentes y las cosas externas concurran a ello» (L. IV, 458). En modo alguno debía ser el paciente puro sujeto pasivo de la medicación.

7.º El enfermo, por tanto, debía confiar en el médico, y éste conquistar la confianza de aquél. «El que prescribe... puede engendrar temores y esperanzas», advierte cautamente el autor del libro I de las *Epidemias* (L. II, 670). Cuatro fueron los recursos principales del asclepíada hipocrático, en su empeño de lograr la confianza de su paciente: la buena fama que con su práctica hubiese adquirido, su acierto en el pronóstico (L. II, 110 y 112), el decoro de su apariencia (*de medico*, *de habitu decenti*; (L. IX, 204-206, 228, 238-240) y su tino en el hablar, tanto ilustrando al enfermo como tonificando su ánimo (L. IX, 242) [49].

Con arreglo a estos siete principios básicos eran prescritas la dieta, la medicación farmacoterápica y, llegado el caso, la intervención quirúrgica con el hierro o con el fuego (*Afor.* VII, 87; L. IV, 608). Pero el tratamiento hipocrático tuvo también, como el nuestro, una deter-

---

[48] En el mismo sentido es interpretado el arte del médico por Erixímaco, en el *Banquete* platónico. La medicina tiene como objeto principal la «repleción» *(plêsmonê)* y la «vacuidad» *(kénôsis)* (*Banq.* 186 c).

[49] De la tan elaborada doctrina psicoterápica de Platón —en el *Cármides*, en las *Leyes*— no hay huella en el *Corpus Hippocraticum*. El asclepíada hipocrático no utilizó terapéuticamente su palabra más que para tonificar el ánimo del enfermo y ganar su confianza. Véase *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*.

minación y un marco de carácter social. Como diría un sofista del siglo v, era «nómico» además de ser «físico», dependía de los *nómoi* o convenciones sociales, y no sólo de las reglas impuestas al médico por la *physis* y por el saber científico acerca de ella. Veamos, pues, lo que desde un punto de vista social fue el tratamiento hipocrático.

II. Por una exigencia de la naturaleza humana —en cuya existencia concreta se implican mutuamente individualidad y socialidad—, dos problemas muy esenciales del quehacer del médico, la *ordenación social de la asistencia* que presta y la *individualización de la acción terapéutica*, se hallan siempre en estrecha conexión. Así va a mostrárnoslo un rápido examen de lo que en el mundo hipocrático fueron uno y otro.

Muy poco o nada dice el *Corpus Hippocraticum* acerca de los aspectos sociales de la asistencia médica en el mundo de que surgió. Sus escritos nos permiten conocer la clínica, los saberes anatómicos, fisiológicos y patológicos, la ética del médico hipocrático, pero no la medicina social de la *pólis* griega. Para descubrir ésta hay que recurrir a otras fuentes, y muy especialmente, como en otro lugar creo haber demostrado, a la obra de Platón [50]. Movido por intereses intelectuales muy ajenos, en principio, al saber médico y a través de textos diseminados en los más diversos diálogos —*Cármides*, *Gorgias*, *República*, *Político*, *Timeo*, *Leyes*—, Platón diseña, en efecto, un cuadro muy completo de lo que en las ciudades griegas fue el ejercicio de la medicina. Este se acomodó a la estructura social de la *pólis* clásica [51] —con lo cual cumplía *more hellenico* una regla sociológica de carácter general—, y se diversificó en tres modos principales, que convendrá examinar separada y sucesivamente: el tratamiento de los esclavos, la asistencia médica a los hombres libres y ricos y el cuidado terapéutico de los enfermos libres y pobres.

1. Una página de las *Leyes* describe sucinta y magistralmente el tratamiento médico de los esclavos en la Atenas platónica: «Hay, pienso, médicos y servidores de médicos, a los que indudablemente también llamamos médicos... Pueden (los médicos) ser, pues, ya libres, ya esclavos, y en este caso adquieren su arte según las prescripciones de sus

[50] «La asistencia médica en la obra de Platón», en *Marañón y el enfermo*.

[51] Véase, por ejemplo, G. Glotz, *La cité grecque* (trad. esp.: *La ciudad griega*, Barcelona, 1929), y, por supuesto, la ya considerable bibliografía sobre el problema *physis-nómos*. La estructura social-económica de la *pólis* griega ha sido recientemente estudiada en el libro colectivo *Sozialökonomische Verhältnisse im Alten Orient und im Klassischen Altertum* (Berlín, Akademie-Verlag, 1961).

dueños, viéndoles y practicando empíricamente, pero no según la naturaleza, como los (médicos) libres por sí mismos lo aprenden y lo enseñan a sus discípulos... Y siendo los enfermos en las ciudades unos libres y otros esclavos, a los esclavos los tratan por lo general los esclavos, bien corriendo de un lado para otro, bien permaneciendo en sus consultorios; y ninguno de tales médicos da ni admite la menor explicación sobre la enfermedad de cada uno de esos esclavos, sino que prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere, como si estuviese perfectamente al tanto de todo y con la arrogancia de un tirano, y pronto salta de allí en busca de otro esclavo enfermo, y así alivia a su dueño del cuidado de atender a tales pacientes» (720 a c).

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

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

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

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

No puede extrañar que el estamento servil de la sociedad ateniense fuese parte no pequeña de la clientela de los templos de Asclepio [52]. A ello

[52] Sobre el aspecto social de los tratamientos médicos en los templos de Asclepio, véase *Asclepius*, de E. J. y L. Edelstein (2 vols., Baltimore, 1945). En el apartado próximo reaparecerá el tema.

le empujaban de consuno motivos de orden económico (la pobreza) y razones de carácter religioso e intelectual (religiosidad menos ilustrada y más supersticiosa).

2. Bien distinta era la conducta del terapeuta en el caso de los enfermos libres y ricos. También estos recurrían a la incubación en el templo si, como no era infrecuente, seguía viva en sus almas la fe en la virtud sanadora de los dioses. Pero cuando no era así y buscaban genuina asistencia médica —con otras palabras: cuando su religiosidad seguía la línea de la «piedad fisiológica» a que luego habré de referirme—, la individualización más exquisita del tratamiento se constituía en norma principal. Así, por lo menos, nos lo hace ver Platón.

Dos problemas de carácter general llevan la atención del filósofo hacia el espectáculo de la asistencia médica: la vigencia efectiva de la ley justa y la eficacia de las reglas de las *tékhnai* —reglas de carácter general, porque así lo exige, como sabemos, la esencia misma del «arte»— en cada caso particular. ¿Cómo podrán las artes adquirir auténtica perfección si cada hombre y cada caso son distintos entre sí? ¿Cómo las leyes pueden ser eficaces en su aplicación casuística, sin mengua de la generalidad y la obligación que la ley por esencia requiere? La analogía entre el buen tratamiento y la «ley justa» *(nómos dikaios)* viene muy expresamente afirmada en el *Corpus Hippocraticum*: cuando procede rectamente, el *lógos* del médico tiene la fuerza y la conveniencia de una ley justa, dice el autor del escrito *de fracturis* (L. III, 442). El problema de la relación entre *nómos* (ley) y *physis* (naturaleza), tan vivo entre los sofistas, cobra en Platón figura nueva y se resuelve en dos: la relación entre la ley y el arte, la posible perfección de sus operaciones respectivas.

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

La *ilustración médica* del enfermo servía ante todo para afirmar e individualizar el diagnóstico. No he de repetir lo que sobre el tema dije en el apartado anterior. Mas no sólo para ilustrarle y para explorarle anamnésticamente dialogaba con el enfermo el asclepíada; también para confortar su ánimo y para persuadirle de que el tratamiento que se le

administraba era el más adecuado para él. El recurso supremo para suscitar la confianza del paciente en el médico y para individualizar a ultranza el tratamiento fue la *persuasión verbal*. El buen médico no prescribe nada al enfermo —dice Platón— «mientras no le ha convencido (de la eficacia de su tratamiento); y sólo entonces, teniéndole ya ablandado por la persuasión, trata de llevar a término su obra restituyéndole a la salud» (*Leyes*, 720 d). Esto mismo había enseñado muchos años antes una bien conocida página del *Cármides*: aquélla en que un discípulo de Zamolxis descubrió a Sócrates la eficacia terapéutica de los «bellos discursos». El terapeuta —dijo a Sócrates ese médico tracio— no debe emplear sus fármacos mientras el enfermo no le haya presentado su alma para que él la trate mediante *lógoi kalói* (*Carmides*, 157 b); con palabras más actuales: mientras el médico no haya establecido con el enfermo, por obra de la psicoterapia verbal, un *rapport* terapéutico verdaderamente satisfactorio.

Como el preámbulo de la ley justa convence al ciudadano de la justicia que ha inspirado el texto legal e individualiza razonablemente su cumplimiento (*Leyes*, 722 e - 723 a), así también el «bello discurso» del médico —su palabra oportuna y eficaz— persuade al enfermo de que el remedio que se le va a administrar es el mejor «para él», hace máxima la eficacia sanadora de ese remedio y, en definitiva, individualiza el tratamiento de un modo más perfecto que el meramente cuantitativo [53].

Los asclepíadas hipocráticos no supieron utilizar esta fecunda y bien articulada intuición médica de Platón. Si hubiesen sabido hacerlo, acaso

---

[53] Platón, sin embargo, no quiere exagerar la importancia política de los exordios persuasivos, ni ponderar con exceso la eficacia terapéutica de los «bellos discursos». El político sólo atento a la persuasión, educa, pero no legisla (*Leyes*, 857 e). Sin preámbulo, y aunque se oponga a las más venerables costumbres ancestrales, la ley justa sigue siendo ley justa; sin un previo discurso suasorio e individualizador, la regla gimnástica y el tratamiento prescrito por un médico que domine su arte siguen siendo eficaces: «Si un médico, sin intentar persuadir a su paciente, pero realmente impuesto en su arte, obliga a un niño, a un hombre o a una mujer a que cumplan la norma mejor, ¿cuál será el nombre de esa imposición? ¿No será cualquier cosa antes que el llamado error pernicioso contrario al arte? Y quien sufra tal imposición, ¿no estará acaso en el derecho de afirmarlo todo, salvo que ha sufrido tratamientos perniciosos e inhábiles por parte de los médicos que se los impusieron?» (*Político*, 296 b c).

Es patente el cambio de actitud de Platón, desde el *Cármides*, diálogo de juventud, al *Político*, compuesto treinta años más tarde, acerca de la eficacia curativa de la persuasión verbal. «Sin el bello discurso, para nada sirve el fármaco», afirma Sócrates en el *Cármides*, siguiendo la lección del médico tracio. Más certero y más «positivo», si vale tal expresión, el *Político* enseña que los discursos suasorios acrecen, sin duda, la eficacia sanadora del remedio; pero, aún amenguada, ésta subsiste sin ellos.

hubiera sido otro el curso de la medicina occidental [54]. Pero tanto el indudable aire descriptivo que tienen los textos platónicos de las *Leyes*, como el fragmento del escrito *de habitu decenti* a que antes aludí, permiten concluir que la persuasión verbal, y con ella la individualización anímica del tratamiento, fue práctica habitual en la antigua Grecia frente a los enfermos libres y ricos.

La ilustración y la persuasión del enfermo ganaban su máxima eficacia individualizadora merced a la *adecuación biográfica* del tratamiento. Desde fuera de la medicina, tanto Platón (*Político*, 295 c-d) como Aristóteles (*Política*, 1286 a) postulan la necesidad de atemperar el tratamiento médico a la biografía del enfermo y al curso temporal de la enfermedad, y según esta regla procedieron los médicos hipocráticos; baste recordar la importancia que en el *Corpus Hippocraticum* se atribuye a la oportunidad de las intervenciones del médico, al *kairós* (por ejemplo, en *de morbis I*, L. VI, 146-148). Pero una asistencia médica excesivamente individualizada, atenta, por consiguiente, a la más leve dolencia y a la más tenue peculiaridad de la constitución y la biografía del enfermo, ¿es realmente deseable? ¿No vendrá a ser, a la postre, indigna y perjudicial? Así lo afirma taxativamente Platón en una página de la *República* (III, 405 c-d). Frente a la medicina que él juzga sana y tradicional, sólo atenida a las enfermedades que por azar surgen en la vida del paciente, el artificio y la molicie de los hombres han construido, dice, una medicina «pedagógica», cuya norma es seguir día a día y hasta hora a hora el curso vital del posible enfermo, a la manera como el pedagogo va siguiendo los pasos del niño de que cuida. Heródico de Selimbria, un viejo profesor de gimnasia, habría sido su inventor, convirtiendo en regla lo que para sí mismo, en cuanto enfermo crónico, venía largo tiempo haciendo (*Rep.* III, 406 a b).

¿Será necesario decir que son las personas ricas las únicas que pueden permitirse el lujo de utilizar para su propio cuidado esta minuciosa y exigente «terapéutica pedagógica»? Un significativo pasaje del *Timeo* (89 b c) nos dice que tal proceder terapéutico no sería posible sin cierta *skholê* (ocio, holgura del enfermo), y la razón es bien obvia. Sólo abandonando sus quehaceres habituales podrá el paciente consagrarse a los que le impondrá esa continua atención a su salud; lo cual no sería posible si su «holgura» no fuese, ante todo, económica. «Del rico —enseña

[54] De nuevo debo remitir al lector a *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*.

la *República*— podemos decir que no tiene a su cargo una tarea cuyo abandono forzoso le haga intolerable la vida» (III, 407 a); y es a todas luces evidente que la «terapéutica pedagógica» requiere del paciente —aparte los honorarios del médico y el pago de los remedios que éste prescriba— muy amplia disponibilidad de tiempo libre: ocio, *skholê*. Sólo el rico puede comprar tiempo propio y tiempo ajeno. Toda la axiología social del mundo griego —alta estimación del ocio, subestimación de la faena servil o *banausía*, exigencia ética de emplear el ocio para la propia perfección intelectual y estética, excelencia social del servicio a la *pólis*— late en los senos de ese texto de Platón [55].

3. Entre la indiscriminadora y «tiránica» asistencia médica a los esclavos y el tratamiento curativo y dietético de los hombres libres y ricos, tan exquisitamente individualizado, hallábase el cuidado «resolutivo» que en caso de enfermedad recibían —y aún requerían— los hombres libres y pobres. Por ejemplo, aquel animoso carpintero de que nos habla Sócrates en la *República*: «Cuando está enfermo un carpintero, pide al médico que le dé un medicamento que le haga vomitar la enfermedad, o que le libre de ella mediante una evacuación por abajo, un cauterio o una incisión. Y si le va con las prescripciones de un largo régimen, aconsejándole que se cubra la cabeza con un gorrito de lana y haga otras cosas por el estilo, pronto saldrá diciendo que ni tiene tiempo para estar malo, ni vale la pena vivir de ese modo, dedicado a la enfermedad y sin poder ocuparse del trabajo que le corresponde. Y muy luego mandará a paseo al médico y se pondrá a hacer su vida corriente; y entonces, una de dos; o sanará y vivirá en lo sucesivo atendiendo a sus cosas o, si su cuerpo no puede soportar el mal, morirá y quedará así libre de preocupaciones» (III, 406 d-e).

Tan expeditivo proceder terapéutico tiene para Platón una evidente justificación social: «He ahí —dice Glaucón comentando las palabras antes transcritas— el género de medicina que parece adecuado para un hombre de esa clase» (406 e). Cualquier heleno de los siglos v y iv hubiese dicho lo mismo. La estructura social de la *pólis* griega y el sentir general acerca de la «naturalidad» de las clases sociales —cada hombre ocuparía en la ciudad, a la postre, el puesto genérico que por naturaleza

[55] En *de diaeta III* se distingue muy taxativamente entre las personas que por sus ocupaciones deben vivir irregularmente y no pueden cuidar mucho de sí mismas (L. VI, 594) y las que, por su holgura económica, disponen de todo su tiempo para ocuparse de su salud (L. VI, 604).

le corresponde— hicieron que entre los griegos fuese tópica esa opinión, pese al esfuerzo dialéctico de quienes en Atenas discutían la relación entre *nómos* y *physis*. Platón, sin embargo, llega a decir más. A su juicio, ese modo de tratar a los enfermos es el que conviene al bien de la *pólis*, y, por tanto, el objetivamente preferible. «En toda ciudad —dirá poco más tarde Aristóteles— hay tres elementos: los muy ricos, los muy pobres y, en tercer lugar, los intermedios entre unos y otros; y puesto que hemos convenido que lo moderado y lo intermedio es lo mejor, es evidente que también cuando se trata de la posesión de los bienes de fortuna es la clase intermedia la mejor de todas, porque es la que más fácilmente obedece a la razón» (*Pol.* 1295 b). Adelantándose a la ponderada doctrina de su discípulo, el aristócrata Platón afirma —en lo tocante al tratamiento médico, al menos— la primacía ética y política del *mesótês*.

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

1.º El tratamiento de las enfermedades agudas de los hombres libres —la asistencia médica a los esclavos sería de hecho y de derecho una cuestión aparte— era en la Atenas platónica aproximadamente igual en todos los casos. Con su personal destreza y eficacia, más o menos apoyado en el recurso subsidiario de la persuasión verbal, el médico empleaba sus armas terapéuticas, fármacos, dieta o incisiones, para acabar cuanto antes con el accidente morboso.

2.º Las enfermedades crónicas, en cuya génesis tanta parte tiene el habitual régimen de vida del paciente, exigen recurrir al método terapéutico individualizador y biográfico por excelencia: el que por las razones ya apuntadas llama Platón «pedagógico». De él cabe hacer un uso recto y un abuso. Usan rectamente de él los médicos que saben «gobernar» o «educar» los estados de enfermedad según las sucintas reglas apuntadas en el *Timeo*. Abusan de la «terapéutica pedagógica», en cambio, los médicos y los enfermos a quienes de algún modo conviene la caricatura diseñada en la *República*.

3.º El empleo abusivo del método «pedagógico» —y, por tanto, la excesiva individualización somática y biográfica de los tratamientos— es perjudicial y debe ser proscrito en una *pólis* que aspire a la perfección, y más aún cuando se trate de educar a los futuros gobernantes (412 a).

Muy diversas serían las razones de tal nocividad. Conciernen algunas a la existencia individual del enfermo. Más que vivir, el paciente así tratado camina hacia su vejez «muriendo continuamente por causa de la

ciencia»: *moriviviendo*, si se me permite decirlo con este expresivo neologismo; porque, como tan abnegada y tajantemente sostiene Platón, la vida de quien no pudiera dedicarse a la ocupación que le es propia «no valdría la pena de ser vivida» (405 a) [56].

Todavía son más fuertes, dentro de la estimación platónica, las razones pertinentes al bien de la *pólis*. El excesivo cuidado del cuerpo «constituye un impedimento para la administración de la casa, el servicio militar o el desempeño de cualquier cargo fijo en la ciudad [57]. Y lo que es peor todavía, dificulta toda clase de estudios, reflexiones y meditaciones, porque se teme constantemente sufrir jaquecas o vértigos, y se cree hallar la causa de ellos en la filosofía; de manera que es un obstáculo para cualquier ejercicio y manifestación de la virtud, pues obliga a uno a pensar que está siempre enfermo y a atormentarse incesantemente, preocupado por su cuerpo» (407 b c). Consagrada en unos casos a la utilización filosófica o artística de la *skholê*, dedicada en otros al mejor servicio de la ciudad a través de una profesión cualquiera o de un empleo administrativo, la vida de cada ciudadano debe cumplir su destino «político» venciendo enérgica y abnegadamente la tentación que para los débiles constituyen el cuidado del propio cuerpo y la atención constante al propio derecho: quienes no se ocupan sino en pleitear y quienes viven pendientes del médico son igualmente nocivos para la *pólis* (405 a d). «En toda ciudad bien regida —dice Platón— le está destinada a cada ciudadano una ocupación a la cual por fuerza ha de dedicarse, sin que nadie tenga tiempo para estar toda la vida enfermo y cuidándose» (406 c); y esto es tan cierto en el caso de los artesanos como en el de las personas ricas, porque la continua «dedicación a las enfermedades» impide la práctica de la *aretê* (407 a b) tanto como pueda impedir el ejercicio de la carpintería.

---

[56] El mismo sentir expresa Eurípides en las *Suplicantes*. Dice Ifis en esa tragedia: ¡¡Cómo te odio, vejez, implacable enemigo! ¡Cómo odio a quien intenta prolongar su vida, y mediante pociones, drogas y prácticas mágicas trata de desviar el curso de los destinos y de evitar la muerte! Los seres inútiles a la ciudad deberían más bien desaparecer; deberían irse, dejando el puesto a los jóvenes» (1108 y ss.).

[57] «En la medida en que un hombre vive atenido a los estados de su cuerpo —escribirá Max Scheler, muchos siglos después—, en esa medida queda cerrada para él la vida de sus semejantes, e incluso su propia vida psíquica. Y en la medida en que se eleve sobre tales estados, y tenga conciencia de su cuerpo como de un objeto, y sus vivencias psíquicas queden purificadas de las sensaciones orgánicas siempre dadas con ellas, en esa medida se extenderá ante su vista el orbe de las vivencias ajenas» (*Esencia y formas de la simpatía*, trad. esp., Buenos Aires, 1942, pág. 354). Las palabras de Scheler vienen a ser un correlato *psicológico* del juicio *político* de Platón acerca del excesivo cuidado del propio cuerpo.

Más aún cabe alegar en defensa de la *pólis*. Quienes exigen para sus propios cuerpos los cuidados de una terapéutica desmedidamente «pedagógica», contratan sólo para sí los servicios de un médico que podría y debería atender a otros muchos enfermos —«¿Cómo podría darse jamás, dice el Extranjero en el *Político*, alguien capaz de permanecer toda su vida frente a uno solo, dictándole con precisión la norma que le conviene?» (295 b)—, y con su misma exigencia cotidiana están delatando poseer una naturaleza constitucionalmente enfermiza; y puesto que «el enfermo puede engendrar descendientes que, como es natural, heredarán su constitución», el médico verdaderamente atento a los intereses de la comunidad «considerará que quien no es capaz de vivir desempeñando las funciones que le son propias no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la *pólis*» (*Rep.* III, 407 d c). Todo lo cual induce a Platón a proponer para su ciudad perfecta dos instituciones complementarias: una judicatura compuesta por ancianos virtuosos y conocedores de la vida (409 b c) y un cuerpo médico «que cuide de los ciudadanos de buena naturaleza anímica y corporal, pero que deje morir a aquéllos cuya deficiencia radique en sus cuerpos y condene a muerte a quienes tengan un alma naturalmente mala e incorregible» (409 c—410 a).

No pueden extrañar, pues, ni la conducta de Asclepio, tan buen médico como buen político cuando fundó el arte de curar, ni el proceder terapéutico de sus hijos Macaón y Podalirio en el ejército sitiador de Troya. Asclepio «dictó las reglas de la medicina para su aplicación a aquellos que, teniendo sus cuerpos sanos por naturaleza y por obra de su régimen de vida *(physei kai diaitê)*, han contraido determinadas enfermedades, y quiso hacerlo únicamente para estos hombres y para los que gocen de tal constitución, a los cuales, para no perjudicar los intereses de la comunidad, deja seguir el régimen ordinario, limitándose a librarles de sus males por medio de fármacos e incisiones. En cambio, con respecto a las personas crónicamente minadas por males internos, no se consagró a prolongar y amargar su vida con un régimen de paulatinas evacuaciones e infusiones» (407 c e). Más concisamente: Asclepio ideó y enseñó a sus hijos (408 a c) el «método terapéutico resolutivo»; y si se abstuvo de practicar y de transmitir a sus descendientes el método que más tarde habría de inventar Heródico de Selimbria —la terapéutica «pedagógica»— no fue por ignorancia o por inexperiencia, sino porque sabía dar al bien de la *pólis* toda la importancia que éste realmente tiene

(406 c). El buen médico, decía brutal y expeditivamente un apotegma lacónico que recoge Plutarco, no es el que pudre lentamente a sus enfermos, sino el que los entierra cuanto antes. Individualizado y robustecido por la ilustración y la persuasión, el método «resolutivo» es para Platón la terapéutica ideal y la parte verdaderamente «divina» del arte de curar. El método «pedagógico», en cambio, sería pura invención de los hombres y consecuencia del desorden moral de la ciudad, lacra de una *pólis* en que los ricos, olvidados de la virtud antigua e incapaces de renovarla mediante el empleo de su razón —tal es en esencia la aspiración última de la *República* y las *Leyes*—, viven muelle y viciosamente atenidos a los placeres y las molestias de sus propios cuerpos.

No sabemos lo que un asclepíada hipocrático hubiese pensado de la sociología médica y la medicina política de Platón. Nada dicen acerca de una y otra los escritos del *Corpus Hippocraticum*. Puede afirmarse, sin embargo, que la sociología médica implícita en ellos es más bien «física», y la de Platón más bien «política». Todos los griegos pensaron que la *physis* del individuo humano se relaciona con la materna *Physis* universal directamente (generación, alimentación, respiración, etc.) y a través de la sociedad o *koinônía*, en la cual el hombre se halla por naturaleza inscrito; para un griego, a través de la *pólis*. No pudieron ser ajenos los médicos hipocráticos a este común sentir de su pueblo. Pero dentro de él es posible dar mayor o menor importancia al eslabón «político» de la relación entre la *physis* individual y la *Physis* cósmica, y es evidente que Platón, por razones a la vez personales e históricas, se la concedió máxima. No me parece ilícito hablar de una «crispación política» del pensamiento de Platón, a raíz de su experiencia siciliana [58]. Cabe decir, pues, que el asclepíada hipocrático se sentía amigo del enfermo *sobre todo* en cuanto éste era hombre, hermano en la común filialidad respecto de la *Physis* (de ahí la sentencia de los *Praecepta* sobre la relación entre la *philotekhnía* y la *philanthrôpía*), y que el médico fingido como ideal por la mente platónica debía sentirse amigo del enfermo *sobre todo* en cuanto éste era

[58] Véase la «Introducción» de J. Marías a la edición de la *Política* de Aristóteles antes mencionada, así como su «Introducción a Platón» en la edición del *Fedro* platónico (Buenos Aires, 1948).

Sobre el problema del «totalitarismo» de Platón, véase la amplia bibliografía que J. M. Pabón y M. Fernández Galiano citan en su edición de la *República* (Madrid, Inst. de Estudios Políticos, 1949) y de las *Leyes* (Madrid, Inst. de Estudios Políticos, 1960). Una sugestiva introducción al conocimiento de Platón político es *Un libro sobre Platón* (Madrid, Col. Austral, 1956), de A. Tovar.

politês, miembro de una comunidad humana, la *pólis*, a cuyo servicio alcanzaría pleno sentido y plena dignidad la naturaleza del hombre [59]. Dos modos de sentir y concebir la «amistad médica» que, bajo formas distintas, van a repetirse más de una vez a lo largo de la historia.

IV. MOMENTO ETICO-RELIGIOSO DE LA RELACION MEDICA: LA ETICA HIPOCRATICA

En cuanto acto humano, la relación entre el médico y el enfermo es constitutivamente ética; pero su modo de serlo cambia con las creencias religiosas y morales imperantes en la sociedad en que se produce. Aun cuando sea posible construir una «ética médica natural» —válida, por tanto, para cualquier situación histórica—, y aun cuando la excelencia de esa permanente tabla moral del médico llegue a su cima cuando cristianamente se la sobrenaturaliza, algo y aún mucho hay en el aspecto ético de la relación médico-enfermo que va cambiando a lo largo de la historia.

La ética de los asclepíadas hipocráticos fue la correspondiente a su doble condición de médicos y griegos. Nada más obvio. Pero la «helenidad», concepto cultural indudablemente unitario, fue modulándose en el curso de su existencia histórica. Algo de común hay, por el hecho de ser griegos, entre un augur de la época homérica y un sofista del siglo v; algo distinto hay también entre ellos. Pues bien: griegos de estirpe y cultura, radicalmente griegos, los asclepíadas hipocráticos lo fueron como tenía que serlo un *tekhnítês* y un *physiológos* de los siglos v y iv, y tanto en orden a su pensamiento (teoría de la *physis* del hombre, saber patológico y terapéutico) como en orden a su conducta profesional (política y deontología del ejercicio médico).

La ética de los médicos hipocráticos fue formalmente religiosa. La interpretación positivista de la cultura griega se ha complacido presentando la medicina hipocrática como una suerte de «secularización cien-

---

[59] Alguien objetará que la distancia cronológica e histórica entre los primeros escritos hipocráticos y los *Praecepta* es muy grande, y que sólo éstos, en cuanto posteriores al estoicismo, pudieron invocar la *philanthrôpía* del médico como una virtud y un deber. Es verdad. Pero no es menos cierto que esa *philanthrôpía* se halla formalmente incoada en la visión de la *anthrôpou physis* que expresan los escritos hipocráticos anteriores al pensamiento estoico.

tífica» de la medicina religiosa anterior a Hipócrates [60]. No puedo compartir ese juicio. La hazaña de los fundadores de la *tékhnê iatrikê* (Alcmeón, Hipócrates, etc.) tuvo como último fundamento, es cierto, un cambio en la actitud religiosa del hombre griego; pero este cambio —visible primero en las colonias, y luego en las *póleis* áticas y lacedemonias— no fue tanto una «secularización» como una «reforma»: junto a la vieja *religiosidad cultual*, fuese olímpica, dionisíaca u órfica su figura, apareció en determinados círculos una *religiosidad ilustrada*, cuyo nervio más íntimo consistió en subrayar intelectualmente el carácter divino de la *physis*. Lo divino —*tó theion*— es para estos hombres la *physis*, la naturaleza universal, principial y materna; Zeus, Poseidón, Deméter y Dionisos no serían sino figuraciones populares de esa radical y unitaria divinidad. El naturalismo, nota fundamental de la cultura griega, hácese así doctrina religioso-filosófica. Los iniciadores de esta nueva actitud de la mente helénica —Tales de Mileto, Anaxímenes, Anaximandro, Pitágoras, Empédocles, etc.— son a la vez «teólogos» (Jaeger) y «fisiólogos». Más precisamente: son teólogos en tanto que fisiólogos, y fisiólogos en tanto que teólogos. Poco importa que algunos acentúen el carácter «fisiológico» de la nueva religiosidad (los filósofos presocráticos) y otros subrayen, con mayor o menor gravedad ética, sus aspectos «políticos» (los sofistas, Sócrates, Platón); lo verdaderamente importante y decisivo es la mutación religiosa de que todos ellos son a la vez causa y consecuencia [61].

Sobre ese fundamento religioso y filosófico construyen su medicina los autores del *Corpus Hippocraticum*, y él es también el que orienta y determina su ética profesional. La deontología hipocrática se apoyaba más o menos expresamente en una religiosidad muy determinada y explícita, que a los ojos del historiador aparece como una suerte de oscilante compromiso —valga la expresión— entre la vieja «piedad cultual» y la nueva «piedad fisiológica». Aquélla se hace patente sobre todo en el arranque mismo del *Juramento* —«Juro por Apolo médico, por Asclepio, por Higea y Panacea, por todos los dioses y diosas...»—; esta

---

[60] Ch. Daremberg, *Histoire des sciences médicales* (París, 1870); R. Fuchs, «Geschichte der Heilkunde bei den Griechen», en el *Handbuch* de Neuburger-Pagel, I, página 241; M. Neuburger, *Geschichte der Medizin*, I, pág. 194; M. Pohlenz, *Hippokrates und die Begründung der wissenschaftlichen Medizin* (Berlín, 1938), pág. 85 *et passim*.

[61] Debo limitarme a estas sumarísimas indicaciones. Vea el lector los tratados y monografías de los expertos en religión griega: Kern, Nilsson, Deubner, Jaeger, Dodds, Guthrie, Festugière, Snell, Pfister, etc., así como las exposiciones generales de historia de la cultura helénica señaladas al comienzo de este capítulo.

otra, en los escritos *Sobre la enfermedad sagrada*, *Sobre los aires, las aguas y los lugares*, *Sobre la dieta*, la *Ley*, el *Pronóstico*, etc. La *eusébeia* que tan enérgica y reiteradamente proclama el autor de *Sobre la enfermedad sagrada* es sin duda alguna la suma del tradicional culto a los dioses y la nueva «piedad fisiológica» de los pensadores presocráticos (L. VI, 352-364); condena, es cierto, las purificaciones y los encantamientos con que la superstición antigua trataba de combatir el mal epiléptico, pero recomienda aunar las prácticas de la religiosidad consuetudinaria (el sacrificio ritual, la plegaria a los dioses en el templo; L. VI, 362) con los recursos terapéuticos «naturales», últimamente basados en la condición divina de la *physis* [62].

¿Quiere esto decir que la ética médica posee figura y contenido uniformes en todos los escritos del *Corpus Hippocraticum*, y que, por tanto, es posible construir una «deontología médica hipocrática» colacionando textos y opiniones procedentes de cualesquiera de ellos? Tal fue hace años la opinión de G. Weiss [63]. Frente a ese criterio uniformador, L. Edelstein ha demostrado que ni siquiera el más venerado y central de los documentos de la ética hipocrática, el *Juramento*, fue aceptado como dogma intocable por todos los médicos de la Antigüedad clásica. «El *Juramento* hipocrático —concluye Edelstein— es un manifiesto pitagórico, y no la expresión de un canon absoluto de la conducta del médico» [64].

Con Edelstein y tantos otros, pienso que hoy no es posible estudiar con un mínimo rigor el *Corpus Hippocraticum* sin distinguir la escuela y la época a que perteneció, si tal precisión puede alcanzarse, el autor del escrito considerado. No es poco lo que separa un escrito neumático de otro humoral, uno coico de otro cnidio, uno procedente del siglo v de otro compuesto ya avanzada la época helenística de la cultura griega. Ello, sin embargo, no puede impedir que todos los autores de esos escritos coincidan entre sí en ser griegos y en ser médicos, *tekhnítai* o «técnicos»

---

[62] Véase W. Nestle, «Der Begriff des *theion* und *daimónion*», en *Griechische Studien* (Stuttgart, 1948), y H. W. Miller, «The Concept of the Divine in *De Morbo Sacro*», *Transactions and Proceedings of the American Philological Association*, 84 (1953), 1-16.

[63] «Die ethischen Anschauungen im corpus Hippocraticum», *Archiv für Geschichte der Medizin*, IV (1910), 235-262.

[64] L. Edelstein, *The Hippocratic Oath. Text, translation and interpretation* (Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1943). Véase también: K. Deichgräber, «Die ärztliche Standesethik des Hippokratischen Eides», *Quellen und Studien*, 3 (1933), 29-49, y *Der hippokratische Eid* (Stuttgart, 1955); F. Büchner, *Der Eid des Hippokrates* (Freiburg i. Br., 1945).

griegos de la medicina. Lo cual obliga a completar ese estudio discriminador con otro comparativo y sistemático, enderezado a discernir y mostrar lo que por debajo de las diferencias cronológicas e intelectuales —Cos o Cnido, humoralismo o neumatismo, Grecia de Pericles o helenismo tardío— hace comúnmente «griegos» los escritos del *Corpus Hippocraticum*. Tal es el sentir subyacente a las páginas anteriores [65]. Salvo matices irrelevantes, lo que he dicho sobre la «amistad médica», el diagnóstico y el tratamiento hipocráticos es válido, a mi juicio, para todos los tratados clínicos del *Corpus*; es, en el más amplio y fundamental sentido de la expresión, «medicina hipocrática». Preguntémonos, pues: en orden a la relación entre el médico y el enfermo, ¿cuáles fueron los rasgos y preceptos principales de la ética médica hipocrática? Con otras palabras: ¿cómo se expresó éticamente la *philía iatrikê* o «amistad médica» de los médicos griegos?

Pienso que la respuesta puede ser ordenada en tres puntos: tecnificación del instinto de auxilio, concepción ética, no sólo técnica, de la limitación del arte de curar, actitud del médico frente al problema de la retribución de su actividad.

Hablé páginas atrás de la existencia de un «instinto de auxilio» en el alma del hombre y de su inexcusable «personalización» —aceptación apropiadora, conversión en proyecto de acción, interpretación teorética y operativa de la realidad de ese instinto, posibilidad de incrementarlo o debilitarlo por obra de la educación— para que sea humanamente eficaz. Pues bien: el rasgo más central y meritorio de la ética médica hipocrática consistió en *aceptar, interpretar y potenciar técnicamente ese instinto de auxilio al semejante enfermo*. Hay artes —dice el autor del escrito *de flatibus*— «que son benéficas para los que de ellas se sirven, pero penosas para quienes las poseen», y entre ellas está la medicina. El médico «tiene la vista contristada, el tacto ofendido, y en los dolores ajenos sufre penas propias, mientras que los enfermos, por obra del arte, escapan a los mayores males, enfermedades, sufrimientos, penas, muerte; porque contra todos ellos halla recurso la medicina» (L. VI, 90). El famoso principio de «favorecer y no perjudicar» (L. II, 634) y la tan reiterada obligación del médico de consagrarse con ahinco y decoro al bien del enfermo, hasta lograr, no sólo la salud de éste, sino incluso su

[65] Esa fue también la intención del valioso ensayo de O. Temkin «Die systematische Zusammenhang im Corpus Hippocraticum», *Kyklos. Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin*, I (1928), 9 y ss.

«buena apariencia» —*éneken hygieiês, éneken euskhêmosynês*, «por causa de la salud y de la buena apariencia» del que le llama, debe proceder el médico, dicen textualmente los *Praecepta* (L. IX, 258)—, son la expresión más inmediata de esa noble actitud moral. Vea el lector los escritos *de habitu decenti*, *Praecepta*, *de medico*, etc.

Este proceder tuvo su fundamento en la *philanthrôpía* del médico, en su amor al hombre en tanto que hombre. Ella es, como sabemos, la que debe hacerle amar a su arte (*Praecepta*, L. IX, 258). Cuando moralmente era lo que debía ser, el asclepíada hipocrático amaba a su arte a través de su amor al hombre, y al hombre —al enfermo que requería sus servicios—, a través del amor a su arte. Es cierto que tal mandamiento procede de un escrito redactado muy tardíamente, cuando ya los estoicos habían difundido en el mundo helenístico la idea y la palabra de la *philanthrôpía*; idea y palabra que sería inútil buscar en los escritos de los siglos V y IV antes de Cristo. Pero ya hice notar que la estimación intelectual y ética de la «naturaleza del hombre», latente en el *Corpus Hippocraticum* desde sus documentos más antiguos, preludia o incoa esa *philía* hacia el hombre en cuanto tal. A su manera médica y helénica, Hipócrates fue un «filántropo» *avant la lettre*.

A su manera médica y helénica. Esa nobilísima faena de aceptar, interpretar y potenciar el instinto de auxilio al hombre enfermo tuvo, en efecto, doble condicionamiento: fue, por una parte, «técnica», y de ahí su influencia imperecedera sobre todos los médicos que han heredado el mensaje griego; se ajustó, por otra parte, a la concepción griega de la *philía* y de la *tékhnê*. Ahora bien: la *philía*, la amistad, médica o no, fue siempre para los griegos *physiophilía*, amor a la naturaleza, y la *tékhnê*, el arte, un saber hacer racionalmente lo que la naturaleza consiente hacer. Y puesto que la *physis* era para él «lo divino», el médico hipocrático se sintió íntima y espontáneamente obligado a *considerar como un imperativo religioso y ético el respeto a la limitación de su arte*; en definitiva, su abstención como terapeuta frente a lo que la «necesidad de la naturaleza» o *anánkê physeôs* no le permitía hacer.

Nada más significativo a este respecto que la definición de la *tékhnê iatrikê* en el escrito *de arte*: «Pienso que la medicina tiene por objeto librar a los enfermos de sus dolencias, aliviar los accesos graves de la enfermedad y abstenerse de tratar aquellos enfermos que ya están dominados por la enfermedad, puesto que en tal caso se sabe que el arte no es capaz de nada» (L. VI, 4-6). La frecuencia y la rotundidad con que este impe-

rativo de la abstención terapéutica es formulado en el *Corpus Hippocraticum* (*Lex*, L. IV, 638-640; *de morbis I*, L. VII, 640; *Prorrético II*, L. IX, 26, ecétera) indican muy claramente que no se trata de un simple consejo técnico, sino de un mandamiento religioso y ético. Regido por sus creencias acerca de la naturaleza, el hombre y el arte, el médico hipocrático entendía como un deber suyo abstenerse de tratar a los incurables y a los desahuciados; mejor dicho, a los enfermos que su discriminación «técnica» entre *nósos kat'anánkên* («enfermedad necesaria o forzosa») y *nósos kat'atykhían* («enfermedad azarosa o por infortunio») hacía considerar incurables o desahuciables por inexorable mandato divino de la Naturaleza. Todavía en el siglo III de nuestra era podía hablar Orígenes, polemizando contra Celso, de «enfermos tan corrompidos ya y con tan mal sesgo en su dolencia, que un médico entendido —esto es, uno de los asclepíadas de la Alejandría pagana— tendría escrúpulo en tratarlos» (*contra Celsum*, III, 25).

Trátase, por lo demás, de una actitud ética común a todo el pueblo griego. Ella es la que determina el elogio platónico de la «medicina resolutiva» a que en el apartado anterior hube de referirme. En ella se funda asimismo el juicio de Pausanias en el *Banquete* a propósito de la prestación de favores («Es bello hacer favores a los hombres virtuosos, y feo hacérselos a los viciosos»), y la ulterior aplicación de esa regla a la medicina, por Erixímaco (*Banq.* 186 bc: es feo para un médico tratar de curar lo que «por naturaleza» es malo, *kakón*). A ella debe referirse, en fin, el consejo aristotélico de abandonar, por su irremediable incapacidad para la amistad, al hombre cuya maldad se reputa incurable (*Eth. Nic.* 1165 b 23-25). El radical naturalismo del pensamiento helénico y su consiguiente concepción de la *philanthrôpía* como *physiophilía* habían de expresarse así; ver las cosas de otro modo sería incurrir en delito de *hybris*, pecar de «desmesura» contra la inapelable divinidad de la *Physis*. En suma: el médico hipocrático no era «amigo del enfermo», en el sentido que cristianos y no cristianos damos hoy a esa expresión [66], sino «amigo de la naturaleza» y «amigo de su arte», en cuanto éste le permitía ser —respetuosa y venerativamente— «fisiófilo».

Suele decir nuestro pueblo que cuando la caridad es bien entendida

---

[66] Salvo si el hombre actual confiesa un naturalismo radical y consecuente, y no ve al hombre como «persona», sino como pura «naturaleza cósmica». Veremos en páginas ulteriores que en tal caso la amistad desaparece y es sustituída por la simple camaradería.

«empieza por uno mismo»; sentencia que puede tener un sentido noble (cuando uno demuestra amarse a sí mismo dándose a los demás) y un sentido bellaco (cuando el amor de sí mismo consiste en negarse a los demás o en buscar ante todo el provecho propio) [67]. Con igual razón cabría decir que el bien entendido amor a la naturaleza —la «fisiofilia»— debe comenzar por la de uno mismo, y que de esta máxima cabe una versión noble (la del *philautos* aristotélico) y otra menos noble (la de quien ante todo busca fama y lucro propios). Esta debió de ser por lo general la versión del asclepíada helénico, a juzgar por lo que el *Corpus Hippocraticum* enseña acerca de los *honorarios del médico* y por lo que la sociedad en torno a él dijo a veces sobre el tema.

La relación económica entre el médico hipocrático y el paciente se ajustó a los siguientes principios:

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

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

3.º A veces, el médico prestará sus servicios gratuitamente, en recuerdo de un favor recibido o por conseguir buena fama; lo cual acontecerá, sobre todo, cuando el enfermo sea extranjero y pobre. Porque —tal es la ocasión en que por vez primera aparece la famosa sentencia— donde hay amor al hombre hay también amor al arte (L. IX, 258).

La asistencia gratuita al enfermo tuvo para el asclepíada hipocrático dos motivos principales: uno inmediato e interesado, el ansia de fama;

[67] Claro está que el amor de sí mismo deja en este último caso de ser verdadera caridad y se convierte en puro egoísmo.

otro remoto y noble, el amor al hombre, y a través de éste, el amor a la Naturaleza; su «filantropía fisiofílica», si vale decirlo así. Pero no parece que este último mandamiento tuviese mucha fuerza social, al menos en la Atenas de Aristófanes. En el *Pluto* —en la segunda de sus dos comedias así tituladas— el gran cómico presenta a Cremilo, campesino pobre que por mandato de un oráculo de Loxias trata de curar al dios de las riquezas de la perturbadora ceguera que éste padece. Busca para ello un médico competente, y da cuenta del fracaso de su empeño con estas palabras: «¿Cómo hallarlo? Donde no hay recompensa, no hay arte» [68]. Los asclepíadas atenienses del siglo v distaban mucho de sentir en sus almas el mandamiento que muchos años después, movido por una sensibilidad nueva, había de dar a la posteridad otro griego de su mismo oficio.

* * *

La medicina de la Grecia clásica no fue un bloque monolítico y uniforme. Ya en su período hipocrático hubo en ella grupos y escuelas: pitagóricos, coicos y cnidios; humoralistas, neumáticos y doctrinarios del fuego; clínicos más tipificadores y clínicos más individualizadores. Pasado el período hipocrático surgirán empíricos, metódicos y eclécticos, y al fin, la gigantesca obra sistemática de Galeno. Cambia también la sensibilidad moral y social del médico: mídase *in mente* la distancia entre un terapeuta más o menos próximo a los ideales de Platón y el tardío autor de los *Praecepta*. Cambia, en fin, el marco social en que se presta la asistencia al enfermo: las *póleis* jónicas en el caso de Hipócrates, la Atenas del siglo IV en las descripciones de Platón, y más tarde las ciudades alejandrinas y la Roma Imperial.

A través de tantos cambios, algo, sin embargo, perdura constante en la medicina antigua: la actitud del médico frente al enfermo, esquemáticamente reducible a dos tipos, uno menos noble y otro más noble. Los médicos pertenecientes al primero practican su técnica movidos principalmente por un vehemente afán —más secreto en unos casos, más declarado en otros— de prestigio y de lucro. Los médicos integrantes del segundo son, por supuesto, técnicos profesionales y hombres sensibles a la atracción que sobre el alma humana ejercen el renombre y el dinero; pero el móvil que últimamente les ha llevado a ser «técnicos»

---

[68] Más detalles acerca del *Pluto* de Aristófanes, en *Enfermedad y pecado*, pág. 39.

de la medicina y a actuar como tales es el doble amor a la naturaleza y al arte que tantas veces ha sido mencionado en las páginas precedentes. Estas actitudes cardinales del médico ante su *tékhnê* y la del hombre antiguo ante el hecho vital de la enfermedad [69] determinaron el contenido y la figura de la relación entre el médico y el enfermo a lo largo de la Antigüedad clásica.

Pero el hombre, ¿es sólo naturaleza cósmica? ¿Se agota íntegramente su ser en la realidad a que los antiguos griegos dieron el nombre de *physis*? Y si no es así, si en la realidad del hombre hay algo —un comportamiento, un principio de ser— de índole constitutivamente trans-cósmica, ¿cuál habrá de ser su posición intelectual, operativa y ética frente a un evento de su vida tan hondo y removedor como la enfermedad? ¿Cuál habrá de ser, en tal caso, su manera de entender y practicar la relación médica con el enfermo? Cuando la cultura helenística declinaba, algunos hombres oscuros procedentes de Palestina se atrevieron a afirmar que la realidad del hombre es algo mucho más alto y digno que la *physis* cósmica. Se llamaban a sí mismos «cristianos». Veamos cómo estos hombres, sin proponérselo expresamente, cambiaron de manera radical el modo de tratar al enfermo y de entender la enfermedad.

---

[69] ¿Qué fue para el hombre antiguo la enfermedad, en cuanto vicisitud de la existencia humana? ¿Qué nos enseña el *Corpus Hippocraticum* acerca de la actitud del enfermo helénico ante su dolencia? Algo dicen acerca del tema las páginas anteriores, y algo más he dicho en el estudio «La enfermedad como experiencia», ya mencionado. El tema, sin embargo, debe ser más amplia y minuciosamente estudiado.

CAPITULO II

EL CRISTIANISMO Y LA RELACION MEDICA

La predicación del cristianismo no tuvo entre sus fines inmediatos, claro está, proponer a los hombres un nuevo modo de entender y practicar la relación entre médicos y enfermos. Pero a ninguno de los que anunciaron la Buena Nueva les hubiera parecido sorprendente que sus palabras fuesen origen inmediato de una novedad importante en la práctica y en la doctrina de esa relación. En primer lugar, por la tan frecuente y significativa presencia del enfermo en la letra del Nuevo Testamento. En segundo término, por la tan honda y justificada convicción, entre ellos, de estar iniciando una actitud inédita en orden al amor entre hombre y hombre, fundamento de toda asistencia médica deseosa de perfección.

La reiterada mención del enfermo en los textos neotestamentarios es directa unas veces y metafórica otras. Jesús cura milagrosamente a los más diversos enfermos. Un herido —a la postre, un enfermo— es, en la parábola del Samaritano, el representante típico de los hombres frente a los cuales debe ser ejercitada la misericordia. Las palabras de Jesús en el texto escatológico de San Mateo (XXV, 39-40) prescriben del modo más explícito el deber de la asistencia caritativa a los enfermos, y San Pablo (*I Tesal.* V, 14) repite luego el mandamiento. «Enfermos», en fin, son metafóricamente llamados (Mat. IX, 12; Marc. II, 17; Luc. V, 31) los hombres menesterosos de la salvación que el Evangelio promete [1].

Por otra parte, los cristianos comparecen en la historia proclamando una novedad radical en la vida (San Pablo: *Rom.* VI, 4; *II Cor.* V, 17; *Col.* III, 10; *Ef.* IV, 24), a la cual pertenece como parte integral una nueva

[1] Véanse, acerca del tema, mis libros *Enfermedad y pecado* (Barcelona, Toray, 1960) y *Teoría y realidad del otro.*

idea del amor. Tan cierto es esto que los traductores del Nuevo Testamento al griego se sentirán íntimamente obligados a emplear, para designar el amor, una palabra helénica distinta de *érôs*, y de modo sistemático usarán el término *agápê*, que bajo forma verbal *(agapaô)*, desde los tiempos homéricos (*Od.* XXIII, 214) venía significando «acoger con amistad» [2]. Pronto examinaremos con algún detalle esta decisiva y fundamental novedad del amor cristiano.

Desde el seno mismo de la concepción cristiana de la vida, la relación entre el médico y el enfermo había de ser entendida como un acto de amor, como una expresión particular de la idea cristiana, agapética, de la *philía*. Asistir a un enfermo con alguna voluntad de perfección es, debe ser siempre, sea médico o profano quien practique esa obra de asistencia, un acto de amor, un ejercicio de *agápê*. En el profano, según lo que su vida y la ocasión en aquel momento permitan y aconsejen. En el médico, según las dos operaciones técnicas que los asclepíadas griegos habían enseñado a la humanidad: la operación cognoscitiva a que helénicamente damos el nombre de «diagnóstico» y la operación operativa, valga la redundancia, que los helenos llamaron *therapeia* y nosotros llamamos «tratamiento». Para un médico cristiano, diagnosticar y tratar al enfermo debe ser expresión y consecuencia de un amor previo al conocimiento técnico y a la prescripción de fármacos. Convicción «técnicamente» robustecida luego, cuando el naciente cristianismo haga suya la *tékhnê iatrikê* de Hipócrates y Galeno y aprenda que también para los griegos —aunque con bien distinta idea del amor— el «arte» del terapeuta debe tener como fundamento la *philía*.

Para entender, pues, la visión cristiana de la relación médica —constante a través de las distintas situaciones históricas y sociales en que necesariamente se realiza— estudiaremos sucesivamente las notas esenciales de la novedad del cristianismo en orden al conocimiento de la realidad, las novedades relativas a la idea del amor y la estructura esencial de la amistad cristiana.

---

[2] Remito al lector a la bibliografía mencionada en el segundo volumen de mi *Teoría y realidad del otro*, y singularmente a las monografías de Nygren, Warnach y Spicq y a los léxicos de Kittel y Vacant, así como el *Dictionnaire de la Bible*.

Es curiosa la inversión semántica operada en el griego moderno, bajo la influencia del cristianismo: el griego actual llama con frecuencia *agápê*, no *érôs*, al amor erótico, y no sólo al amor de caridad. Nada más sorprendente para un frecuentador de la literatura neotestamentaria que oír a Fedra, en la conocida versión cinematográfica de la tragedia clásica, llamar *Agapi mou* al hijo de su esposo.

I. Exhortaba San Pablo a los cristianos de Roma a caminar *in novitate vitae*. *Neuheitserlebnis*, «vivencia de novedad», ha llamado K. Prümm en un libro bien conocido a la general impresión de los primeros cristianos ante la vida que en el seno del mundo antiguo, y como inmediata realización de los preceptos evangélicos, ellos mismos estaban edificando. Esa radical y fecunda «novedad» había de tener y efectivamente tuvo muchos aspectos distintos. Y entre ellos uno, esencial, relativo a la consistencia y al conocimiento de la realidad. He aquí los más importantes, en lo que a nuestro tema se refiere:

1. Novedades tocantes a la *idea de Dios*. Frente a la teología helénica, bien en su forma popular (Panteón olímpico, cultos dionisíacos, misterios órficos), bien en su forma ilustrada (concepción de la *physis* como «lo divino», *tó theion*) [3], el cristianismo enseñará que Dios es una realidad espiritual, trascendente al mundo, personal, omnipotente, creadora del mundo desde la nada —*ex nihilo subiecti*, según la fórmula canónica— y humanamente encarnada a través de una de sus personas.

2. Novedades relativas a la *idea del mundo*. Para los griegos, el mundo o *kósmos* había sido la bien ordenada y dinámica mostración de una *physis* universal, unitaria, principial, fecunda, armoniosa, ingenerada, interminable, soberana y divina. La *physis* no tiene principio ni fin, es eviterna, y a través de sus «ciclos» una y otra vez retorna a nacer, parcialmente cada año solar, totalmente al comienzo de cada «Gran Año». Para los cristianos, en cambio, el mundo ha sido creado por Dios *ex nihilo* en el origen de los tiempos, y al término de estos conocerá un «fin del mundo»; no como retorno a la nada originaria, sino como transfiguración hacia un modo de ser inédito e imperecedero. Frente a la *ekpyrosis* o «deflagración final» de la cosmología helenística, el cristianismo afirmará la escatología revelada del Nuevo Testamento (la *apokalypsis*), y acabará llamando «apocalipsis», no sólo a la revelación misma, sino a lo por ella revelado, al «fin del mundo».

3. Novedades concernientes a la *idea del hmbore*. Desde su radical naturalismo, los griegos vieron en el hombre un engendro locuente, pensante y bipedestante de la *physis*. En un texto famoso, Aristóteles afirmará, es cierto, que el *nous poiêtikôs* entra «desde fuera» *(thyrathen)* en el cuerpo del embrión humano (*de gen. anim.* II, 3, 736 b 27); mas nadie

---

[3] Ni Aristóteles, ni los estoicos rebasaron, en última instancia, esta concepción de la divinidad.

sostendrá que ese texto puede aludir a la «trascendencia» que el pensamiento cristiano atribuye al espíritu.

El cristianismo en cambio, afirmará desde su origen mismo que el hombre, entre todas las criaturas del mundo, es la única creada «a imagen y semejanza de Dios». Por tanto, que de algún modo y en alguna medida —en cuanto «imagen y semejanza» de la realidad divina— su realidad es supramundana, espiritual, creadora e infinita. Además de ser material, orgánico y viviente —además de pertenecer a la naturaleza cósmica—, el hombre se halla dotado de inteligencia, intimidad y libertad propias; es, pues, «persona», además de ser «naturaleza». «Habéis oído lo que se dijo a vuestros mayores: No matarás... Pero yo os digo: quien quiera que se enoje contra su hermano, obligado se verá a juicio... Habéis oído que se dijo: No cometerás adulterio. Y yo os digo que quien mirare a una mujer con mal deseo, ya ha cometido adulterio en su corazón» (Mat. V, 21-28). La responsabilidad tiene un centro de imputación allende la conducta y la psicología, en el secreto «hondón del alma» donde echan sus raíces la libertad y la intención. No parece un azar que el primer texto cristiano en que se alude a la intimidad de la persona tenga un contenido moral y se refiera a la realización de la vida como convivencia.

Pero lo que a nosotros más directamente nos interesa es la novedad que el cristianismo aporta a la idea de la amistad y el amor. Contemplémosla con mayor detalle.

II. A dos precisas fórmulas puede ser reducida la idea helénica de la amistad. Una, descriptiva: la amistad consiste en procurar el bien del amigo por el amigo mismo. Otra, teorética e interpretativa: el bien del amigo, y por tanto la meta de la amistad, consiste en la perfección de la naturaleza humana —a la postre, en la perfección de la naturaleza en general, de la *physis*— en las individuaciones de esa naturaleza que son los amigos. Frente a esta concepción de la amistad y del amor, ¿qué van a decir y hacer los cristianos?

1. Para los cristianos, el amor humano —la *agápê*— posee la *consistencia religiosa y metafísica* que desde su seno mismo exige un triple mandamiento. Si se quiere, un mismo mandamiento expresado en la Escritura mediante tres fórmulas distintas:

a) «Ama a tu prójimo como a tí mismo». En rigor, y tomado a la letra, este mandamiento pertenece al Antiguo Testamento (*Deut.* 6, 5, y *Levit.* 19, 18). Pero la exégesis más solvente ha mostrado con toda evi-

dencia que el «prójimo» a que aluden esos dos textos véterotestamentarios era el israelita, el hermano de raza y religión de quienes como «suyo» habían de leer tal mandamiento. «Tú, israelita, debes amar al israelita como a tí mismo»; tal es el sentido real del precepto [4].

«Ama a tu amigo como a tí mismo», había dicho, por su parte, la ética de Aristóteles, sumidad de la ética griega. «A tu amigo»; es decir, al hombre con el cual, siendo él de algún modo igual a tí, hayas entablado una relación de benevolencia y beneficencia. En cuanto a los demás hombres —recuérdese la radical limitación de la idea aristotélica de la amistad—, no tiene validez el mandamiento.

Para el cristiano, en cambio, «prójimo» puede y debe ser en principio cualquier hombre: bastará con que, mediante un acto expreso de amor y misericordia, se haga «prójimo» suyo, se sitúe en «projimidad» respecto de él. Esta viene a ser la enseñanza de la parábola del Samaritano. Ni la raza, ni la confesión religiosa, ni la situación biológica o social del otro deben ser obstáculos para la validez y la práctica de ese precepto, según el sentir del Nuevo Testamento. La novedad es tan patente como radical.

b) «Ama a tu prójimo como si tu prójimo fuese Cristo». Así puede ser formulada la lección moral implícita en el texto escatológico de San Mateo: «Señor, ¿cuándo te vimos enfermo o encarcelado y fuimos a visitarte?... En verdad os digo: siempre que lo hicísteis con alguno de mis más pequeños hermanos, conmigo lo hicísteis» (XXV, 39-40). Y esos «pequeños hermanos» —así lo afirma unánimemente la exégesis actual, frente a pasadas actitudes más restrictivas— son, en principio, los menesterosos, cualquier menesteroso, cualquier hombre que, por la razón que sea, necesite de compañía y ayuda. Puede muy bien hablarse, con el teólogo Hans Urs von Balthasar, del «sacramento del hermano».

c) «Ama a tu prójimo como si tú mismo fueses Cristo». Así lo declara, entre otros, el tan conocido pasaje de San Juan: «Mi precepto es: que os améis los unos a los otros como yo os he amado» (XV, 12). El cristiano debe amar al otro como Cristo amó a los suyos. Más ampliamente: el cristiano debe amar a cualquier hombre como Cristo amó a los hombres.

Arduo y estremecedor problema, el de la realidad de ese *como si*. Aunque yo me llame a mí mismo cristiano y efectivamente lo sea, yo no puedo ser Cristo: pensar de otro modo sería una suerte de panteismo cristológico. Mas, por otra parte, tal expresión no es y no puede ser

---

[4] Véase mi *Teoría y realidad del otro*, II, 14-15.

simple fórmula metafórica o aserto táctica o metódicamente fictivo, a la manera del *Als ob* de Vaihinger. Para el cristiano, algo inequívocamente real —aunque con realidad «sobrenatural», como luego dirá la teología— es afirmado con esas palabras.

Afírmase con ellas, por un lado, que el cristiano verdaderamente fiel a Cristo logra en su realidad personal cierta *deificación* o *cristificación*. Siendo «como Cristo», el cristiano se eleva a la condición de «cooperador de Cristo» —*cooperator veritatis*, según la fórmula de San Juan— y participa real y sobrenaturalmente en el ser del Verbo. De alguna manera, en alguna medida, las acciones del cristiano son en tal caso, como las del propio Cristo, «recapitulación» *(anakefalaiôsis)* y «reconstitución» *(apokatástasis)* redentoras, corredentoras, más bien, de la humanidad entera. Tal me parece ser el fundamento teológico y real de la magnanimidad cristiana [5].

Dícese con esas palabras, por otra parte, que el cristiano efectivamente fiel a Cristo experimenta en su realidad —de alguna manera, en alguna medida— cierto «anonadamiento» metafísico, cierta *kénôsis*, para decirlo con la enérgica expresión de San Pablo. En el orden óntico, eso supone para el hombre el hecho de ser «como Cristo» —por tanto, su condición de ente «cristificado» o «deificado»— en el tiempo, en el espacio y en la materia. Así debe ser entendido, a mi juicio, el fundamento de la humildad cristiana [6].

Pero aquí no interesa tanto la consistencia religiosa y metafísica del amor cristiano [7] como la estructura real de ese amor, cuando se realiza entre un hombre y otro. Veamos, pues, las novedades que respecto de la *philía* griega presenta tal estructura.

2. Las novedades que el cristianismo introduce en la visión y en la práctica del amor interhumano pueden ser esquemáticamente expuestas considerando por separado la realidad del amante, la del amado, el objeto formal del amor y la perfección del acto amoroso.

a) De un modo puramente formal y genérico ¿qué es *ser amante*?

---

[5] Véase mi libro *La espera y la esperanza*.

[6] La «alienación» de que habla el marxismo y de que tanto se habla hoy, ¿será, sin que Marx pensase en ello, una suerte de secularización económico-social de la *kénôsis* cristiana? Quede ahí la cuestión. Yo, naturalmente, no puedo hacer otra cosa que plantearla.

[7] Esa ordenación de los preceptos neotestamentarios relativos al amor interhumano me fue sugerida por una lección espiritual del P. Luis González, S. J. Conste aquí expresamente mi reconocimiento.

Recogiendo lo mejor de la doctrina griega, yo diría que amante es quien da de sí algo —algo de lo que tiene, de lo que hace o de lo que es— para lograr el bien del amado. El problema consiste en saber cómo debe ser entendido ese «dar de sí».

Para un griego, el amante —si se quiere, el verdadero amigo de su amigo— es una naturaleza individual que «da de sí» al amado, bien como simple *khrésimos* (el amigo útil, el hombre que por pura amistad hace favores), bien como *tekhnítês* (el técnico que por amistad pone su arte al servicio del otro, el «tecnófilo» que lo es en cuanto «antropófilo»; en nuestro caso, el buen médico), bien como *erastês* o erasta (como amante amistoso, valga la redundancia: como hombre que respecto del otro realiza su *érôs* bajo forma de *philía*). Da el amigo «de sí», por tanto, y cualquiera que sea su condición, algo de lo que su *physis* —su individual «naturaleza»— le permite dar. En definitiva, algo de lo que a él le permite dar la *Physis*, la universal y divina Naturaleza. Así, concebida, la donación amistosa se halla inexorablemente sometida a las forzosidades y limitaciones que a través de la *physis* individual imponga la soberanía inapelable de la *Physis* universal: *anánêk physeôs*, «necesidad de la Naturaleza», llamaron los griegos a ese supremo poder imperativo y limitante. Como amigo, yo no puedo dar sino lo que por mi naturaleza puedo dar, cabría decir, en orden a nuestro actual problema.

El cristiano, en cambio, verá en el amante una persona que «da de sí». En cuanto amigo, me doy al otro —le «doy de mí»— como *persona*, a través y por medio de mi *naturaleza*. Lo cual lleva consigo una importantísima, esencial novedad.

Consideremos un «dar de sí» puramente físico: por ejemplo, el de un tejido elástico. Es elástico el tejido en cuanto «da de sí». ¿Hasta dónde «dará de sí»? Hasta donde permita su naturaleza; ésta impone a la elasticidad un límite —tal es ahora la versión de la *anánkê physeôs*—, traspuesto el cual, el tejido ya no «da más de sí» y se rompe. Pues bien: si el hombre fuese todo y sólo naturaleza cósmica, como los griegos pensaron, a ese esquema habría de ajustarse la donación amorosa. El amigo sólo podría dar de sí a su amigo dentro de los límites de lo que tiene (sus bienes naturales, siempre limitados), de lo que puede hacer (sus capacidades naturales, limitadas por su constitución y por la fatiga) y de lo que naturalmente es (su carácter, su condición de individuo viviente). No es poco, ciertamente, llegar a dar la vida por el amigo, a la manera de Harmodio y Aristogitón en la Atenas pisistrática.

Pero el cristiano, movido por su idea del amor interhumano y, consecutivamente, por su concepción del hombre como persona, irá más alla, y pensará: primero, que su «dar de sí» en cuanto cristiano no debe ser donación al amigo por el hecho de que éste lo sea, sino entrega de sí al otro menesteroso, a cualquier otro, sea o no sea amigo; y segundo, que ni la constitución individual, ni la fatiga, ni la muerte misma pueden poner límite a la obra de donación amorosa, porque el individuo humano, en cuanto que persona —cristianamente: en cuanto que criatura terrenal formada a imagen y semejanza de Dios—, posee una realidad trascendente al orden cósmico y a la muerte y capaz de actuar con eficacia real más allá de uno y otra. Frente a las tesis del puro naturalismo griego, la donación amorosa es para el cristiano supererogatoria, va más allá de los términos de «lo debido», y posee, por otra parte, un valor realmente ilimitado, «infinito».

La donación amorosa del cristiano, en suma, trasciende y asume de manera «personal» el «dar de sí» puramente físico de la donación amorosa del griego. Así procedió el Samaritano, dando supererogatoriamente al herido lo que tenía (su dinero, el aceite y el vino de la cura, su tiempo), lo que podía hacer (su habilidad para bizmar las heridas, su esfuerzo) y lo que era (la misericordiosa bondad de su carácter). Ante el herido, el Samaritano no pregunta nada (no le dice: «¿Eres samaritano, israelita, gentil, pobre, rico?») y no exige nada (ni dinero, ni amistad, ni siquiera agradecimiento). Así también, y éste será siempre el ejemplo decisivo, procedió Cristo, que gratuita y supererogatoriamente dió su vida por los hombres para que su sacrificio fuese eficaz allende el límite de la muerte. En uno y en otro caso —humanamente en el Samaritano, divinamente en Cristo—, la persona hace donación de un *qué* (lo que tiene, lo que hace, lo que es) desde un *quién* (desde su condición de tal persona, desde la intimidad de su espíritu). Digamos, pues, dando expresión concisa a todo lo expuesto, que, dentro del pensamiento cristiano, el amante es un quién que gratuita e ilimitadamente da de sí al amado.

b) Examinemos ahora la novedad del amor cristiano desde el punto de vista del *obieto formal del acto amoroso;* más precisamente, del *obiectum formale quod* de ese acto, como dirá la terminología escolástica. Con otras palabras: veamos de cerca lo que en tal acto realmente se ama. ¿Qué ama el amante cuando ama al amado? La respuesta será inmediata; ama el bien de éste. La amistad consiste en querer y procurar el bien del

amigo por el amigo mismo, sabemos desde Aristóteles. Bien. Pero ¿qué es, qué puede ser en su concreta realidad ese «bien» que para el amigo se quiere y se procura?

Conocemos la respuesta griega. El bien que persigue el acto amoroso es la perfección de la naturaleza deficiente del otro y también, por supuesto, la de uno mismo: el amigo óptimo es el *phílautos*, el que rectamente se ama a sí mismo, enseñó Aristóteles; fórmula en la cual el término «naturaleza» debe ser entendido en su sentido más amplio, como realidad de un ser cósmico que vive, siente, piensa, habla e inventa y practica las más diversas *tékhnai*, que todo esto era para un griego la *physis* del hombre. Así entendido, el amor humano es *érôs:* impulso hacia la perfección, arrebato ascendente, fecundo vuelo del ser desde la privación hacia el acabamiento, anhelante movimiento desde la deficiencia hacia la plenitud. Recuérdese la sublime enseñanza de la forastera de Mantinea en el *Banquete* platónico.

Muy otro es, en principio, el bien a que aspira el acto amoroso del cristiano. Este persigue en primer término —debe perseguir, en cuanto cristiano— la perfección de la persona de aquel a quien ama y de su propia persona; perfección que sólo puede llegar a su plenitud más allá del orden natural y mediante la gratuita operación plenificante del único manantial posible de ser sobrenatural, la infinita realidad fontanal de un Dios personal y salvador [8]. En cuanto pertinente a un ser creado a imagen y semejanza de Dios, sólo transcósmica puede ser la perfección última de la persona humana.

Mas, por otra parte, ese bien es parcial y humanamente querido y procurado por una persona que, implantada de manera sobrenatural en Dios y por Dios ayudada, se derrama libre, creadora y efusivamente hacia la necesidad del amigo: una necesidad que puede ser, y tal es el caso de la relación amistosa con el hombre sano, poderoso y feliz, la simple compañía: *felix indiget amicis*, «el hombre feliz ha menester de amigos», dirá Santo Tomás, radicalizando cristianamente una sentencia de Aristóteles. En cuanto tal cristiano —pecadoramente, tantas veces—, el cristiano está *en* Dios, vive *en* Dios, y desde esta altísima, sublime instalación de su persona se efunde en actos de benevolencia y beneficencia hacia la persona del amigo.

---

[8] Sobre el carácter fontanal de la realidad divina —concepto central en la teología de los Padres griegos— véase X. Zubiri, «Dios y la deificación en la teología paulina», en *Naturaleza, Historia, Dios* (Madrid, 1944).

Este sucinto examen permite advertir con claridad que en la estructura del amor cristiano se articulan y aúnan dos movimientos: uno ascendente o de aspiración, un *érôs* sobrenaturalmente trascendido, puesto que el acto de amor aspira en último término a la perfección de las dos personas *en* Dios, y otro descendente o de efusión, el amor más específicamente cristiano o *agápê*, porque el acto amoroso del cristiano es y tiene que ser donación efusiva del amante hacia la realidad personal del amado. Scheler en *El resentimiento y la moral*, y más tarde Nygren, en un libro exegético mil veces citado, *Eros und Agape*, contrapusieron con excesivo esquematismo la idea helénica del amor (el amor como *érôs*) y la concepción cristiana del acto amoroso (el amor como *agápê*). Pero la investigación escriturística posterior (Warnach, Spicq, etc.), y una visión más fina del problema (Zubiri) han puesto en evidencia que la *agápê* cristiana (luego secularizada, trivializada y masculinizada en nuestro idioma como «ágape») lleva en su seno ambos movimientos del espíritu. La *agápê* del Nuevo Testamento asume, depura y trasciende el *érôs* helénico. Así ha tratado de presentarla mi breve descripción precedente.

Surge aquí una cuestión delicada, y por consiguiente una cuestión batallona: ¿qué relación hay, si hay alguna, entre la «perfección de la persona» que pretende el amor cristiano y la «perfección de la naturaleza» a que aspira el amor helénico? *Gratia perficit, non tollit naturam*, dice una tradicional y prestigiosa sentencia cristiana. Pero, ¿en qué consiste realmente esa *perfectio* que la gracia otorga a la naturaleza? No con ánimo de resolver tan intrincado y debatido problema —no soy quién para intentarlo—, sino, mucho más modestamente, para entender con alguna precisión la actitud cristiana ante la realidad del enfermo, en definitiva frente al cuerpo humano, haré notar:

1.º Que desde un punto de vista cristiano, la perfección de la naturaleza —y por tanto, la perfección del cuerpo, sensible epifanía de la *physis* del hombre— no es condición suficiente para la perfección de la persona. Un individuo excelente en su naturaleza —sano, bello, inteligente— puede ser a la vez un malvado. La bondad moral del hombre —en definitiva, la perfección de su persona— no puede ser mera consecuencia de la perfección de su naturaleza.

2.º Que ni siquiera es condición necesaria. Es posible, en efecto, que la suma perfección de la persona, la santidad, tenga como soporte físico una naturaleza enferma o deficiente: bastará mencionar dos

nombres, el de Teresa de Jesús y el de Teresa de Lisieux. Para entender cristianamente el *kalós k'agathós* helénico, es preciso dar una versión distinta a los dos términos de la fórmula.

3.º Que, ello no obstante, la perfección de la naturaleza es y no puede no ser condición eficaz para la perfección de la persona. Y quien dice «perfección de la naturaleza», dice también, muy en primer término, «perfección del cuerpo». Frente al abusivo menosprecio del cuerpo de que —con detrimento, a la postre, del prestigio del cristianismo— han hecho gala ciertas orientaciones de la ascética, el cristiano debe amar a su cuerpo, y por tanto, procurar su perfección, por dos graves e ineludibles razones: una de orden sobrenatural y religioso, la *dignidad* de la carne del hombre (el cristiano no puede olvidar que «el Verbo se hizo carne», que el cuerpo humano fue elegido como «vaso de Dios»), y otra de carácter natural, la *función* de nuestro cuerpo (el alma está unida al cuerpo, dirá Santo Tomás, «para la perfección de su naturaleza»: *de anima* 2, 14). No es un azar que el primer vagido histórico de una teología cristiana —la primera comparecencia intelectual del cristianismo en el mundo histórico— sea una defensa de la dignidad del cuerpo, frente al descarriado antisomatismo de la gnosis. «Bueno y fiel compañero del espíritu», llamará al cuerpo, en el seno de la Edad Media, el espiritual San Bernardo. Y en el alba del mundo moderno, San Ignacio escribirá a Teresa Rajadell: «Con el cuerpo sano podréis hacer mucho; con él enfermo, no sé qué podréis». Sentencia que podría ser completada con esta interrogación: ¿puede estar aceptablemente sano un cuerpo mal cuidado?

En suma: para el cristiano, objeto formal *quod* del acto amoroso (lo que en ese acto ama) es la perfección de la persona amada y, a título de condición eficaz, la perfección de su naturaleza, a la cual pertenece en primer término la perfección del cuerpo. Y objeto formal *quo* (aquello por lo que en ese acto él ama), la armoniosa cooperación entre dos instancias: su libertad personal y algo que de manera esencial la excede, la realidad sobrenatural tradicionalmente llamada «gracia».

c) No es menos fundamental y decisiva la novedad en lo tocante al *ser del amado*. ¿A quién se ama, en un acto de amor interhumano?

Un griego antiguo respondería a esta interrogación diciendo: se ama una naturaleza individual deficiente, en cuanto susceptible de ayuda

y perfección. Amase en tal caso *lo que el otro puede ser* físicamente, no *lo que el otro es* porque físicamente se vea obligado a ello. A la realidad del amor helénico pertenecen de manera esencial las dos notas contenidas en la expresión anterior: un *lo que* (por tanto, una reducción del *quién* al *qué*), y un *puede ser* de carácter físico: así lo muestra la habitual disposición de la literatura griega frente a los individuos que, como el lisiado y el feo, ya *no pueden ser* físicamente de otro modo; frente a ellos no hay compasión, ni, en definitiva, amor. El griego no amó la persona del otro, sino la belleza, la bondad, la inteligencia, etc., en cuanto parcial y perfectiblemente realizadas en la naturaleza individual del amigo. Recuérdese la doctrina platónica del *prôton philon.*

Bien distinta debe ser la respuesta cristiana. El cristiano, por lo pronto, ama en el otro un *quién* y no un *qué:* una persona humana cristianamente concebida. Dicho ha sido sobre ello lo suficiente. Por tanto, ama en el otro, en orden ascendente:

1.º Lo que el otro es porque físicamente no puede dejar de serlo. No *la* invalidez o *la* fealdad *in genere* —esto sería un contrasentido moral—, sino *tal* invalidez o *tal* fealdad, las que por modo invencible e inmejorable se ve obligada a soportar la persona amada; porque, pese a todo, ambas pueden servir de presupuesto físico a la perfección de ésta en cuanto tal persona.

2.º Lo que el otro puede ser físicamente; es decir, la perfección que la naturaleza de éste puede lograr, bien por sí misma, bien amorosa y activamente ayudada por los demás en la empresa de lograrla. El amor cristiano es por esencia a la vez «integrista» y «progresista».

3.º El *quién* que el otro es, la realidad de su persona, tal como ésta se halla actualmente constituida. El cristiano ama, mejor, debe amar al otro «por ser él quien es»: a través del *qué* del otro (lo que el otro es y puede ser), ama a su *quién*; desde el *quién* del otro (desde lo que le constituye como persona singular, si es que a tal realidad se la puede llamar «lo que»), ama a su *qué.*

4.º El *quién* que el otro puede ser, la perfección posible de su persona. Aunque físicamente no pueda cambiar, todo hombre puede ser personalmente otra cosa, bien de una manera defectiva (la corrupción moral) bien de un modo perfectivo (el arrepentimiento, la conversión). La *metánoia* —a la cual debe corresponder como presupuesto una *metabiosis* de índole personal—, es, diría San Pablo, una posibilidad de cualquier hombre, por físicamente empecatado que en su «segunda natura-

leza» parezca estar. «Es bello hacer favores a los hombres virtuosos, y feo hacérselos a los viciosos», dice Pausanias y repite Erixímaco en el *Banquete* platónico (186 bc). Si el vicioso no fuese una persona capaz de *metabiosis* y *metánoia*, tal vez. Pero nunca es así. Y por esto, contra el sentir de Platón, para el cristiano es también bello hacer favores a los hombres empecatados y viciosos. Aunque, por desdicha, no sean tantos, en la concreta realidad del mundo, los cristianos que según esa norma proceden.

d) Va implícita en los párrafos precedentes —en alguna medida, también explícita— la afirmación de una esencial novedad cristiana en orden a la *perfección del acto amoroso:* en definitiva, respecto de la *perfección del amante.*

Para un griego, el amante perfecto —el hombre ejemplarmente amigo de sus amigos— sería el *phílautos* aristotélico, el individuo humano que por amor a su propia perfección física y moral, en otros términos, por un recto amor hacia sí mismo, practica la amistad con los demás. No rebajemos tácticamente la dignidad moral del *phílautos* aristotélico, no confundamos la *philautía* con un vulgar hedonismo: dentro de la ética de su descriptor y panegirista, el *phílautos* puede en ocasiones llegar hasta el sacrificio de su vida en bien de sus amigos. Pero, con todo, su figura difiere no poco de la que típicamente reviste el amigo ejemplar dentro de la visión cristiana de la vida: el *santo del amor al próiimo*, el dechado del hombre que real y verdaderamente, con palabras, obras y silencios, sabe ser a la vez compasivo y congratulante, magnánimo y humilde, en su convivencia con los demás.

Compasivo y congratulante. La compasión, el hecho y el hábito moral de padecer simpáticamente con el otro las vicisitudes penosas de su vida personal, es elemental deber de la convivencia amistosa. Pero histórica, moral y religiosamente ese deber se halla por debajo del mandamiento de la congratulación. «Si padece un miembro —dice San Pablo a los cristianos de Corinto—, todos los demás miembros padecen con él *(sympáskhei):* si un miembro recibe honor, con él se alegran *(synkhaírei)* todos los miembros» *(I Cor.* XII, 26). Allende el mero *sympáskhein*, más allá del simple «compadecer», con sus patentes resonancias fisicistas y estoicas, San Pablo pone el deber del *synkhairein*, la acción de «congratularse», de celebrar como propia la alegría ajena. Compadecer es fácil; congratularse *de veras*, no tanto. El hábito de una congratulación real y no sólo formal y social, he aquí un buen *test* cris-

tiano para estimar rectamente la verdadera disposición de los hombres respecto de la convivencia y la amistad [9].

III. Es ahora cuando podemos acercarnos con cierta suficiencia al último de los problemas antes apuntados: la *estructura real de la amistad cristiana*. Tal estructura ¿no constituye acaso, después de todo lo expuesto, un verdadero problema?

El lector atento y sensible habrá sin duda advertido que en las consideraciones precedentes se entretejen dos modos y dos conceptos del amor interhumano: el *amor de proiimidad* y el *amor de amistad «sensu stricto»*. Aquél tiene como término *una* persona, cualquier «otro» en cuanto persona; éste se dirige a *tal* persona, a la singularísima e intransferible persona del amigo, y sólo a ella, en principio. Dos modos del amor interhumano —más aún, del amor interpersonal, porque en el amor de projimidad el «otro» no deja de ser «persona», no es intencionalmente convertido en «objeto»— que ni descriptiva ni éticamente deben ser confundidos entre sí.

Recordemos de nuevo el relato donde por vez primera se nos enseña lo que es y debe ser cristianamente el amor de projimidad: la parábola del Samaritano. El Samaritano fue, sin duda alguna, ejemplar «prójimo» del herido: sólo por misericordia, sin preguntar ni exigir nada, dió al menesteroso su tiempo, su dinero, su cuidado, su esfuerzo. ¿Podemos afirmar, en cambio, que llegase a ser verdadero «amigo» suyo? Nada nos dice el texto evangélico a tal respecto. Muy bien pudo ocurrir que los dos hombres se separasen sin que ninguno de los dos conociera el nombre del otro y sin haber cambiado entre sí más palabras que las que estrictamente requiriese la acción caritativa. El Samaritano, en suma, fue amigo de *una* persona, no de *tal* persona; y esto no es verdadera «amistad», en el sentido habitual del término.

¿Cuál será, cuál deberá ser, entonces, la idea cristiana de la amistad? El problema es delicado, porque la ascética de la perfección cristiana ha mostrado a veces cierta prevención frente a las que sus tratadistas llaman «amistades particulares»; esto es, frente a la «amistad» en sentido estricto. No debo discutir ahora las razones de tal recelo. Siguiendo la línea de mi actual reflexión, me limitaré a preguntar: ¿qué hubiera

[9] Hablando del ejercicio de la amistad con los pocos amigos verdaderos, Aristóteles pondera lo difícil que es congratularse *(synkhaírein)* y condolerse *(synalgein)* íntimamente con muchos (*Et. Nic.* IX, 10, 1171 a 7).

debido suceder entre el Samaritano y el herido para que surgiese entre ellos una relación genuinamente amistosa, una amistad verdadera? Con otras palabras: ¿cómo la relación de benevolencia con *una* persona puede convertirse en relación de benevolencia con *esa* persona? La respuesta a mi juicio, no puede ser más que una: sólo por la vía de la *confidencia:* sólo cuando la relación interpersonal consista en efundir hacia el otro lo que en la propia persona es más íntimo, más «propio». No sabemos qué se dijeron entre sí el Samaritano y el herido desde su mutuo encuentro hasta que en la posada se separaron. Sabemos, sin embargo, que si entre ellos hubo alguna confidencia personal, por mínima que ésta fuera, la simple comunicación mutua del «quién soy yo», a la relación de projimidad se habría añadido de modo formal y explícito una relación de amistad.

La amistad cristiana es, pues, el resultado de la armoniosa articulación entre el amor cristiano a *un* hombre (projimidad) y el particular amor a la persona de *ese* hombre; o bien, ya en el orden operativo, el resultado de una recta articulación entre la beneficencia y la confidencia, cuando estas tienen como término una persona singular. «Es verdadero signo de la amistad —dice Santo Tomás en su comentario a San Juan— que el amigo revele a su amigo los secretos de su corazón. Pues siendo uno solo el corazón de los amigos y una sola su alma, no le parece al amigo que pone fuera de su corazón lo que revela a su amigo» (*In Ioan.* XV, lec. 3). Lo cual acaso sea ascéticamente peligroso, mas no por ello deja de ser humana y cristianamente ennoblecedor. Las amistades íntimas son y tienen que ser escasas en número, dicen a una Aristóteles y Santo Tomás; y cristianizando éste, como tantas veces, la sentencia del Estagirita, añade sin reservas: *quod est signum perfectionis* (VIII *Ethic.* I). En orden a la convivencia, la perfección del cristiano consistirá en aunar ordenadamente el amor de projimidad y el amor de amistad, la amorosa efusión de su haber y su ser hacia otro, en cuanto éste es persona, y la confidencia amorosa de su intimidad a ese otro, en cuanto éste es *tal* persona. Desde la predicación del Evangelio, esta es la regla constante.

* * *

Las páginas anteriores intentan mostrar lo que en su esencia fue la novedad —profunda, radical novedad— que el cristianismo introdujo en la concepción y en la práctica del amor interhumano. Por tanto,

lo que a lo largo de toda la historia ha sido el fundamento genérico de la relación cristiana entre el médico y el enfermo, cuando ésta, sin mengua de su ineludible condición técnica, profesional y económica, ha querido y sabido ser fiel a su nombre. Hemos de estudiar ahora cómo tal fundamento genérico se ha ido expresando a través de las tres principales situaciones históricas en que el cristiano ha vivido: el cristianismo primitivo o preconstantiniano, el cristianismo medieval de Occidente [10] y el cristianismo postmedieval o «moderno». En la primera, el cristiano vive en comunidades circundadas por el paganismo antiguo. En la segunda, el cristianismo parece informar íntegramente toda la vida política y social del mundo que le profesa. En la última, escindida en varias confesiones, la visión cristiana de la vida se ve obligada a coexistir pacífica o polémicamente con una sociedad cada vez más secularizada, descristianizada. ¿Qué ha sido la relación entre el médico y el enfermo en cada una de ellas? Veámoslo.

---

[10] Queda fuera de mi consideración, por tanto, el cristianismo bizantino.

ARTICULO I

EL CRISTIANISMO PRIMITIVO Y LA RELACION MEDICA

Imaginemos una comunidad cristiana primitiva, una *ekklesía* de Efeso, de Corinto o de la Roma anterior a Constantino. Sin mengua de la unidad espiritual y de la comunicación física entre todas ellas —ahí están, testimonio supremo, los viajes de San Pablo—, cada una es como una pequeña isla de entusiasta y abnegada vida nueva en el mar de la paganidad. No faltan en ellas los médicos. Alejandro el Frigio y Zenobio, médicos ambos, fueron mártires del cristianismo. Teodoto de Laodicea— «eminente en la curación del cuerpo humano y sin igual en la cura de las almas, en el amor al prójimo, en la nobleza del ánimo y en la compasión por los demás», según el testimonio de Eusebio de Cesárea [1]— fue médico y obispo. Como ellos, Eustacio, médico de Basilio de Cesárea, y tantos más. La sensación de vivir y difundir un nuevo modo de vivir —la *novitas vitae* de que había hablado San Pablo— es general y vehemente. Dios, un Dios que a través de Cristo se ha revelado como amor o *agápê*, es el fundamento creencial y real de esa vida inédita. ¿Cómo este amor, cuya estructura acabamos de contemplar, va a informar la relación entre el médico y el enfermo? Veámoslo estudiando sumariamente, a través de los primitivos documentos cristianos, el contenido y la figura de los diversos momentos que integran la relación médica: su fundamento específico, su expresión diagnóstica y terapéutica, su contextura ético-religiosa.

I. Los hipocráticos habían enseñado que el fundamento de una relación médica fiel a su propia esencia y no corrompida por los vicios que tantas veces la afectan, es la *philía*, la amistad. El médico es amigo

[1] *Hist. eccles.* VII, 32, 23.

de su arte, porque es amigo del hombre en cuanto tal, y por consiguiente del hombre a quien ha de atender; y, viceversa, es amigo del hombre, de ese hombre enfermo, a través de su arte y del amor que a su arte profesa. Regido por su novísima idea del amor interhumano, lo mismo va a sentir y pensar el médico cristiano. Lo sentirá y lo pensará espontáneamente, porque a una y otra cosa le mueven el espíritu y la letra de los textos que dan principio y fundamento a su fe religiosa; mas también de una manera elaborada y reflexiva, cuando lleguen a su mano los escritos del saber antiguo y trate de hacerlos suyos. Recuérdese el pasaje escatológico de San Mateo (XXV, 39-40), y súmense a él los mandamientos de San Pablo («Consolad a los pusilánimes, sostened a los débiles y enfermos», I *Tesal.* V, 14) y de Santiago («Si alguno de vosotros cae enfermo...», *Epist.* V, 14). Poco más tarde, San Policarpo († 156) y San Justino († 165) insistirán en el deber cristiano de atender por amor el menester del enfermo. Movido por ese espíritu, el médico cristiano verá en su técnica un instrumento al servicio de la *agápê* o, como entre los latinos se dirá más tarde, de la *caritas* o caridad [2].

Concebido desde dentro del cristianismo, al margen, por tanto, de cualquier influencia helénica, el *fundamento propio de la relación médico-enfermo* es una especificación médica y técnica de la amistad cristiana entre hombre y hombre; considerado desde los conceptos y las prácticas de la *tékhnê iatrikê* griega —esto es, desde la medicina vigente en el área geográfica y cultural que dió marco al cristianismo primitivo— ese fundamento va a ser inicialmente entendido como una ampliación innovadora de la *philanthrôpía* helenística. Tal es el sentido de las palabras que Basilio de Cesárea dirigirá, en torno al año 350, a su médico Eustacio: «En tí la ciencia es ambidextra, y dilatas los términos de la *philanthrôpía*, no circunscribiendo a los cuerpos el beneficio del arte, sino atendiendo también a la curación de los espíritus» (*Epist.* 189, n. 1). Dejemos intacto, por ahora, el problema de lo que materialmente pudo ser esa extensión de la *tékhnê iatrikê* al dominio del espíritu. Subrayemos tan sólo que, en cuanto técnico cristiano, Eustacio practica

[2] Entendida ésta como amor a Dios —un amor que envuelve tanto a la justicia como a la benevolencia—, y no como simple conmiseración o, lo que es peor, como limosna. Nada tan grave para el prestigio del cristianismo en nuestro mundo como esa transformación sentimental y esta degradación social de la auténtica realidad del acto caritativo. Así se explica que el hombre actual no soporte sin enojo que se le haga algo «por caridad».

una medicina en la cual es fundamento específico de la relación con el enfermo un modo nuevo de la *philanthrôpía* —la *philía* agapética cuya estructura acabamos de estudiar. Se diría que Basilio de Cesárea había leído los *Praecepta* hipocráticos y quiso dar réplica cristiana a la famosa sentencia griega sobre la relación entre la *philanthrôpía* y la *philotekhnía*.

Y si así fue la *philanthrôpía* de los primitivos medicos cristianos ¿qué pudo ser para ellos la *philotekhnía*, el amor al arte de curar? No lo sabemos. Muy probablemente, esos médicos no se propusieron el empeño de elaborar una concepción cristiana de la *tékhnê*, se limitaron a adoptar, con mejor o peor acierto, el arte de curar que su mundo les ofrecía. Sólo bien avanzada la Edad Media se comenzará a reflexionar cristianamente acerca del «arte», sólo entonces empezará a existir con cierta formalidad una *ars medica christiana*. Cuando fue de veras cristiano, y aunque profesionalmente viviera del ejercicio de la medicina, el médico antiguo se limitó a ver su «arte» como un instrumento más o menos eficaz al servicio de una relación de amor.

La pronta y resuelta adopción de la medicina griega por el cristianismo primitivo consta de modo cierto. En los primeros lustros del siglo III, pocos años después de la muerte de Galeno, éste, según el testimonio de Eusebio de Cesárea *(Hist. eccles.* V, 1, 49 ss.), era estudiado con veneración por algunos cristianos de Roma; con tanta, que más de uno de sus adeptos hubo de ser excomulgado, seguramente por haber ido demasiado lejos en la adopción del radical naturalismo que Galeno, fiel heredero de los *physiológoi* griegos, con tanta explicitud confesó [3]. En Bizancio, donde la tradición de la cultura helénica no sufrió rotura, Oribasio, cristiano al fin de su vida, recopila en sus *Synagôgaí* y en su *Synopsis prós Eustáthion* el saber médico de la Antigüedad pagana, y muy en primer término el del gran Pergameno [4]. Poco antes, Orígenes había escrito que «sólo llega a ser hábil en medicina quien ha estudiado las distintas escuelas y, tras cuidadoso examen, se adhiere a la mejor entre todas» *(contra Celsum*, III, 13). Los Padres griegos y orientales, y a su cabeza Gregorio de Nisa, manejan y utilizan, por su parte, la doctrina

[3] Acerca del sentido de esa excomunión, véase mi estudio «El cristianismo y la técnica médica», en *Ocio y trabajo*.

[4] El Eustathios hijo de Oribasio a quien su padre dedica esa *Synopsis*, ¿sería el médico de Basilio de Cesárea del mismo nombre que antes he mencionado? Cronológicamente, muy bien pudo serlo.

galénica [5]. A través de dificultades diversas [6], y en virtud de una asunción todavía no bien elaborada, casi por mera yuxtaposición del cristianismo y la medicina griega, va constituyéndose el primer galenismo cristiano de la historia.

En la amistad que vincula al médico y al enfermo, la parte del médico es una versión cristiana y técnica de la *philanthrôpía*. ¿Cuál pudo ser la parte del enfermo? ¿Cómo el cristiano primitivo sintió su amistad hacia el médico que le atendía? No sé si hay textos que permitan dar respuesta suficiente a estas interrogaciones. Creo que no. Mas no parece ilícito pensar, según lo que acerca del sentido de la enfermedad piensa y dice el naciente cristianismo, que en la amistad del enfermo cristiano hacia su médico se articularon hasta cuatro momentos cualitativamente distintos entre sí: la confianza en el saber técnico de quien le atendía, y por tanto, en la persona del médico; la fe y la esperanza en la posible eficacia preter-técnica o supra-técnica del remedio que el terapeuta administra, si Dios ha querido en aquel caso concederla; la gratitud, cristianamente sentida, a quien con amor y arte le asiste en su dolencia; y en determinados casos, un sutil amor de efusión desde la «distinción» espiritual o sobrenatural que la enfermedad otorga a quien resignada y oblativamente la padece.

Tal vez valga la pena detener un instante la atención en el segundo y en el cuarto de esos cuatro momentos. En la actitud del cristiano fervoroso frente a la enfermedad, y por consiguiente en su relación, como tal enfermo, con el médico que le asiste, opera siempre, más o menos firme, según los casos, esa secreta esperanza en la providencia de Dios. Queriendo sin duda reducir al absurdo la doctrina de la virtud terapéutica inherente a la persona del médico, un oyente español preguntó a V. von Weizsäcker, cuando éste pasó por Madrid, lo que «psicosomáticamente» haría él para tratar a un paciente de esclerosis lateral amiotrófica; a lo cual el interrogado, uniendo ingenio de ocasión y profundidad, respondió sin demora: «Eso depende de si el paciente cree o no cree en el milagro». En el «estado de enfermedad» de un cristiano fervoroso entra siempre, sobre todo si la enfermedad es crónica y grave, el sutil, pero muy real ingrediente de esa creencia.

---

[5] Sobre el galenismo de Gregorio de Nisa, véanse los trabajos de Janini a que me refiero en mi libro *Enfermedad y pecado*.

[6] Entre ellas, la de orden teológico que manifiesta esa excomunión de los galenistas romanos más arriba mencionada.

Por otro lado, la actitud que frente al hombre sano, médico o no, adopta quien siente su enfermedad como distinción. Así la ha sentido siempre —cristianamente— el cristiano fervoroso; así la siente a veces —mundanamente— el hombre secularizado. En uno y en otro caso, sea cristiano o mundano el modo de interpretar tal distinción, junto a la preeminencia del médico sobre el enfermo en el orden natural y en el orden técnico de la existencia, entra en juego cierta preeminencia trans-natural y trans-técnica del enfermo sobre el médico, puesto que la enfermedad añade a la vida terrena del paciente algo que la ennoblece; y cuando esta penosa superioridad existencial sea cristianamente vivida, dará lugar al amor de efusión que más arriba mencioné. El enfermo ama con amor de aspiración (con amor-*érôs*) la salud a que aspira, y ve en el médico al técnico del quehacer terapéutico que dicha aspiración exige; y ama con amor de efusión (con amor-*agápê*) a quienes, siendo superiores a él en el orden de la naturaleza, porque están sanos, no han sido «distinguidos» con la ardua prueba de un dolor no merecido y azaroso. La relación entre el enfermo y el médico gana así una delicada dimensión nueva.

II. Puesto que era técnica, la amistosa voluntad de ayuda del médico cristiano tuvo que expresarse como conocimiento universal y causal, esto es, según el *qué* (qué es la enfermedad tratada, qué es el remedio) y según el *por qué* (por qué en el tratamiento se hace lo que se hace); y puesto que era cristiano, ese conocimiento tuvo que referirse, en lo que al enfermar atañe, a todo lo que la enfermedad es para quien con mente cristiana contempla la realidad del hombre y la vicisitud del accidente morboso.

Quiere esto decir que la *expresión cognoscitiva de la amistad médica cristiana* —el diagnóstico— hubo de tener en su estructura dos momentos distintos, concernientes uno a lo que la enfermedad es en el orden natural (el accidente morboso como perturbación de la naturaleza humana y de la individual naturaleza del paciente: diagnóstico técnico-fisiológico), y relativo el otro a lo que la dolencia padecida es en el orden espiritual (el accidente morboso como vicisitud del ser humano, en cuanto éste es titular y protagonista de un destino sobrenatural: diagnóstico religioso-personal).

En los siglos iniciales del cristianismo, el primero de esos dos momentos del diagnóstico tuvo como pauta la escuela técnica a que por su

formación perteneciera el médico; y puesto que el galenismo fue, desde el siglo III, la doctrina imperante, así en Bizancio como en Roma, en el galenismo vino a tener de ordinario su pauta el aspecto técnico-fisiológico del conocimiento de la enfermedad. El médico cristiano aparece en la escena histórica —siglos II al V, ámbito de los Imperios romanos de Oriente y Occidente— haciendo suyas la nosología, la nosognóstica y la nosotaxia de la medicina antigua; y a partir del siglo III, repitiendo con mayor o menor fidelidad la nosología, la nosognóstica y la nosotaxia del galenismo.

Pero la enfermedad es para el cristiano —y es en su misma realidad— algo más que la *diáthêsis parà physin* de que Galeno habló. Además de ser un desorden más o menos duradero de la naturaleza del paciente, es un evento en el destino personal del hombre que la padece, y posee en su estructura una esencial dimensión religiosa y moral, tanto en orden a la condición humana en general, como respecto de la singularísima persona a que afecta.

Los textos del cristianismo antiguo manifiestan de la manera más explícita tal aspecto del «diagnóstico», entendido éste en el amplísimo sentido que acabo de apuntar. Tres notas cabe discernir en la primitiva visión cristiana de la enfermedad como vicisitud de la existencia personal:

1.º La enfermedad es *causa de aflicción*: «Lo más precioso de todo, la vida, es aborrecible y molesta si falta en ella la salud», dice San Basilio de Cesárea a su médico Eustacio (*Epist.* 189, n. 1).

2.º La enfermedad es *ocasión de mérito o de caída*: «A la enfermedad la reciben los justos —escribe a Anfiloquio el mismo San Basilio— como un certamen atlético, esperando grandes coronas por obra de la paciencia» (*Epist.* 236, n. 7).

3.º Rectamente soportada, la enfermedad es *signo de distinción sobrenatural*: en el cuerpo del enfermo, aunque éste sea un leproso, resplandece la imagen de Dios, declara Gregorio de Nisa (*de paup. am.*, hom. 2).

Estas notas, que se refieren a la enfermedad *in genere*, y por consiguiente a todo hombre enfermo [7], se realizan y personalizan en cada uno

[7] ¿Cómo puede explicarse cristianamente que el hombre en cuanto tal, la *physis* humana, padezca enfermedad? La respuesta a esta interrogación —otro momento del saber acerca del enfermar humano, y por lo tanto de su diagnóstico *lato sensu*— tiene que ser una *teología de la enfermedad*. Véase en *Enfermedad y pecado* (págs. 60-62), cómo se inicia la respuesta cristiana a ese ineludible problema.

de los pacientes. ¿Cómo el sujeto enfermo es afligido por la dolencia que sufre, cómo la sobrelleva en cuanto persona singular y en cuanto cristiano? Sin dar respuesta suficiente a estas interrogaciones, no puede decirse que se conoce íntegramente la enfermedad individual tratada; la *philía* del médico cristiano respecto del paciente cristiano —quede aparte, porque acerca de él no parece haber documentación suficiente en la primitiva literatura cristiana, el problema de la amistad del médico cristiano con el paciente no cristiano— exigía desde dentro de sí misma esta expresión cognoscitiva trans-técnica, si vale llamarla así. Sin ella como presupuesto, no hubiera sido posible la ampliación «espiritual» del arte de curar a que tan manifiestamente alude la carta de San Basilio a Eustacio que antes mencioné.

Pero el saber acerca de la enfermedad tuvo en el cristianismo primitivo, además de esa primaria dimensión individual, una manifiesta dimensión social. Como a la *paideia* de la Grecia clásica perteneció en alguna medida la medicina, la formación intelectual y moral del pueblo cristiano llevó en su seno, desde la predicación del Evangelio, inequívocos ingredientes médicos. No es un azar y no pudo carecer de importancia, respecto de ese hábito retórico y educativo, que no pocos pasajes evangélicos establezcan una relación analógica entre «salud» y «salvación», por un lado, y entre «enfermedad» y «pecado», por otro [8]. Para entender con cierta profundidad el Evangelio, para saber con precisión intelectual suficiente lo que es el pecado, es en alguna medida preciso el saber médico. Tal fue el fundamento de la primera teología cristiana del pecado y de la penitencia, tan directamente apoyada sobre la patología de la Antigüedad [9].

III. La amistad médica alcanza su culminación cuando se realiza y manifiesta como tratamiento. No pudieron ser excepción a esta regla los primitivos médicos cristianos; y no sólo porque así lo exige la esencia misma de la relación medicinal, sino porque la operación de ayuda —la «obra de misericordia»— es para el cristiano, desde que la parábola del Samaritano fue pronunciada, la expresión más genuina y fehaciente de su modo de entender el amor.

Pero no todos los cristianos primitivos entendieron de igual modo el *tratamiento médico*. La discusión en torno a la causa de la eficacia tera-

[8] Véase *Enfermedad y pecado*, págs. 50-51.
[9] *Enfermedad y pecado*, págs. 58-60.

péutica del remedio se repite, bajo una u otra forma, durante los primeros siglos del cristianismo. ¿Qué es lo que cura, cuando el tratamiento médico parece ser eficaz? Tres respuestas aparecen entonces y mutuamente pugnan:

1.º Lo que cura es la voluntad sanadora de Dios; por lo tanto, es inútil, y hasta irreverente o profanador, el empleo de los remedios naturales que ha inventado el arte de los médicos paganos. Tal es la postura de Taciano el Asirio y Tertuliano. «La curación con remedios —escribe el primero— procede, en todas sus formas, del engaño; pues si alguien es curado con la materia, confiando en ella, tanto más lo será abandonándose al poder de Dios... Quien se confía a las propiedades de la materia, ¿por qué no ha de confiar en Dios?» *(Orat. ad Graecos*, 20).

2.º Lo que cura es la virtud sanadora de Asclepio. Polemizando contra Orígenes, esto afirmará el retor pagano Celso. En él pervive fielmente, pese a la hazaña racionalizadora y técnica de los hipocráticos, el espíritu de la teurgia antigua.

3.º Lo que cura es la virtud sanadora del remedio, y éste actúa según las propiedades naturales que Dios, su creador, ha querido concederle, responderá, asumiendo cristianamente la lección de la *physiología* antigua, el griego y cristiano Orígenes: «Esta fuerza de la curación de las enfermedades —dice Orígenes— no es en sí buena ni mala, y es cosa concedida, no sólo a los justos, mas también a los impíos... Podrían citarse muchos ejemplos de hombres que sanaron, aun cuando no mereciesen vivir... En sí, la potestad de curar enfermos no manifiesta nada divino» (*contra Celsum*, III, 25).

Apenas será necesario decir que esta actitud es la que prevalece en el mundo cristiano, y la que desde entonces se constituye en tradición continua. El cristianismo, como hemos visto, asume la *tékhnê iatrikê* de los griegos, y de acuerdo con ésta formularán los médicos cristianos sus diagnósticos y prescribirán sus tratamientos. Grecia pervive en la Iglesia de Cristo, aunque los obispos de ésta tengan a veces que excomulgar a algún galenista excesivamente fervoroso. Iniciando una vigencia histórica de trece siglos, el *Methodus medendi* de Galeno empieza a ser el gran monumento del saber terapéutico.

Pero el médico cristiano no podía limitarse a un tratamiento técnico y natural de sus pacientes, y menos aún si éstos, como él, confesaban a Cristo. Su idea del hombre y de la enfermedad le movió a ampliar y renovar la práctica del tratamiento, tanto en lo que éste tiene de opera-

ción cuasi-diádica, como en lo que tiene de hecho social. Ante la realidad individual de la persona enferma, el terapeuta, según lo que permiten colegir, junto a la carta de Basilio de Cesárea a Eustacio, ciertos textos de Orígenes y de Clemente de Alejandría [10], practicaba una suerte de psicoterapia verbal o psicagogía de carácter moral y religioso, más o menos próxima, desde un punto de vista formal, a los *lógoi kaloí* del *Cármides* platónico y a la logoterapia de Antifonte [11], y enderezada a una recta instalación intelectual y afectiva del enfermo en la prueba aflictiva que para él era su enfermedad. No parece que la práctica médica inmediatamente ulterior haya recogido y elaborado estos gérmenes de una posible psicoterapia cristiana.

Más patentes y eficaces fueron las novedades de orden social que el cristianismo introdujo en el tratamiento médico. Bajo dos epígrafes principales cabe poner esa decisiva innovación.

1.º La *condición igualitaria del tratamiento*. Puesto que el amor de caridad no debe hacer acepción de personas, y puesto que en tal amor debe tener su primer fundamento, para el cristiano, la asistencia técnica al enfermo, ésta debe ser, en principio, igual para todos. Bajo las diferencias accidentales que la situación social del paciente pueda imponer, el tratamiento médico ha de ser igualitario. La acción misericordiosa del médico cristiano debe tener por término la persona del enfermo —una persona doliente—, cualquiera que ésta sea, y no la personalidad o el personaje en que socialmente se haya realizado esa persona.

Esta actitud terapéutica se hizo patente en orden a las dos principales causas de diferencia y oposición en el cuerpo de la sociedad política: la discrepancia religiosa y el desnivel económico. Nada más elocuente, por lo que hace a la primera, que las palabras con que Juliano el Apóstata elogia y trata de incorporar a su proyecto de neopaganismo el modo cristiano de asistir a los enfermos: «Vemos —dice— lo que hace tan fuertes a los enemigos de los dioses: su filantropía frente a los extraños y a los pobres... Es vergonzoso (para nosotros) que los galileos no ejerciten su misericordia solamente con sus iguales en la fe, mas también con los servidores de los dioses» [12]. Y en lo relativo a la segunda, bastará tener en cuenta la realidad social que sirve de fondo a un texto polémico de Orígenes: «Con sus bellos discursos, Platón y los demás sabios griegos

[10] *Enfermedad y pecado*, págs. 91-92.
[11] Véase *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*.
[12] Cit. por H. Haeser, *Lehrbuch der Geschichte der Medizin* (Jena, 1875), I, 441.

son semejantes a aquellos médicos que sólo atienden a las clases elevadas y menosprecian al hombre vulgar; mientras que los discípulos de Jesús se cuidan de que toda la masa reciba alimento sano» (*contra Celsum*, VII, 60). La intención de Orígenes apunta inmediatamente al aspecto educacional de la desigualdad entre las clases sociales; pero de manera indirecta, por vía de ejemplo, menciona también la injusticia social de la asistencia médica en la ciudad pagana —recuérdese el texto de Aristófanes en el *Pluto*—, y alude sin posible duda a la existencia de médicos cristianos en cuyo ejercicio no contaba, o al menos no era decisiva, esa desigualdad. El alegato de Juliano el Apóstata y la fundación de la ciudad hospitalaria de Cesárea (hacia el año 370) corroboran el sentido de esa significativa alusión de Orígenes. La concepción cristiana del tratamiento médico exige la condición igualitaria de éste. Pero lo cierto es que —tras estas prometedoras primicias del cristianismo primitivo— habremos de llegar a nuestro siglo para que esa grave exigencia empiece a cobrar plena realidad social.

2.º La *valoración terapéutica y moral de la convivencia del dolor*. De su ciudad hospitalaria de Cesárea, escribe San Gregorio Nacianceno: «La enfermedad era allí pacientemente sobrellevada; considerábase dichosa la desgracia y se ponía a prueba la compasión ante el sufrimiento ajeno» (*in laudem Basilii*, 43). El propio Gregorio de Nacianzo confirmará más explícita y personalmente el sentir de esas palabras suyas en una de sus cartas a Filagrio: «Sufro dolor en mi enfermedad, y me alegro, no por el dolor, sino porque enseño a otros a sobrellevar paciente y resignadamente el suyo» (*Epist.* 36). La convivencia cristiana de la enfermedad permitiría aunar —en cuanto la condición terrenal de la existencia humana hace posible tan hermoso empeño— los dos modos cardinales de la convivencia humana que discierne San Pablo: el «compadecerse» *(sympáskhein)* y el «congratularse» *(synkhaírein)*. No parece del todo ilícito incurrir en un anacronismo deliberado y decir que en las instituciones hospitalarias del cristianismo primitivo se practicaba —con una intención primaria o exclusivamente religiosa y moral— una suerte de psicagogía colectiva o de «psicoterapia de grupo».

IV. Advertir que la relación entre el médico y el enfermo lleva en sí, por modo constitutivo, un momento *ético-religioso*, podrá ser cosa problemática para el hombre secularizado actual. Para el cristiano, en cambio, y más aún si vive, como los cristianos primitivos, en el seno de

un mundo que le es indiferente u hostil, la verdad de ese aserto es la más obvia de las nociones. Asistir a un enfermo debe ser siempre un acto técnico, y puede ser, lo es en la inmensa mayoría de los casos, un acto económico-profesional. Así acontecía —aunque con menor vigencia de este ingrediente económico-profesional de la asistencia médica— en las comunidades del cristianismo preconstantiniano. Pero en ellas, por debajo de entrambas determinaciones, y como radical fundamento de una y otra cosa, se veía la asistencia al enfermo como un acto primariamente religioso y moral, y de ahí la obviedad con que esta condición de su ejercicio aparecía ante los ojos de todos. Para muchos hombres actuales, la índole técnica del acto médico es obvia, y su condición ético-religiosa, problemática. Para muchos cristianos primitivos —recuérdese la actitud de Taciano el Asirio y Tertuliano frente al tratamiento medicamentoso—, se invertían los términos de la sentencia: la condición ético-religiosa de la ayuda al enfermo era cosa obvia, y la índole técnica de esta ayuda, cosa problemática.

Como siempre acaece, la expresión visible de este momento ético-religioso de la relación médica tuvo aspectos positivos o incitativos («Debe hacerse esto») y aspectos negativos o prohibitivos («No debe hacerse esto»). Mas también aquí se hace patente una considerable diferencia entre aquella situación y la nuestra. Entre nosotros, la moral suele mostrar de un modo más aparente el segundo de esos dos aspectos: hojéese, para descubrirlo, cualquier manual de deontología médica. No siempre ha sido así. A juzgar por los textos que han llegado a nuestras manos, en las primitivas comunidades cristianas la moral era ante todo una fuente viva de incitaciones, un implícito y nunca rutinario sistema de instancias a la acción. Ahí, precisamente ahí está la diferencia entre una «moral de temor» y una «moral de amor».

Como los momentos cognocitivo y operativo de la asistencia médica, su momento ético-religioso se hizo patente en el doble orden —el cuasi-diádico y el social— de esa relación. La prontitud permanente a la ayuda al enfermo, una versión cristiana del *primum non nocere* hipocrático y la constante extensión operativa de la amistad médica desde un área meramente natural y técnica a la integridad técnico-caritativa que pide la idea cristiana de la enfermedad y del hombre, fueron entonces las principales exigencias éticas de la relación interpersonal entre el médico y el paciente. Pero, como en el caso del tratamiento, fue en la realización social o eclesial de la ayuda al enfermo donde la nueva actitud moral

cobró más visible relieve. Tres rasgos deben consignarse especialmente:

1.º La *asistencia a los enfermos incurables y moribundos.* Frente a la abstención técnica y moral del médico griego, el médico cristiano —y, como él, todos los miembros de su comunidad, médicos o no— se creyó en el deber de prestar una ayuda trans-técnica, caritativa, a los pacientes en cuya dolencia ya nada era capaz de hacer el arte de curar. Dramáticamente nos lo hacen ver así los relatos de Dionisio de Alejandría y de Cipriano de Cartago acerca de la gran peste que asoló la cuenca del Mediterráneo entre los años 251 y 266 [13].

2.º La *asistencia gratuita*, sólo por caridad, al enfermo menesteroso. Dicho ha quedado sobre el tema lo suficiente. Sin perjuicio de la índole profesional, y por lo tanto económica de la asistencia médica, ésta no tiene todavía un carácter primariamente contractual. El hospital cristiano es, sin duda, el signo más visible de esta importante novedad social del ejercicio médico [14].

3.º La *incorporación de prácticas religiosas* al cuidado de los enfermos: la oración, la unción sacramental (Santiago, *Epist.* V, 15-16) y, en determinados casos, el exorcismo (San Justino, *Dial.* c. 85).

Así fue, en sus líneas generales, la relación médica en las comunidades del cristianismo primitivo o preconstantiniano. Eran estas, lo repetiré, islas de vida cristiana en un medio indiferente u hostil: el cristianismo se hallaba exento de todo compromiso político y social con los poderes imperantes en la sociedad a que pertenecía. La adscripción personal a la *ekklesía* era consecuencia de una decisión libre, y en muchos casos arriesgada. El cristiano vivía en abierta emulación con el paganismo circundante —por tanto, en permanente necesidad de demostrar con palabras y con obras la superioridad de su visión de la realidad y de la

---

[13] En *Enfermedad y pecado*, pág. 65, puede leerse una transcripción del amplio texto del primero de esos autores. El contraste entre la conducta de los cristianos y de los paganos fue tan evidente como significativo.

[14] Acerca de la asistencia al enfermo durante los primeros siglos del cristianismo, véase: E. Chastel, *Etudes historiques sur l'influence de la charité durant les premiers siècles chrétiens* (Genève, 1853); C. Schmidt, *Die bürgerliche Gesellschaft in der altrömischen Welt und ihre Umgestaltung durch das Christentum* (Leipzig, 1857); H. Haeser, *Geschichte christlicher Krankenpflege und Pflegerschaften* (Berlín, 1857); G. Ratzinger, *Geschichte der kirchlichen Armenpflege* (2.ª ed., Freiburg, 1884); *Die christliche Liebestätigkeit in der alten Kirche* (Stuttgart, 1882-1890); Nutting-Dorfl, *Geschichte der Krankenpflege* (Berlín, 1910-1914); K. Baas, «Uranfänge und Frühgeschichte der Krankenpflege», *Arch. für Gesch. der Med.*, VIII, 146-194.

vida— y, dentro de lo que la condición humana permite, en entusiasta y abnegada vinculación de amor con sus hermanos en la fe. Tal suma de circunstancias religiosas y sociológicas determinaron la figura y el contenido de la relación entre el médico y el enfermo que acabamos de contemplar. ¿Qué pasará cuando la conversión de Constantino y la cristianización de la sociedad durante la Edad Media hagan pasar al cristianismo de una situación de «isla» a una situación de «continente»? En el artículo próximo vamos a verlo.

ARTICULO II

LA RELACION MEDICA EN EL MUNDO CRISTIANO MEDIEVAL

Puesto que la Edad Media es para nosotros la segunda de las situaciones en que históricamente se realiza la versión cristiana de la relación entre médico y enfermo, nuestra reflexión habrá de tener como punto de partida un brevísimo examen de lo que fue el cristianismo medieval. [1] Y puesto que esa relación se configura y ordena dentro de una estructura social, parece necesario contar, para estudiarla, con un sucinto esquema sociológico de la Edad Media cristiana. Los ingredientes intelectuales de la asistencia médica— ciencia, visión filosófica de la naturaleza y del hombre— irán apareciendo al estudiar los diversos momentos que integran el acto terapéutico.

Partamos de un tópico mil veces repetido: la Edad Media europea, ápice de la realización social del cristianismo. Cien nombres avanzan en tropel para probarlo: las catedrales, los monasterios, las Cruzadas, Cluny, las órdenes mendicantes, la Escolástica, Inocencio III, Bonifacio VIII, Canosa... Todo es, o al menos todo parece ser cristiano en la Edad Media europea. Pero tal vez convenga examinar de cerca esta consabida proposición. En primer término, para saber si realmente *todo* fue cristiano en la Edad Media. Después, para discernir lo que el cristianismo de la Edad Media tuvo de *medieval.*

El cristianismo medieval europeo se constituyó históricamente —conviene no olvidar las cosas más obvias— en virtud de dos procesos, uno de continuidad, la perduración, todo lo quebrantada que se quiera, del cristianismo romano, y otro de innovación, la cristianización de los pueblos germánicos. Cristianización, como es sabido, harto influida a veces

[1] Reitero aquí lo que antes dije; a saber, que la asistencia médica del mundo cristiano bizantino queda fuera de mi consideración.

por motivos políticos. ¿Cómo de la noche a la mañana fueron cristianos los francos que habían adoptado la nueva religión en cuanto leales subditos del converso Clodoveo? ¿Cómo los visigodos, cuando Recaredo pasó del arrianismo a la ortoxia católica? ¿Y cómo desconocer, por otro lado, la parte que la política de Carlos Martel tuvo en la decisiva misión de San Bonifacio entre los germanos de Alemania?

Esto nos obliga perentoriamente a distinguir en la realidad histórica del cristianismo medieval dos momentos muy distintos entre sí:

1.º Las estructuras, instituciones, invenciones personales y costumbres *creadas* por la Iglesia medieval desde dentro de sí misma: la teología y la liturgia, las formas «nobles» de la piedad religiosa (benedictina, cluniacense, cisterciense, franciscana, dominicana), el monasterio, la estructura humana de la catedral, el Derecho canónico. Medieval en su estilo —todo lo humano debe pagar su tributo al tiempo, y por tanto a la historia—, la religiosidad nace ahora del *depositum* que fontanalmente opera en el seno de la Iglesia.

2.º Las estructuras, instituciones, invenciones personales y costumbres *recibidas* por la Iglesia del mundo que se cristianiza, y por ella más o menos gustosamente *aceptadas*: el derecho germánico, el orden feudal, el combate judicial, la ordalía, la esclavitud, las supersticiones populares. Que la ordalía —valga este ejemplo— fue aceptada por el cristianismo medieval, es cosa evidente; que esta indudable aceptación tuvo, por otra parte, sus reservas, lo demuestra el hecho de su formal prohibición eclesiástica, tal vez un poco tardía, en el Concilio de Letrán (1217). Valga otro tanto para el combate judicial y, como veremos, para la pululación de las supersticiones seudocristianas (prácticas mágicas «cristianamente» presentadas, piedad milagrera, etc.).

La vida religiosa de la Edad Media fue el resultado de la fusión o la yuxtaposición, según los casos, de esos dos momentos. Ninguna de las expresiones sociales del cristianismo medieval —vida política y económica, ordenación de la sociedad, saber científico, filosófico y teológico, arte, religiosidad popular, etc.— podría ser rectamente entendida sin discernir en ella las partes cristianamente «creadas» y las partes más o menos cristianamente «aceptadas».

Así constituída, la religiosidad medieval tuvo un determinado estilo histórico, del cual fue a mi juicio rasgo principal su *ilusiva conciencia de plenitud*. El cristiano de la Edad Media vive, por lo general, con la ilusión de que la realización histórica del cristianismo ha llegado entonces

a su integridad, y en consecuencia a su acabamiento. Dos sucesos religiosos, el milenarismo y el anuncio de un «reino del Espíritu Santo» por los espirituales de Joaquín de Fiore, lo demuestran con claridad y aparato en dos momentos del Medioevo bien distintos entre sí. El cristianismo, que en su período primitivo o preconstantiniano había sido «isla en expansión», se trueca ahora en «continente»: todo en la sociedad medieval parece configurado o informado por él. Uno y otro modo de la encarnación del cristianismo en el mundo van a ser, desde entonces, los dos polos que ordenarán las divididas preferencias de los cristianos.

Muy pocas palabras para diseñar, también con intención propedéutica, la estructura social de la Edad Media. Bien se me alcanza que esta faena descriptiva —como la pertinente a la religiosidad— exigiría tener en cuenta el cambio que históricamente va experimentando la sociedad medieval y, como consecuencia, la necesaria periodización de su historia. ¿Cómo desconocer el fuerte contraste entre la sociedad europea del siglo x y la del siglo xiv? Cediendo, sin embargo, a la exigencia de simplificación que la brevedad tan ineludiblemente impone, diré tan sólo que la Edad Media nos ha legado una imagen de sí misma, integrada por una descripción y una interpretación. La descripción: que su sociedad estuvo ordenada en tres estamentos, los *bellatores*, hombres que hacen la guerra y mandan, los *oratores*, hombres que oran, clérigos, y los *laboratores*, hombres que trabajan. La interpretación: que el «orden social» es expresión de un «orden natural»; con otras palabras, que el individuo pertenece al estamento de que forma parte por una razón de «naturaleza» (o de «sobrenaturaleza», en el caso del estamento clerical).

Esta imagen debe ser ampliamente matizada. En lo tocante al carácter «natural» del estamento, porque la dinámica de las clases sociales y las consiguientes posibilidades de tránsito de una a otra van intensificándose de muy visible modo desde la Alta hasta la Baja Edad Media [2]. En lo relativo a la ordenación trimembre de los estamentos, por el carácter complejo del tercero de ellos (compónenlo, en efecto, siervos, esclavos y burgueses, estos cada vez más frecuentes desde el siglo xii, sobre todo en Italia, en Flandes y en el norte de Francia) y por el singular papel que en la estructura de la sociedad desempeña el soldado profesional. Con todo, tal vez sea conveniente retener el esquema tradicional

---

[2] Me contentaré remitiendo a las orientadoras indicaciones de C. G. Grump en *The Legacy of the Middle Ages*.

—señores, clérigos, trabajadores— y ajustar a él, con cuantas salvedades y adiciones sean necesarias, nuestra sociología de la asistencia médica medieval [3].

I. FUNDAMENTO DE LA RELACION MEDICA: LA AMISTAD ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO EN LA EDAD MEDIA

Si a un médico de la Edad Media europea, clérigo o seglar, le hubiesen interrogado acerca del fundamento primero de su actividad terapéutica, es seguro que —trascendiendo las probables corruptelas de su personal ejercicio— habría hecho suyas estas hermosas palabras de la Regla benedictina: *Infirmorum cura ante omnia adhibenda est, ut sicut re vera Christo, ita eis serviatur*; la asistencia médica debe ser prestada a los enfermos como si en verdad se prestase al mismo Cristo. El texto escatológico del evangelio de San Mateo transparece con claridad bajo la letra de estas palabras. En cuanto técnico, el médico —dirá siglos más tarde Arnaldo de Vilanova, en su escrito *de conservanda sanitate*— es «ministro de la naturaleza»; pero lo es *cum bonitate et adiutorio Dei benedicti*. La razón primera de la asistencia médica es —mejor, debe ser— amor de misericordia cristianamente interpretado. Cuando se la considera teórica e idealmente, en la práctica del médico se ve, bajo el posible barro de su apariencia, un genuino ministerio de amor.

Quiere esto decir que el médico medieval entendió el primer fundamento de su quehacer técnico —aunque expresamente no llegara a pensarlo en estos términos— como una versión cristiana de la *philía* griega. Hubiera aceptado como propia, en consecuencia, la concepción de la amistad más atrás perfilada. Pese a los matices nuevos que la cambiante situación histórica haya podido añadir a ese escueto perfil, ella es en definitiva la que informa la idea medieval del amor interhumano, cuantas veces esta idea adquiere expresión religiosa o filosófica: los alegatos en

---

[3] Más simple todavía es el esquema sociológico de Jorge Manrique, cuando en sus *Coplas* famosas, y como preludiando ulteriores simplificaciones, clasifica a los hombres en dos grandes grupos: «los que viven de sus manos— y los ricos».

La bibliografía acerca de estos aspectos generales de la Edad Media es abrumadora. Nada más fácil que procurarse un amplio repertorio bibliográfico de fuentes, exposiciones de conjunto y estudios diversos. Desisto, pues, de darlo. Tanto más, cuanto que el propósito y la índole de este libro exigen reducir al mínimo la atención a las cuestiones e informaciones de carácter «general».

defensa de la vida cenobítica frente a la eremítica —uno de los temas de la naciente religiosidad medieval, tan decididamente comunitaria—, la resuelta acepción de la idea aristotélica de la amistad, y por tanto su cristianización explícita, en la obra filosófica y teológica de Santo Tomás de Aquino, la divergencia doctrinal entre los partidarios de la noción «física» y los secuaces de la noción «extática» del amor, para decirlo con los términos ya canónicos de Rousselot.

Librémonos, sin embargo, de pensar que eso fue siempre la amistad en la vida real de la Edad Media. Así debieron de ser amigos Santo Tomás y San Buenaventura, por lo que de su relación personal nos cuentan, y así San Francisco y fray Bernardo de Asís, según el encantador relato de las *Fioretti*. Pero no siempre fue ese el trato entre el señor y el siervo o entre señor y señor. «Enorme y delicada», llamó Verlaine a la Edad Media, y mil veces ha sido desde entonces repetido tan sugestivo doblete verbal. Más bien habría que decir: «enormemente brutal y enormemente delicada». Junto a la delicadeza de una Virgen gótica, póngase, para no idealizar el Medioevo, la estampa del combate judicial entre el caballero Guy y el caballero Hermann. En 1127 fue aquél acusado por éste de complicidad en el asesinato de Carlos el Bueno de Flandes; y para decidir acerca de tal acusación, Hermann desafió en combate judicial a su inculpado. Lucharon ambos a caballo hasta quedar sin armas y descabalgados. Pasaron sin dilación a combatir a brazo partido, y al fin Hermann pudo demostrar la razón de su denuncia arrancando a Guy las partes pudendas y exhibiéndolas ante los circunstantes, mientras su acusado moría desangrado [4]. Sí: enormemente delicada y enormemente brutal fue la Edad Media.

Pero aquí no nos importa tanto el fundamento genérico e ideal de la asistencia médica medieval —esto es, la versión medieval de la idea cristiana del amor— como su fundamento específico, la peculiaridad que la amistad adquiere cuando son un enfermo y un médico los hombres a quienes une y cuando, por supuesto, es verdaderamente amistosa la relación terapéutica entre ambos. ¿Cómo el enfermo medieval fue amigo del médico que le atendía? ¿Cómo el médico medieval era y pensaba ser amigo de sus pacientes? Vamos a examinar sucesivamente estas dos cuestiones. Mas para obtener respuesta adecuada, parece necesario esbozar previamente una sociología del médico medieval.

---

[4] Citado por H. C. Lea, *Superstition and Force* (Filadelfia, 1892).

I. No creo posible delinear con precisión la *sociología del médico en la Edad Media* sin dividir en tres períodos los diez siglos que según los manuales escolares componen esa Edad; períodos, en este caso, de extensión bien desigual. Dura el primero desde la invasión de los pueblos germánicos hasta que se inicia la madurez de la Escuela de Salerno, a mediados del siglo XI. Corre el segundo entre esa fecha y la aparición de las Facultades de Medicina como centros para la formación intelectual y técnica de los futuros médicos, en los decenios centrales del siglo XIII. Transcurre, en fin, el tercero, desde entonces hasta que cobra general vigencia en Europa la tecnificación del ejercicio de la medicina; por tanto, hasta el orto del mundo moderno.

No faltan durante la Alta Edad Media los *médicos seglares*. En la Italia de Teodorico, como pervivencia de instituciones y usos del Imperio romano. La grandilocuente fórmula que expresa los deberes del *Comes archiatrorum* —institución heredada de la administración imperial— revela la existencia de una clase médica relativamente autónoma y organizada entre los ostrogodos. Antimo, médico bizantino y autor de un tratadito de *de observatione ciborum*, fue embajador de los ostrogodos cerca del rey franco Theuderico, durante el primer tercio del siglo VI. Esta más que probable organización de la asistencia médica va hundiéndose, hasta desaparecer por completo, con motivo de las guerras entre ostrogodos y bizantinos, y luego con la invasión de los longobardos. Pese a todo, perduran entre estos los médicos seglares; un Guidoaldo (727), un Fredo (748), un León (777), según documentos del siglo VIII procedentes de Lucca y Pistoia; y un manuscrito de Milán nos habla de lecciones en Rávena, a fines de ese mismo siglo, en que eran mencionados Hipócrates y Galeno. En España, los visigodos arruinan sin tardanza la organización médica de la Hispania romana; pero las *Leges Wisigothorum* atestiguan sin lugar a duda —pronto volveremos sobre ello— la existencia de profesionales seglares de la medicina. También en las Galias son prontamente destruidas —a fines del siglo VI— las brillantes escuelas médicas de Marsella, Tolosa, Lyon y Arles, y el nivel de la asistencia al enfermo desciende lamentablemente. Por las crónicas de Gregorio de Tours y Fredegario sabemos, sin embargo, que bajo los merovingios pervive la arquiatría y prestan servicio diversos médicos seglares, bien francos, como Reoval y Marileif, bien bizantinos, como un Petrus y cierto Paladio. Algo semejante podría decirse respecto de la Inglaterra y la Alemania de la Alta Edad Media.

Así, entre los siglos VI y VIII. A partir de la primera mitad de éste, la asistencia médica va a pasar rápidamente a las manos de sacerdotes, tanto del clero secular como del regular. Tal práctica había comenzado, en rigor, en los decenios centrales del siglo VI. En Italia, los nacientes monasterios benedictinos —el año 529 es fundado Monte Cassino— comienzan a recibir y atender enfermos. «Aprended a conocer las plantas medicinales... Leed a Dioscórides, leed a Hipócrates, a Galeno, a Celio Aureliano», recomienda Casiodoro (490-583) a los monjes de Occidente [5]. En España, Pablo, obispo de Mérida entre los años 530 y 560, no vaciló en tomar el cuchillo para practicar con su propia mano una operación cesárea. Otro obispo emeritense, Masona, funda el año 580 un hospital seguramente atendido por clérigos. Y aunque en modo alguno podemos asegurar que San Isidoro († 636) practicase personalmente la medicina, es seguro que los libros IV y XI de sus *Etimologías* ejercieron considerable influencia sobre muchos clérigos europeos consagrados a la actividad terapéutica. Pronto, a partir de entonces, se harán más y más frecuentes los nombres de personas e instituciones que enlazan el sacerdocio con la medicina —la *Instructio* de San Columbano (*Quantis fatigationibus vel quantis maeroribus medicorum discipuli vexantur!*, se dice en ella), el Monasterio de San Gall, fundado a comienzos del siglo VII, Beda el Venerable (674-735), el arzobispo de Milán Benedicto Crispo († 725), la cadena áurea de los monasterios europeos (los ya mencionados Monte Cassino y San Gall, Poitiers, Lisieux, Soissons, Lyon, Reims, Fulda, Reichenau, Bobbio, Cremona, Vicenza, tantos más), la Escuela de Chartres, etc.—, y la figura del *sacerdote médico* será dominante en el ejercicio del arte de curar. Veremos cómo era éste practicado en monasterios y escuelas capitulares.

Deben ser por fin mencionados los *médicos judíos*, activos en muchas ciudades europeas desde los albores de la Edad Media. La crónica de Aronio nos enseña que el año 576 ejercía en Tours un médico judío. Otro figura en la embajada que Carlomagno envió al califa de Bagdad. Zedequías, hebreo también, fue médico de cámara de Luis el Piadoso y Carlos el Calvo. El prestigioso Sabbatai ben Abraham, llamado Donnolo, ejerció la medicina en el mediodía de Italia durante el comedio del siglo X. En España, Rabbi Abu-Josef Aben-Hasdai, médico de Abd-er-Rahman III, trató a Sancho el Gordo, y médicos judíos cuidaron de Fernan-

[5] *Instit. divin. et saec. lect.*, I, 31.

do III, Sancho IV, Alfonso IX, Pedro el Ceremonioso, Juan I y no pocos monarcas más. A lo largo de toda la Edad Media, y más en España, el médico judío fue muchas veces el «médico distinguido», el práctico a quien acuden o que en servicio exclusivo reclaman, como «médico de cámara», quienes tienen poder y recursos para ello.

Durante el segundo de los períodos antes discernidos —desde la primera mitad del siglo XI hasta los decenios centrales del XIII— no cambia gran cosa, desde el punto de vista de la condición social del terapeuta, el cuadro general de la asistencia médica. Pero en Salerno, ciudad de la Italia meridional, va a florecer una institución, la llamada «Escuela de Salerno», existente ya, con toda probabilidad, desde el siglo IX, y decisiva respecto de la ulterior configuración del ejercicio de la medicina. Ante todo, por su carácter predominantemente secular. Hubo en ella, por supuesto, algunos clérigos, y es más que probable que mantuviese cierta relación con el no lejano monasterio de Monte Cassino; pero la mayoría de los médicos que allí enseñaron y practicaron fueron, sin duda alguna, personas seglares. En segundo término, por la cada vez más firme y reglada organización de su enseñanza. En tercero, por la amplia irradiación de su influencia renovadora. No podía ser y no fue ajena la Escuela de Salerno, por ejemplo, a la ordenación del ejercicio médico por los reyes de Sicilia. En cuarto y último, por la parte importantísima que a partir de Constantino el Africano tuvo Salerno en la difusión del saber médico greco-arábigo por todo el ámbito europeo.

Tres sucesos van a determinar, traspuesta la primera mitad del siglo XIII, la ingente transformación que en la Baja Edad Media experimenta el ejercicio médico. Por una parte, la ya mencionada influencia renovadora de Salerno, pronto ampliada por la obra de los traductores de Toledo y los demás centros de penetración de la ciencia greco-arábiga. Añádase a esto la acción ejemplar de la ordenanza de Federico II Barbarroja en 1231 —precedida por la menos eficaz de Rogelio de Sicilia, en 1140—, estableciendo la obligatoriedad del título oficial para el ejercicio de la medicina. Y por fin, la cada vez más frecuente fundación de Facultades médicas en las nacientes Universidades: Montpellier, Bolonia, París, Oxford, Salamanca. Lentamente, porque la institución de la medicina monástica estaba muy hondamente arraigada en la sociedad medieval, va desapareciendo la figura del sacerdote médico. Obvias razones disciplinares y morales obligan a la Iglesia a prohibir una y otra vez a los clérigos la práctica de la medicina, y la insistente reiteración del mandato

—concilios de Clermont (1130), Reims (1131), Londres (1138), Letrán (1139), Montpellier (1162 y 1195), Tours (1163), París (1212)— prueba con evidencia esa honda vigencia popular de la medicina sacerdotal. De un modo u otro, al médico se le exige título y suficiencia. «Ningún home non obre de física —dice nuestro Fuero Real—, si non fuere ante aprobado por buen físico por los físicos de la villa do hubiere de obrar, o por otorgamiento de los Alcaldes, e sobre esto haya carta testimonial del Concejo; y esto mismo sea de los Maestros de las llagas...» [6]

No quiere esto decir, naturalmente, que durante la Baja Edad Media se hallasen debidamente titulados todos los médicos en ejercicio. Perduran junto a ellos, pese a todas las prohibiciones mencionadas, clérigos que practican la medicina y empíricos más o menos expertos, cirujanos sin asomo de titulación, barberos y curanderos de toda laya. No será preciso recurrir al violento «colorido local» de las descripciones de Víctor Hugo, ni al más plácido de las estampas literarias de Walter Scott, para imaginar lo que fue la asistencia médica, llamémosla así, en la Corte de los Milagros parisiense o en las ferias de los burgos medievales. Con todo, la práctica de la medicina se dignifica, ordena y adquiere creciente carácter técnico a partir del siglo XIII, y la clase médica va rápidamente adquiriendo multiforme estatuto social. Al servicio de los reyes y de los grandes señores civiles y eclesiásticos hay *médicos de cámara*. Hay también, por supuesto, *médicos libres*, con asistencia hospitalaria o sin ella. Hay además *médicos municipales*, con obligación de asistir a los pobres de la ciudad, bien en su domicilio, bien en los hospitales del municipio. Va habiendo, cada vez más singularizados, *médicos militares*. El médico, en suma, comienza a ser en la sociedad lo que hasta ayer mismo ha sido y en buena parte sigue siendo. Más adelante, en el apartado correspondiente al aspecto ético-social de la asistencia médica, le veremos actuar dentro de ese cada vez más complejo marco.

II. «El enfermo —repetiré la sentencia del *Lisis* platónico— es amigo del médico a causa de su enfermedad». Así fue en la Grecia clásica, y es seguro que así seguirá siendo, pese a todo posible obstáculo, mientras en el mundo haya enfermos y médicos: no es un azar que los actuales marroquíes se dirijan al médico llamándole *sabbi*, «amigo» [7]. Fieles a esta

[6] Fuero Real, libro IV, título XVI, le I. Apud A. Ruiz Moreno, *La medicina en la legislación medioeval española* (Buenos Aires, El Ateneo, 1946).

[7] Comunicación personal del Comandante Dr. Herrero Muñoz.

regla constante fueron los enfermos de la Edad Media europea. Pero ¿cómo el enfermo medieval fue amigo del médico? Este es nuestro problema.

Dos textos legales de bien distinta fecha, la ya mencionada fórmula de los derechos y deberes del *Comes archiatrorum*, en la Roma de Teodorico, y la ordenanza de Federico II acerca de la titulación obligatoria del médico revelan una alta estimación de la medicina e indican, por consiguiente, la inicial confianza del enfermo medieval en quien como médico había de tratarle; y ya sabemos que la confianza es la forma primaria de la amistad del paciente hacia el médico. Esta previa actitud del ánimo se trocó no pocas veces en verdadera amistad, y de ello hay frecuente constancia documental. El autor de la *Vita Caroli* (Eguinardo, Einhard) nos habla de las amistosas disputas de Carlomagno con sus médicos —Wintarus fue el nombre de uno de ellos, según la *Vita St. Sturmi*, de Eigil—, acerca de si el Emperador había de comer la carne asada, como era su costumbre y gusto, o cocida, como los galenos le aconsejaban [8]. No menos patente fue, a fines del siglo XIII, la amistad entre Bonifacio VIII y su médico Arnaldo de Vilanova. Y la extensa literatura consiliar de la Baja Edad Media atestigua —en ocasiones, a través de un simple detalle expresivo— la amistosa relación del terapeuta con el paciente.

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

A la vida de Occidente pertenece, desde Grecia, la ironía. El modo occidental del ejercicio de la inteligencia incluye la ironía, y no pudo ser excepción a esta regla la actitud del enfermo medieval —o del sano, en cuanto posible enfermo— frente a sus médicos. La amistad entre el paciente del Medioevo y su médico distó mucho de la beatería: bien claramente lo demuestran las *sátiras medievales del médico*, perduración inconsciente de la vieja tradición aristofanesca. En pleno siglo XII, el *Metalogicus* de Juan de Salisbury vitupera con humor y sarcasmo las

---

[8] «*Et quidem plura suo arbitratu quam medicorum consilio faciebat, quos pene exosos habebat, quod ei in cibis assa, quibus assuetus erat, dimittere et elixis adsuescere suadebant*» (Pertz, *Mon. hist.* II, 377). ¿Quién tendría razón, Carlomagno con sus gustos o los médicos con sus preceptos?

disputas entre los galenos, la presuntuosa hinchazón de sus términos técnicos, su codiciosa sed de lucro: *Hippocratem ostentant, aut Galenum, verba proferunt inaudita, ad omnia suos leguntur Aphorismos, et mentes humanas velut afflatas tonitruis sic percellunt nominibus inauditis...* (*Metal.* I, 4). Dos siglos más tarde, Petrarca seguirá en la brecha: *Herba, non verba*, dice, irritado, a los médicos; *latina mors cum graeco velamine*, llamará, con incisiva frase moderna, a la entonces tan frecuente latinización de los términos médicos griegos. Pocas diatribas contra los médicos tan violentas —demasiado violentas, en ocasiones, para ser enteramente justas— como estas *Invectivae* de Petrarca contra los de su época.

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

La paulatina racionalización jurídica de las relaciones humanas dio pronto un giro *contractual* a la confianza —o a la desconfianza— del enfermo en el médico. Por amistosa que sea, la relación médica es un contrato: el paciente o quien por él actúa dan al médico dinero a cambio de unos servicios técnicos que deben ser prestados con alguna garantía para quien los paga. Así lo entendió mucha veces la sociedad medieval. Las *Leges Wisigothorum*, por ejemplo, regulan con gran minucia las eventuales sanciones que podían caer sobre los médicos. Antes de emprender

el tratamiento, el médico debía convenir sus honorarios —previstos por la misma ley en ciertos casos, como la operación de catarata y la sangría— y depositar fianza. Si el enfermo moría, el médico no tenía derecho a honorario alguno, pero podía retirar su fianza. Los errores técnicos eran castigados con diversas penas: por una sangría mal hecha, multa de 150 sueldos; por la muerte de un siervo, la entrega de otro; por la muerte de un hombre libre, la pena de ser entregado al arbitrio de la familia; por la práctica de la sangría en una mujer libre, sin que estuviesen presentes siervas o esclavas, multa de 10 sueldos, porque —dice el texto de la ley— *difficillimum non est, ut interdum in tali occasione ludibrium adhaerescat* (lib. XI, tit. 1). Sueltas debían de ser las lenguas y quebradiza la honra de las damas, entre los visigodos. El Fuero Juzgo recogerá estas disposiciones: «Si algún físico sangrare algún ome libre, si enflaqueciere por sangría, el físico debe pechar C e L sueldos. E si muriere, metan al físico en poder de los parientes que fagan del lo que quisieren. E si el siervo enflaqueciere o muriere por sangría, entregue otro tal siervo a su sennor» (libro XI, ley VI antigua). El mismo espíritu se hace patente en las Partidas [9]. No era suave cosa, ciertamente, el ejercicio de la medicina en la Edad Media.

Queda por mencionar otra forma, muy frecuente entonces, del condicionamiento de la amistad entre el enfermo y el médico: la *pugna entre la práctica supersticiosa y la práctica médica*, la presunta oposición entre el remedio natural y el remedio sobrenatural, en detrimento de aquél. Defendiendo las curas milagrosas de su conterráneo San Martín, escribe

[9] «Métense algunos omes por más sabidores de lo non saben nin son, en física, o en cirugía. E acaesce a las vegadas que porque non son tan sabidores como fazen la demuestra, mueren algunos enfermos, o llagados por culpa dellos. E dezimos por ende que si algún físico diesse tan fuerte melezina, o aquella que non deue a algún ome o muger que tuviesse en guarda, si se muriese el enfermo, o si algún çurujano fendiesse algún llagado, o lo aserrasse en la cabeça o le quemasse neruios, o huesos de manera que muriesse por ende, o si algún ome, o muger diesse yeruas o melezina a otra muger porque se empeñasse, e muriesse por ello, que cada uno de los que tal yerro fazen deve ser desterrado en alguna ysla por cinco años, porque fue en grand culpa trabajandose de lo que non sabia tan ciertamente como era menester, e de como fazia muestra, e demas deuele ser defendido que non se trabaje deste menester. E si por aventura el que muriesse por culpa del físico, o del çurujano fuesse siervo, develo pechar a su señor según alvedrio de omes buenos. Pero si alguno de los físicos, o de los çurujanos a sabiendas, e maliciosamente fiziessen alguno de los yerros sobredichos deven morir por ende. Otrosi dezimos de los boticarios que dan a los omes a comer o a bever escamonea, o otra melezina fuerte, sin mandato de los físicos, si alguno beviendola se muriesse por ello, deve auer el que la diesse pena de omicida». (Séptima Partida, tít. VIII, ley VI).

el Turonense en la segunda mitad del siglo VI: «¿Qué logran los médicos con sus instrumentos? Más pertenece a su oficio procurar el dolor, que aliviarlo. Cuando abren de par en par el ojo (del enfermo) y cortan con sus afiladas lancetas, más bien hacen aparecer ante ese ojo los tormentos de la muerte, que le ayudan a ver... Nuestro amado santo, en cambio, sólo un instrumento de acero posee, su voluntad, y sólo una pomada, su virtud sanadora». El mismo sentido tiene la narración del encuentro entre Donnolo (el médico judío Sabbatai ben Abraham, antes mencionado) y el que luego había de ser San Nilo. Donnolo (913-965), que ejerció su profesión en distintos lugares de la Italia meridional, gozó de gran prestigio como médico práctico y fue en su juventud buen amigo del santo. He aquí lo que los *Acta sanctorum* nos dicen del encuentro entre ambos: «Al día siguiente bajó el santo varón de aquel lugar; y cuando entraba en la ciudad, se le acercó cierto judío, llamado Donnolo, al que conocía desde joven, hombre que había sido muy estudioso y era de pericia no común en el arte de curar. El cual comenzó a decir al padre: «He oído hablar del áspero género de vida que practicas y de tus grandes abstinencias, y no me sorprenderá, conociendo como conozco la complexión de tu cuerpo, que llegues a padecer de epilepsía. Así, pues, si te parece bien, te daré un remedio adecuado a tu temperamento, para que durante todo el tiempo de tu vida no padezcas enfermedad». A lo cual el padre respondió: «Uno de vuestros judíos nos dijo: Mejor es confiar en Dios que confiar en el hombre. Por tanto, nosotros, que confiamos en Dios, nuestro médico, y en nuestro Señor Jesucristo, no necesitamos de los remedios que tú preparas, no sea que luego te jactes de haberlos dado a Nilo». Oidas estas cosas, el médico no respondió» (*Acta sanctorum*, VII, 313). Fuera ese u otro el contenido real del diálogo entre Donnolo y Nilo, la mentalidad del autor del relato es evidente. El propio San Bernardo, ya en pleno siglo XII, tiene un texto en que el santo, movida su alma por un ferviente anhelo cristiano de alabar a Dios a través de la enfermedad —*Libenter gloriabor in infirmitatibus meis, ut inhabitet in me virtus Christi!*—, se muestra resueltamente hostil contra las confecciones de los médicos y cree de mayor perfección dejar que Dios obre a través de la naturaleza [10].

[10] El santo de Claraval acepta, a lo sumo, que sus monjes ingieran simples hierbas del campo (*de vilibus quidem herbis... aliquid sumere tolerabilis est et hoc aliquando fieri potest*). Lo que le parece contrario a la pureza de su orden es *emere species, quaerere medicos, accipere potiones*.

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

III. Hemos de examinar ahora, complementariamente, cómo el médico medieval entendió su amistad con el enfermo. «Donde hay *philanthrôpía*, amor al hombre en cuanto hombre, hay también *philotekhnía*, amor al arte (de curar)», proclaman los *Praecepta* hipocráticos. El médico es amigo de su arte en cuanto es amigo del hombre en cuanto tal, y por tanto del individuo humano a que técnicamente atiende; y como médico —al margen, pues, de lo que como persona particular pueda sentir o hacer— es amigo de ese hombre a través de su arte y del amor que a su arte debe profesar. Amor al arte a través del amor al hombre, amor al hombre a través del amor al arte: tal es la regla hipocrática.

¿Se acomodarán al precepto griego la mente y la conducta del médico medieval? Sin duda. Pero nunca entenderíamos la vigencia de ese precepto en la medicina de la Edad Media, si no tuviésemos en cuenta la idea medieval del amor al hombre y la idea medieval del arte y del amor a éste.

Acerca de la primera, dicho ha quedado lo suficiente. El médico de la Edad Media entendió cristianamente la *philanthrôpía* y realizó esa idea cristiana del amor al hombre —o no la realizó— según los quilates de su virtud personal y a través de los hábitos mentales y operativos que la visión medieval del mundo imprimía a quienes en ella habían de formarse. Entre San Francisco de Asís y el caballero Hermann antes mencionado, pónganse cuantas actitudes y conductas se quiera. Es evidente que en no pocos casos el sanador se acercaba al enfermo movido por el más puro amor cristiano. Recuérdese el texto de la Regla de San Benito que más arriba cité. El *cellerarium*, dícese en otro lugar de la misma Regla, debe tratar a los enfermos *cum omni solicitudine, sicut pater*. Así quería Masona, el Obispo emeritense, que los médicos de su hospital tratasen a cada uno de sus pacientes: *cibos delicatos et nitidos eousque praeparantes, quousque cum Deo aegroto ipsi salutem pristinam reformarent*. Y es seguro que con este espíritu fueron tratados muchos enfermos en los monasterios medievales. Así entendido, el tratamiento médico era ante todo un acto de amor, y

con textos genuinamente cristianos fue defendida por los clérigos de la Alta Edad Media su frecuente dedicación a la medicina [11].

Que tan hermosa actitud espiritual se corrompió con frecuencia entre los mismos clérigos, lo muestra del modo más patente la tan explícita y reiterada prohibición eclesiástica del ejercicio clerical de la medicina, a partir del Concilio de Clermont, en 1130. Y que entre los médicos seglares, por cristianísimas que fuesen sus almas y sus vidas, tuvo que unirse un interés profesional, abusivo en ocasiones, al sentimiento cristiano del amor al menesteroso, no es cosa menos patente. Elocuentemente lo declaran los textos antes transcritos y otros que luego hemos de ver. Pese a su condición cristiana, el médico medieval fue no pocas veces más amigo del lucro y del prestigio que del enfermo.

Mas no es esto lo que ahora en primer término importa. Importa ahora, sobre todo, cómo el médico de la Edad Media, clérigo o no, entendió su amistad con el enfermo a través de su amor al arte que practicaba. ¿Qué pudo ser, qué fue para el médico medieval el amor al arte de curar? Interrogación a la cual no podrá darse adecuada respuesta si en el dilatado curso del Medioevo no se distinguen con algún cuidado dos períodos sucesivos, bien que muy continuamente unidos entre sí: un primer período que llamaré «pretécnico», en el cual todavía no ha adquirido cuerpo la idea medieval de la *ars*, y otro, ulterior, ya clara y resueltamente «técnico».

El *período pretécnico* de la medicina medieval dura por lo menos —sin que un hito muy preciso lo separe del subsiguiente— hasta la segunda mitad del siglo XII. En él la medicina, más que un «arte», en el sentido riguroso de esta palabra, es un «oficio», preponderantemente caritativo en unos casos, preponderantemente profesional en otros. Durante las seis centurias de este período se practica el «oficio de curar» y no el «arte de curar», por la razón potísima de que la noción de *ars* —nombre con que, como es sabido, los latinos tradujeron la *tékhnê* de los griegos— no ha cobrado todavía vigencia social. La idea de que las cosas actúan necesariamente por obra de las «propiedades» o «virtudes» que por naturaleza les corresponden —gloriosa conquista de la mente helénica y fundamento de toda ciencia natural y de toda técnica: recuérdese lo dicho en el capítulo precedente— había sido prácticamente olvidada en los primeros siglos del Medioevo. Por lo menos, no era del dominio co-

[11] K. Sudhoff, «Eine Verteidigung der Heilkunde aus der Zeiten der Mönchsmedizin», en *Arch. für Gesch. der Med.* VII (1913), 223-237.

mún, no constituía un hábito mental de la sociedad. Así lo demuestran dos «hechos sociales» ya señalados por mí: la frecuente práctica de la ordalía y la contraposición entre el remedio natural y el remedio sobrenatural.

¿Qué lleva en su entraña la vigencia social de la ordalía? Indudablemente, una creencia absolutamente inconciliable con la mentalidad que hace posibles la ciencia y la técnica: la creencia en que el curso regular y necesario de los fenómenos naturales puede ser preternaturalmente abolido o alterado en cualquier momento. Si yo no soy culpable de lo que se me imputa, y para demostrar mi inocencia pongo mi mano sobre el fuego, el fuego no quemará mi mano. Reaccionando sensata y socarronamente contra esta creencia, tan difundida en la Europa anterior al siglo XIII, nuestro pueblo dirá:

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

porque aun cuando Dios no ayude a los malos, aunque su providencia no pase de permitir el mal, como la sutileza de los teólogos enseña, lo cierto es que también en orden a la vida del hombre, y no sólo respecto de las propiedades de los seres meramente cósmicos, sucede en principio lo que «es natural» que suceda, y «natural» es que los muchos, puestos a luchar, puedan con los pocos y les muelan a palos, si tal es su gusto.

Y, por otra parte, ¿pueden existir una ciencia de la naturaleza y un pensamiento técnico cuando se cree que la eficacia gratuita de una práctica religiosa, por tanto de carácter sobrenatural, hace prescindibles los remedios de carácter natural y debe ser a ellos preferida y hasta deliberadamente contrapuesta? Desde que el cristianismo comparece en el seno del mundo antiguo —no necesitaré invocar de nuevo el fracaso de la actitud que representaron Tertuliano y Taciano el Asirio—, los cristianos no supersticiosos saben muy bien que la relación entre la acción natural del fármaco y la posible eficacia sobrenatural de la práctica religiosa —siempre gratuita y, en el caso de la curación de las dolencias físicas, siempre excepcional e incalculable— no es y no puede ser la oposición.

No pudo, pues, existir, y no existió socialmente una mentalidad «técnica» en la Edad Media europea hasta bien entrado el siglo XII, acaso hasta comienzos del siglo XIII. Pero en el seno de ese mundo violento y supersticioso, un hilito de luz va a transmitir de mente a mente los restos del pensamiento antiguo que más tarde permitirán —otra vez, y ya sin interrupción desde entonces— la paulatina tecnificación del ejercicio terapéutico, la resuelta conversión del «oficio de curar» en «arte de curar». Y es de estricta justicia decir que fueron casi exclusivamente clérigos —regulares unos, seculares otros— quienes de hecho cumplieron este importantísimo menester.

En orden cronológico, y sólo en lo que atañe a la medicina, he aquí las figuras más importantes del proceso: Casiodoro (490-583), San Isidoro (570-636), Benedicto Crispo († 725), Beda el Venerable (674-735), Alcuino (735-804), Rabano Mauro (780-856), Walahfrid Strabo († 849). Notker (s. X), Gerberto de Aurillac († 1003) y Heribrando († 1028). Con Gerberto y Heribrando entramos en el siglo XI, tan decisivo para la ya próxima constitución de una mentalidad técnica en la sociedad europea. En esa centuria, en efecto, florece la actividad traductora y transmisora de los *Scriptoria*, entre ellos el célebre de Ripoll, cobra vigor e influencia la Escuela capitular de Chartres (activa ya en el siglo X) y logra Salerno, por obra de Constantino el Africano († 1087), su definitiva madurez práctica e intelectual. Pronto la Edad Media europea habrá hecho suyas, ya no sólo como balbuciente patrimonio de algunas cabezas aisladas, sino como hábito mental socialmente eficaz, las dos nociones sobre que asienta, desde Hipócrates, una ciencia médica realmente merecedora de su nombre: la noción de *physis* (naturaleza, *natura*) y la de *tékhnê* (arte, *ars*).

No puedo estudiar aquí la obra personal de cada uno de esos hombres. Debo limitarme a mostrar cómo en sus escritos esas dos nociones avanzan y paulatinamente se configuran, en cuanto al quehacer médico toca, y cómo todos ellos cumplen su común misión de custodios y transmisores del saber antiguo.

En las *Institutiones* de Casiodoro aparece muy explícitamente la expresión-clave, *ars medendi*, e implícitamente se alude a la noción de *virtus naturalis*, como fundamento primero de la terapéutica. Recomienda Casiodoro a los monjes reunidos en el *Vivarium* de Esquilache la lectura de Dioscórides, *qui herbas agrorum mirabili proprietate disseruit atque depinxit*, y el manejo de las versiones latinas —pronto

veremos cuál era su alcance— de Hipócrates, Galeno, Celio Aurelio y de otros libros compuestos para exponer el arte de curar, *medendi arte compositos*. La recta práctica de la medicina exige, tal es la sumaria, pero esencial lección de Casiodoro, un conocimiento preciso de lo que las hierbas por su naturaleza pueden hacer, y por tanto, un conocimiento preciso de las hierbas mismas. El libro IV de las *Etimologías* de San Isidoro da un paso más. No sólo es preciso conocer la naturaleza de las hierbas, también la consistencia de las diversas enfermedades, lo que estas en sí mismas son; y a través de sus ingenuas fantasías etimológicas, el gran obispo hispalense se esfuerza por enseñar a los doctos —entre ellos, muy en primer término, los numerosos sacerdotes médicos de la Alta Edad Media europea— cuál es la específica realidad subyacente a los nombres que define: *Dicta autem pestilentia, quasi pastulentia, quod veluti incendium depascat... Dysenteria est divisio continuationis, id est ulceratio intestini, «dys» enim divisio est, «entera» intestinum... Phrenesis appellata sive ab impedimento mentis, seu quia dentibus frendent, nam frendere est dentes concutere...* Una rudimentarísima y fantástica nosografía sintomática y anatomopatológica renace en Occidente por obra de las ocurrencias etimológicas de San Isidoro. Poco más tarde, en la Italia longobarda, prosigue y se perfecciona la incipiente empresa: Benedicto Crispo compone los hexámetros de su *Commentarium medicinale*, y un grupo de autores anónimos, reunidos en torno a la corte de Benevento, difunde los principios de la teoría humoral, la doctrina de las cualidades fisiológicas elementales y la clasificación de las enfermedades en agudas *(oxea)* y crónicas *(chronia)*. Beda el Venerable describe con cierta precisión objetiva un caso de afasia y su adecuado tratamiento natural mediante ejercicios de pronunciación. Alcuino, a fines del siglo IX, elogia en bien intencionados versos latinos la actividad de la grey hipocrática de su *Schola palatina:*

Accurrunt medici mox Hippocratica secta.
Hic venas fundit, herbas hic miscet in olla,
hic coquit pultes, alter sed pocula praefert,

y exhorta a los médicos para que con su conducta merezcan la bendición de Cristo:

Et tamen, o medici, cunctis impendite gratis
ut manibus vestris adsit benedictio Christi.

No tardará en alcanzar expresión legal la luminosa influencia de Alcuino: un año después de la muerte de éste, Carlomagno prescribirá en su capitular de Thionville (805) la enseñanza regular del arte de curar *(de medicinali arte, ut infantes hanc discere mittantur)*, y ocho más tarde prohibirá expresamente las prácticas médicas supersticiosas (813). Estas, por supuesto, continúan; pero ya hay en Europa una amplia minoría que sabe y quiere atenerse a lo que por sí misma exige la «naturaleza de las cosas». Ese es el camino por el que poco a poco avanzan Rabano Mauro, Walahfrid Strabo, los monjes de San Gall, como Iso y Notker, y los de Reichenau, los docentes de Chartres, el autor del *Codex Bruxellensis*, tantos más. Cuenta Richer en sus *Historiae* (IV, capítulo 10) haber ido a Chartres para oir a Heribrando comentar los *Aforismos* de Hipócrates; y como esto no saciase su vehemente afán de saber *(cum tantum prognostica morborum accepissem et simplex aegritudinum cognitio cupienti non sufficeret)*, leyó con su maestro el libro *de concordia Ippocratis, Galieni et Surani*. Ya no basta a las mentes el tosco conocimiento inmediato y sintomático de la enfermedad a que alude esa *simplex aegritudinum cognitio;* el mero empirismo del «oficio» se está convirtiendo en «arte» propiamente dicho, y exige, por tanto, una «patología», aunque ésta sea rudimentaria. Con la misma voluntad de precisión procede Gerberto cuando en una de sus cartas *(Epist.* 15) rectifica un error onomástico de su correspondiente: *quem morbum tu corrupte «postuma», nostri «apostema», Celsus Cornelius a Grecis* ἡπατικὸν *dicit appellari.*

Todo esto ha sido posible, más que por una asidua y metódica observación de la realidad natural —aunque también a ella se recurriese entonces— por la lectura y el comentario de los pocos escritos médicos de la Antigüedad que perduran en Occidente. Cuando los árabes incendiaban la biblioteca de Alejandría, los monjes de Europa, con ese íntimo celo intelectual que la letra de ciertas alusiones tan finamente delata, empiezan a recoger y conservar manuscritos y libros; los bien guardados libros de que hablan las *Institutiones* de Casiodoro *(quos vobis in bibliotheca nostra sinibus reconditos dereliqui)*, los escritos médicos a que alude una carta de San Bonifacio *(libros... ut sunt de medicinalibus, quorum copia est aliqua apud nos; Epist.* 120), los que con manifiesto orgullo pondera, por su muchedumbre, un Abad de Fulda, tal vez el propio Rabano Mauro *(fecit et bibliothecam, quam tanta librorum multitudine ditavit ut vix dinumerari queat)*.

¿Qué «libros» médicos contenían estas nacientes bibliotecas de la Alta Edad Media? Pocos, desde luego, y harto rudimentarios: extractos y pobres compilaciones latinas del Bajo Imperio (las de Celio Aureliano que circularon bajo los nombres de *Aurelius* y *Esculapius*, los manualitos de Sereno Sammonico, Gargilio Marcial, un Seudo-Apuleyo, un Seudo-Plinio, Vindiciano), traducciones al latín de algunos escritos hipocráticos (Aforismos, Pronóstico, *de diaeta in acutis*, libros I y II de *de diaeta*, *de hebdomadibus)*, algunas de las obras de Rufo, Galeno *(Therap. ad Glauconem*, *de curatione febrium*, *Ars parva*) y Dioscórides, fragmentos de Oribasio y de Alejandro de Talles, los trataditos *Dynamidia* (atribuido ya a Hipócrates, ya a Galeno, y consagrado a las virtudes de las hierbas) y *de cibis* (seudohipocrático), el escrito seudogalénico *de simplicibus ad Paterninum* y muy pocas cosas más. No lo suficiente, desde luego, para justificar la jactancia bibliofílica del Abad de Fulda, pero sí para que las dos nociones básicas antes mencionadas —la de *natura*, la de *ars*— fuesen penetrando y fructificando en las testas punto menos que virginales de los lectores y médicos de Occidente.

A lo largo del siglo XI, progresa y se afirma en toda Europa la vigencia social de esas dos nociones. Antes enumeré los agentes y los cauces principales del proceso. Este se acelera e intensifica durante el siglo XII: crece el nivel intelectual de los autores, hácense más densas e influyentes las instituciones científicas. Bastará tal vez recordar los nombres de San Anselmo, Lanfranco y Abelardo, o —ya en el orden médico— los escritos de Santa Hildegarda y de los maestros de Salerno. La inteligencia medieval está llegando a su cima: ese *apex mentis* de la Edad Media que en el siglo XIII forman las nacientes Universidades, San Alberto Magno, Santo Tomás de Aquino, San Buenaventura, Duns Escoto, Rogerio Bacon y Vicente de Beauvais. Puede ya nacer una genuina ciencia natural (cristianizando la *Física* de Aristóteles o, poco después, discutiéndola cristianamente), y la medicina de Occidente, ya en posesión casi plenaria del legado antiguo, aunque éste haya venido a ella a través de los autores árabes, logra expresa y reflexivamente ser, en la plenitud semántica del término, *ars medica*, «arte de curar». Taddeo Alderotti, Arnaldo de Vilanova, los grandes cirujanos del siglo XIV, Pietro d'Abano, Gentile da Foligno, Bartolommeo Montagnana, Mondino de Luzzi y tantos más lo proclaman con su práctica y su pluma.

Los tratados de historia de la filosofía y de historia de la ciencia

muestran cómo en la mente de los filósofos y teólogos van cobrando explicitud, claridad y consistencia intelectual los conceptos de *natura* y *lex naturalis*. Pero acaso sean sucesos de carácter extracientífico, pertenecientes a la vida común y profana de la sociedad, los que con más elocuencia declaren el cambio que sucesivamente se ha ido operando en la mentalidad de la Edad Media. Antes indiqué que la práctica de la ordalía es formalmente condenada el año 1216, en el concilio de Letrán. Pocos años más tarde, Federico II Barbarroja —no un filosófo, sino un «hombre de mundo» discretamente ilustrado— escribía: «¿Cómo puede creerse que el calor natural del hierro candente se enfríe sin causa adecuada, ni que a causa de una conciencia culpable el elemento del agua rehuse sumergir al acusado»? [12]. Esa es también la actitud intelectual del Dante, cuando en *De Monarchia* justifica el Imperio como estructura *natural* de la vida política del hombre. El derecho del Imperio a existir y a gobernar, piensa el Dante, no emana de la Iglesia, sino de la *ley natural*, según la cual el orden social requiere gobierno; y como la ley natural expresa la voluntad de Dios, de Dios proceden directamente los poderes del Estado *(De Monarchia* III, 16).

En el orden cósmico y en el orden social, las cosas hacen lo que *por naturaleza* tienen que hacer: lo que tienen que hacer «de suyo», según una certera expresión de nuestro idioma. El concepto de «propiedad natural», y por tanto, el de *physis* o *natura*, ha penetrado resueltamente en el pensamiento de la Edad Media. Textos como el de Gregorio de Tours y el de la *Vida de San Nilo* que antes cité, apenas son concebibles en un autor culto del siglo XIII.

¿Cómo los pensadores medievales lograron cristianizar la *physis* y la *tékhnê* de los griegos? ¿Cómo los médicos de la Edad Media, poco más tarde, van a hacer de la medicina una verdadera *ars medica*? ¿Cómo, en fin, el pagano Galeno va a ser luz y fundamento, a partir del siglo XIII, del arte cristiano de curar? ¿No sabemos acaso que por su fervoroso galenismo tuvieron que ser excomulgados algunos médicos cristianos en la Roma del siglo III? Más de una vez he dicho, respondiendo a estas interrogaciones, que la mente cristiana medieval pudo hacer suya la *physiología* helénica mediante la elaboración de tres decisivos conceptos teológicos y cosmológicos: el de la «potencia ordenada» de Dios, el de «causa segunda» y el de «necesidad condicionada» o *ex suppositione*.

[12] Cit. por E. Kantorowicz en *Kaiser Friedrich der Zweite* (Berlín, 1927). Véase también H. D. Sedgwick, *Italy in the Thirteenth Century* (Boston, 1912).

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

Quiere esto decir que en la causalidad de los movimientos del mundo hay dos momentos metafísicamente conexos entre sí: la causalidad eminente y originaria de la «causa primera» —Dios mismo, que ha querido crear el mundo y quiere mantenerlo en el ser— y la causalidad subordinada y consecutiva de las «causas segundas», esas por las cuales el pesar pertenece a la naturaleza de los cuerpos materiales y el calentar a la naturaleza del fuego. La omnipotencia de Dios ha creado el mundo de tal forma, que el cuerpo material tiene que pesar y el fuego tiene que calentar. La piedra pesa y el fuego calienta «por necesidad»; y así puede y debe entenderse que en la disposición temporal de las causas segundas —sujetas esencialmente a la *ordinatio* de la *potentia Dei*— impere sin mengua de la omnipotencia divina, más aún, como ordenada consecuencia suya, cierta necesidad natural e inmanente: el destino o *fatum* (Santo Tomás, *Summa Theol.*, I, q. 116), la *anánkê physeôs* de los griegos.

Pero la correcta intelección de los movimientos del mundo creado requiere una distinción ulterior, porque la «necesidad» puede ser entendida de dos modos. Hay, en efecto, una «necesidad absoluta»: aquella por la cual la piedra es pesada y es caliente el fuego. La pesantez y la calefacción son tendencias naturales de la piedra y del fuego; como ya dije, ni aquélla puede no pesar ni éste puede no calentar. Lo cual nos hace advertir inmediatamente la existencia de otro género de necesidad, la «necesidad condicionada» o *ex suppositione*. El ser blanco no pertenece a la naturaleza específica del caballo, porque hay caballos negros y caballos alazanes. Mas tampoco sería lícito afirmar que la blancura real de un determinado caballo blanco haya llegado a existir sin cierta «necesidad»: aquella por la cual, supuestas tales y tales condiciones accidentales respecto de la esencia del caballo —alimentación, clima, etc.—, tal concreto individuo del género equino ha llegado a ser blanco. Es la «necesidad condicionada» o *ex suppositione*, una *necessitas* real y mentalmente situada entre la *anánkê* y la *tykhê* de los griegos. Salvo los atri-

butos propios de su divina esencia —el ser, la bondad y la sabiduría infinitas, etc.—, todo tiene para Dios una necesidad *ex suppositione:* las cosas creadas existen y son como son porque así lo ha querido Dios en orden a sus fines inescrutables; la voluntad y la inteligencia divinas son la *suppositio* de la ordenada y providencial necesidad del *fatum.* Para el hombre, en cambio, la realidad del mundo creado y ciertas determinaciones de esa realidad —que la piedra pese, que el fuego caliente— serían de necesidad absoluta; al paso que otras —por ejemplo: la habituación a tal o cual régimen alimenticio y los caracteres biológicos que de ello resulten— sólo *ex suppositione* son necesarias: el ejercicio de la voluntad y la inteligencia humanas es parte, en efecto, de su condición o *suppositio.*

Basta este sumarísimo esquema para comprender cómo la *physiología* helénica se acomodó sin violencia en el seno del pensamiento medieval. Veámoslo, a manera de ejemplo, en el caso que más directamente nos importa: el de la *tékhnê iatrikê* o, como los medievales dirán, *ars medica* [13].

Al arte de curar pertenecen el remedio, la enfermedad y el médico. Curan *los remedios,* ciertamente, porque Dios lo quiere: *omnis medela procedit a summo bono,* escribirá a fines del siglo XIII Arnaldo de Vilanova. Pero lo que en rigor ha querido Dios ordenando su potencia absoluta es que los remedios curen por ser como son, por la virtud de sus propiedades naturales. La atribución de una *virtus dormitiva* a la naturaleza del opio es sin duda cosa científicamente insatisfactoria, y así lo hará ver a todos el ingenio de Molière en el orto del mundo moderno, mas no por ello deja de ser cosa fundamental. La doctrina helénica del fármaco —en especie, la farmacología galénica— queda así incorporada al pensamiento cristiano de Occidente.

Otro tanto acaece en el caso de *la enfermedad.* Con su realidad de accidente modal, la aparición de las enfermedades y el curso de éstas tienen de ordinario para el hombre una necesidad meramente condicionada o *ex suppositione,* y de ahí la posibilidad de evitarlas o sanarlas mediante los recursos del arte. Suponiendo que en mi vida individual se den tales y tales condiciones, mi naturaleza enfermará de tal o cual modo; y así, si mi inteligencia llega a conocer con algún rigor esas condiciones,

[13] Sobre el concepto griego de *tékhnê,* recuérdese lo dicho en el capítulo I. Con posterioridad a la redacción del mismo, X. Zubiri, ha publicado una luminosa exposición del pensamiento aristotélico acerca de la *tékhnê* en su libro *Cinco lecciones de Filosofía* (Madrid, 1963).

podrá evitar que esa enfermedad aparezca o ayudar a su curación, si por azar hubiese aparecido. ¿Quiere esto decir que *para el hombre* la enfermedad pertenece *siempre* al orden de la necesidad condicionada? En cuanto heredero del pensamiento griego, el cristiano medieval—filósofo, médico u hombre de la calle— pensará que algo en el enfermar humano es para él de necesidad absoluta. Por lo pronto la enfermabilidad, la permanente posibilidad de caer enfermo: por ser como es, la naturaleza del hombre puede en cualquier momento enfermar; más aún, no puede no poder enfermar [14]. Mas no sólo la enfermabilidad de la naturaleza humana, también ciertos concretos modos de padecer enfermedad —ciertas «enfermedades»— se hallan sujetos a necesidad absoluta, bien en cuanto a su aparición, bien en cuanto a su curso. Pertenecería misteriosamente al *fatum* de la naturaleza humana la existencia de enfermedades mortales o incurables «por necesidad», y frente a ellas nada podría el arte del médico. Con mucha claridad lo expresará el humanista italiano Coluccio Salutati en los últimos años del siglo XIV: «Hay que reconocer —escribe— que sólo en las enfermedades curables es útil y necesaria la medicina. O, si queremos juzgar más rectamente, que sólo hay necesidad de la medicina en aquellas enfermedades que difícilmente podría vencer (por sí sola) la naturaleza» [15]. El pensamiento de Coluccio Salutati es bien diáfano. Como todos los hombres de su tiempo, y como antes los griegos, este humanista, tan próximo ya a ser «moderno», discierne tres órdenes de enfermedades: las que la naturaleza sana fácilmente por sí sola, las que para su curación exigen el auxilio del arte y, ya más allá de las posibilidades de éste, las mortales o incurables «por necesidad». La idea helénica de la *anánkê physeôs* perdura así en la patología y en la filosofía medievales.

¿Qué es entonces *el médico*, en cuanto perito en el arte de curar? La respuesta es ahora inmediata. Como el asclepíada hipocrático fue «servidor de la Naturaleza», el galenista cristiano será «servidor de la *potentia Dei ordinata*»; y como aquél lo fue con su *lógos*, éste lo será con su *ratio*. La operación de sanar, dice Santo Tomás de Aquino, tiene en la «virtud de la naturaleza» —por tanto, en la *ordinatio* de la

---

[14] Quede aquí meramente aludido el problema teológico e histórico de cómo el pensamiento cristiano de la Edad Media entendió el problema de la relación entre la enfermabilidad y la condición «caída» de la naturaleza humana tras el pecado de Adán. Más adelante reaparecerá el tema.

[15] *De nobilitate legum et medicinae*, cap. XIX (ed. de E. Garin, Firenze, 1947).

potencia divina— su principio interior, y en el «arte» del médico su principio exterior; el arte imita a la naturaleza y no puede pasar de ayudarla (*Summa*, I, q. 117, a. 1). Lo cual equivale a afirmar que las posibilidades del arte se hallan limitadas por las reglas de la naturaleza, cuando la necesidad de éstas es absoluta y no condicionada. El arte es *recta ratio factibilium*, «recta razón de las cosas que pueden hacerse», dice la tan conocida definición escolástica; fórmula en la cual es transparente la alusión a lo que la naturaleza permite hacer, porque desde el punto de vista de la inteligencia humana eso es precisamente «lo que puede hacerse». Con su inteligencia racional —con su *ratio* o «razón»—, el hombre, ser creado y finito, es imagen y semejanza de Dios, en cuanto Dios, a su infinita manera, es «razón», y en cuanto es «ordenada» su potencia infinita. Pues bien, poniendo en ejercicio su razón, y dentro de los límites que le impone la divina ordenación de la naturaleza, el médico inventa o aprende su arte y ayuda con él a la curación del enfermo. La *tékhnê iatrikê* de Hipócrates y Galeno queda así convertida en la *ars medica* del galenismo cristiano. Tal será la regla en la Europa medieval y en la renacentista, desde Taddeo Alderotti hasta Jean Fernel y Luis Mercado.

Volvamos ahora a nuestro punto de partida: la amistad entre el médico y el enfermo en el período «técnico» de la medicina medieval. ¿Cómo, desde los decenios centrales del siglo XIII, el amor del médico al enfermo se realiza a través del arte, y por tanto, a través del amor al arte? No son leves, ciertamente, los problemas teóricos y prácticos que esta interrogación plantea.

Cristianamente entendido, el amor al hombre tiene como objeto propio —como *obiectum formale quod*, diría, más precisamente, un escolástico medieval— el bien y la perfección de la *persona* amada. El «amor al arte», en cambio, tiene su objeto inmediato en la perfección de la *naturaleza* que el arte puede conseguir, la curación del enfermo, en el caso del médico; atañe, por tanto, a la posibilidad «técnica» de intervenir coadyuvantemente en el curso de lo que en la naturaleza acaece por «necesidad condicionada». Aquí, precisamente aquí está el nudo de los problemas teóricos y prácticos a que acabo de referirme. Dentro de una práctica médica ideal, ¿cómo en la «amistad técnica» entre el galenista medieval y el enfermo, se articularon el «amor a la persona» —a la singularísima persona del paciente— y el «amor al arte»? El amor al arte de curar y las técnicas diagnósticas y terapéuticas de él derivadas, ¿permitían entonces llegar «técnicamente» a la persona del enfermo? La individuali-

zación del diagnóstico de la Edad Media, ¿fue, pudo ser la correspondiente a la visión cristiana de la *individualidad personal*, aunque de alguna manera se correspondiese con la idea medieval de una individuación material y cuantitativa (la *materia signata quantitate* de Santo Tomás) o formal y cualitativa (la *haecceitas* de Escoto)? Más radicalmente: la helenización del pensamiento cristiano, tal como la entendieron los pensadores del siglo XIII, y tras ellos los médicos de fines de ese siglo y de todo el subsiguiente, ¿no obligará por una suerte de *necesidad principial*, valga la expresión, a escindir teórica y prácticamente la *philanthrôpía* y la *philotekhnía* del médico, el «amor cristiano al hombre» (a la persona del enfermo) y el «amor cristiano al arte» (a la práctica técnica de la medicina), y, por tanto, a enlazar uno y otro mediante la mera yuxtaposición? Necesariamente habremos de examinar estas cuestiones al estudiar los momentos cognoscitivo, operativo y ético de la relación médica.

Pero el médico de la Edad Media no fue solo un cristiano más o menos piadoso y un oficiante más o menos técnico de la medicina. Fue también, a veces bajo ropa talar, un hombre del mundo, y consiguientemente una persona sometida a la seducción de los dos grandes incentivos que el mundo ofrece a quienes en él viven: el dinero y la fama, la sed de lucro y la sed de prestigio. Para un hombre tan típicamante medieval como nuestro Jorge Manrique, ¿no es acaso una «tercera vida», un dominio intermedio entre la vida natural y la vida eterna, esa peculiar existencia que la fama otorga al hombre? Perfección cristiana, perfección técnica, afán de lucro, afán de prestigio: he aquí el conjunto de los intereses que, con diverso predominio de uno u otro, movieron el ánimo del clínico medieval. Con su cambiante contenido, así lo indican los sucesivos escritos que los médicos de la Edad Media consagran a la política de su ejercicio profesional.

El primero de ellos —el fragmento *Quomodo visitare debes infirmum* de una breve *Summa medicinalis* de fin del siglo IX— da reglas de carácter técnico (pre-técnico, mejor, si se tiene en cuenta la fecha del escrito) para la recta ejecución de la visita médica. El médico debe visitar al enfermo más de una vez, interrogarle acerca de su enfermedad y de las opiniones que sobre ésta otros médicos hubiesen expuesto, explorarle el pulso, examinar la orina, preguntar por el curso del vientre y del sueño [16]. Pero no sólo las reglas pertinentes al oficio de curar debía conocer

[16] S. de Renzi, *Collectio Salernitana* (Napoli, 1852), II, 73. El escrito procede de un códice de Monte Cassino.

el médico deseoso de buena relación con sus pacientes: éranle también necesarios el ingenio y el humor. Una anécdota relativa a Notker, monje de San Gall, en el siglo x, da ingeniosa réplica a la visión satírica del médico de que antes hice mención. Notker, a quien sus hermanos de claustro llamaban *Piperis-Granum*, «Grano de pimienta» —*pro severitate disciplinarum*, según la crónica—, ejercía con mucho prestigio la medicina y era famoso por su pericia en la uroscopia. Por diversión, el duque Enrique de Baviera le envió, haciéndole decir que era suya, la orina de una embarazada; y el ladino Notker, que sin duda conocía muy bien las alteraciones de la orina en el embarazo y no menos bien a su Duque, emitió como respuesta el siguiente dictamen: «Dios va a obrar un milagro inaudito. Dentro de treinta días, nuestro Duque tendrá a sus pechos un hijo nacido de su propio vientre»[17]. No sólo de pan vive el hombre, y no sólo de técnica debe vivir —hoy como entonces— el práctico de la medicina.

En el tratadito *de instructione medici* —su autor, Arquimateo, un maestro salernitano del siglo xii, amplía bajo ese título el escrito anónimo *de adventu medici ad aegrotum*, algo anterior a él— únense muy donosamente la técnica y la astucia. Las reglas técnicas son las consabidas: interrogatorio, exploración del pulso, examen de la orina, etc. Pero el experto Arquimateo sabe muy bien que no basta la técnica para conseguir la buena estimación y la amistad del enfermo y sus deudos. Por lo pronto, cuidará el médico de que su paciente se confiese o prometa confesarse desde el primer momento; y no sólo en beneficio de la salud de su alma, sino también por evitar que tal indicación sea atribuída, si viene luego, a un giro desfavorable de la enfermedad, y por tanto, a un error del médico: «Antes de ir a la casa del enfermo —aconseja a sus lectores—, pregunta si manifestó su conciencia al sacerdote, y si no lo hubiere hecho, que lo haga o que prometa hacerlo; porque si se habla de ello una vez visto el enfermo y luego de considerados los signos de enfermedad, pensarán que hay que comenzar a desesperar de la curación porque tú desesperas de ella». Más aún sabe este astuto salernitano; sabe también que a veces conviene emplear tratamientos sólo aparentes: «Hay enfermos a quienes embriaga el veneno de la avaricia —dice—; los cuales, viendo que la naturaleza triunfa de la enfermedad sin ayuda del médico, quitan a este todo mérito, diciendo: ¿Qué

[17] Meyer-Ahrens, «Die Aerzte und das Medicinalwesen der Schweiz im Mittelalter», *Virchow's Archiv*, XXIV, 225-250.

hizo el médico? Con jarabes, unciones y fomentos, parezcamos lograr (en tales casos) la salud que da la naturaleza..., diciendo luego que un nuevo ataque hubiese agravado la enfermedad, de no ser por la ayuda de la medicina, y así se atribuirá al médico lo que la naturaleza por sí misma hizo»[18]. ¡Esto, en una lección *de instructione medici* que comienza diciendo: *Cum igitur, o medice, ad aegrotum vocaberis adiutorium sit in nomine Domini!* ¿Cómo no recordar los sufragios que para impetrar el buen éxito de sus empresas, o para agradecerlo, encargaba el piadoso Monipodio? De muy semejante pelaje moral debían de ser, por esos años, algunos de los clérigos médicos a que alude la prohibición formulada por el concilio de Clermont: *gratia lucri medicinam addiscunt... pro detestanda pecunia sanitatem pollicentes...* No, no fue siempre «enorme y delicada» la vida de la Edad Media.

Más decoro moral —y, por supuesto, mayor altura técnica— tienen las reglas de política médica a partir de 1250. Destacan entre ellas las de Guillermo de Saliceto y las de Arnaldo de Vilanova. En su *Summa conservationis et curationis*, el primero ilustra al médico acerca de su relación con el enfermo y con quienes rodean a éste. Tomar el pulso con seriedad y atención le granjeará la confianza de uno y otros: «Pues tales cosas hacen que los hombres confíen en el médico; lo cual es sobremanera útil para una práctica conveniente de la medicina». Con muy fina intuición psicológica y clínica, Saliceto atribuye al interrogatorio gran importancia terapéutica: «Por él queda confortado el espíritu del enfermo... y llega a ser más eminente *(nobilior)* la operación de los medicamentos...; y el alma del enfermo cobra tal vigor por la virtud de esta fe y esta imaginación, que actúa contra la enfermedad más intensa, noble y sutilmente que el médico con sus instrumentos y sus medicinas». *La foi qui guérit*, dirá Charcot seis siglos más tarde. En la formulación del pronóstico, el médico cuidará siempre de mantener viva la esperanza del paciente: «Siempre conviene prometer la salud al enfermo, aunque tú mismo no la esperes, para que la imaginación de su buena disposición respecto de la salud permanezca firme en su alma». Igualmente agudas y cautas son las indicaciones del cirujano placentino acerca de la relación del médico con los profanos en medicina. Evitará el médico las discusiones públicas con sus colegas, porque estas dan lugar a que los profanos «tengan por vano el arte de curar y digan que los médicos no

[18] *Collectio Salernitana*, V, 333-350, y II, 74-81.

actúan racionalmente contra las enfermedades, sino, casi siempre, al buen tuntún *(casualiter)*»; y no menos deberá abstenerse de las visitas muy frecuentes, «porque con ellas —advierte— te harás sospechoso, y se extinguirá la confianza del paciente»[19]. Más empaque retórico y moral, y acaso más alta conciencia de la dignidad del médico, tienen los preceptos de Arnaldo de Vilanova en sus *Cautelae medicorum:* «Debe el médico ser estudioso en el conocimiento, cauto y ordenado en la prescripción, circunspecto y prudente en la respuesta, ambiguo en el pronóstico, justo en la promesa; y no prometa (por sí mismo) la salud, porque entonces usurpará el oficio divino y hará ofensa a Dios, antes prometa fidelidad y diligencia; y sea discreto en el visitar, diligente en el conversar, honesto en sus afectos, benévolo con el paciente». Bajo manto nuevo —latino y cristiano, ahora—, el tono y el sentir de los *Praecepta* hipocráticos [20].

Pero el médico ha de vivir, y como cada hijo de vecino siente a veces en su alma la afición al dinero. Si es justo que viva del altar el sacerdote que le sirve, no menos justo debe ser que el médico exija honorarios, altos en ocasiones, por la práctica de su oficio. Hay en el siglo XIII una curiosa pugna a este respecto entre la ley, que intenta tasar uniformemente los ingresos del médico, y el interés de éste, que en cada caso aspira a la retribución máxima. Como antes lo habían sido las *Leges Wisigothorum* y nuestro Fuero Juzgo, la ya mencionada ordenanza de Federico II, es sumamente explícita a este respecto: «El médico jurará... —dice el texto siciliano—, prestar asistencia gratuita a los pobres, y visitará a sus enfermos por lo menos dos veces al día, y si el enfermo lo pide, cada noche; y de éste no recibirá por día, si no se ve por su causa obligado a salir de la ciudad o del castro, más allá de medio tarreno de oro...» [21]. El médico medieval acepta de buen grado la cristiana obligación de asistir gratuitamente a los pobres. Pero ¿por qué ha de pagar una tasa fija quien nada en la abundancia? ¿Acaso no es penoso el ejercicio de la medicina? Así lo piensa y lo declara Saliceto: «No será cosa mala —escribe— pedir honorarios máximos por la asistencia médica, dando como causa el examen de las heces y de la orina».

---

[19] *Summa conservationis et curationis* (Placentiae, 1475).

[20] Sobre la medicina de Arnaldo de Vilanova, véase los trabajos de P. Diepgen (*Medizin und Kultur*, Berlín, 1939) y de mi discípulo —hoy ya profesor— J. A. Paniagua.

[21] Huillard-Bréholles, *Historia diplomatica Friderici II* (París, 1851-1861), IV, 235.

Así, por su parte, Lanfranco, otro cirujano de la segunda mitad del siglo XIII: «Ayude el médico a los pobres cuanto pueda, pero no se arredre de pedir buenos honorarios a los ricos, *a divitibus bona salaria petere non formidet...*» [22]. Algo muy constante hay en la vida de Occidente, desde el corazón de la Edad Media hasta hoy mismo.

II. MOMENTO COGNOSCITIVO DE LA RELACION MEDICA: EL DIAGNOSTICO MEDIEVAL

Con una clara estimación técnica de su oficio o sin ella, el médico de la Edad Media —como todos los que desde la antigua Grecia han merecido ese nombre— se vió en el trance de convertir en conocimiento, y por tanto en «juicio diagnóstico», el vínculo que entre él y el enfermo había establecido su mutuo encuentro; vínculo que en el mejor de los casos era una «amistad médica» cristianamente fundada y entendida, y en otros un simple contrato al servicio de intereses más o menos vocacionales o profesionales.

¿Cómo se hizo «juicio diagnóstico» la voluntad de ayuda inscrita en esa inicial vinculación? En el período pretécnico de la medicina medieval, cuando la asistencia al enfermo era un oficio caritativo o profesional apenas vestido con los pobres restos del saber antiguo que sobrevivieron a la invasión germánica, ese juicio no pasaba de ser un nombre helénico bárbaramente latinizado o un incipiente nombre latino, con los que se designaba el síntoma dominante en el cuadro morboso. Bastará recordar la *pestilentia*, la *dysenteria* y la *phrènesis* de San Isidoro; o bien, siglos más tarde, el parvo saber médico a que aluden los *prognostica morborum* y la *simplex aegritudinum cognitio* de las *Historiae* de Richer de Reims; o, ya en una línea más directamente profesional, las rudimentarias descripciones nosográficas de los trataditos clínicos y patológicos anteriores al siglo XIII. El médico se acercaba al enfermo, le interrogaba acerca de su dolencia, exploraba su pulso y su orina —véanse las reglas contenidas en el fragmento *Quomodo visitare debes infirmum*, antes mencionado—, y rotulaba sintomáticamente la afección morbosa. El primario impulso caritativo o profesional del sanador adquiría así módica claridad intelectual y podía al fin realizarse como operación terapéutica.

---

[22] *Chirurgia magna*, Tract. I.

Poco a poco, el oficio de curar fue convirtiéndose en *ars medendi*, y la inteligencia del médico, cada vez más ampliamente ilustrada por la transmisión del saber greco-arábigo a los países europeos, hizo del «juicio diagnóstico» lo que éste había sido en la medicina galénica y lo que, a través de cuantas novedades se quiera, sigue siendo en la actualidad: una teoría fundada sobre la experiencia y la ciencia, acerca de lo que en sí mismo es el desorden morboso contemplado. Es verdad que la experiencia del médico medieval fue siempre escasa y que en su saber científico, como en el de Galeno y Avicena, hubo con frecuencia más especulación imaginativa que verdadera y precisa realidad; pero este reparo no puede invalidar el aserto anterior. Con cuantos errores y deficiencias se quiera —los propios de la anatomía, la fisiología y la patología de la época—, el diagnóstico medieval fue a partir del siglo XIII genuinamente «técnico», en el sentido que los antiguos griegos habían dado a esta palabra.

Para obtenerlo, el médico debe partir de lo que en la realidad del enfermo perciban sus sentidos, y juzgar luego, mediante su ciencia y su razón, acerca de lo que esos datos fisiológica y patológicamente significan. Tal es la regla de Arnaldo de Vilanova: «El médico —escribe Arnaldo— llega al conocimiento de la enfermedad mediante el doble instrumento con que el arte opera. Ante todo, con la experiencia, esto es, considerando (en el enfermo) lo primariamente sensible... Y una vez recogidos estos datos mediante la experiencia o conocimiento sensible, hácese necesario juzgar acerca de ellos bajo la dirección de la razón...» [23]. Mas para describir la estructura del diagnóstico medieval, en cuanto momento cognoscitivo de la relación médica, tal vez sea preferible prescindir del *ordo operandi* del clínico y exponer en sentido inverso, yendo desde lo más general a lo más particular, la común respuesta de los médicos de la Baja Edad Media a las tres grandes cuestiones en que se diversifica la pesquisa diagnóstica: qué es la enfermedad en cuanto tal (diagnóstico genérico), qué son los modos típicos de enfermar o «enfermedades» (diagnóstico específico), qué es la dolencia del individuo a quien médicamente se examina (diagnóstico individual). Llámese Taddeo Alderotti, Arnaldo de Vilanova, Pietro d'Abano, Gentile da Foligno, Bernardo de Gordon, Bartolomé Varignana, Dino di Garbo o Jacques Despars, ¿qué piensa el clínico medieval cuando, *ratione moderante*, como

[23] *De diversis intentionibus medicorum*, tr. II, cap. II.

dice Arnaldo, ha logrado elevar a teoría diagnóstica el saber procedente de su experiencia sensible? Ante la realidad del enfermo, ¿qué son para él «la enfermedad», «las enfermedades» y «esta enfermedad»?

I. La pregunta acerca de lo que el enfermar sea, tuvo en la Edad Media tres respuestas principales, una fisiológica o cosmológica (lo que la enfermedad parece ser en el orden de la naturaleza), otra ontológica (lo que la enfermedad es en el orden del ser) y otra teológica (lo que de la enfermedad debe decirse en cuanto vicisitud penosa de la existencia humana).

Desde un punto de vista estrictamente fisiológico o cosmológico, la enfermedad viene a ser, en versión latina y escolástica, la *diáthesis parà physin* de la patología galénica: «disposición innatural de un miembro o del cuerpo entero —dice, por ejemplo, Arnaldo—, por obra de la cual las funciones de la naturaleza son sensible e inmediatamente dañadas en sí mismas» [24]. Los conceptos centrales de la nosología de Galeno —clasificación de las varias *res contra naturam* en enfermedad propiamente dicha *(morbus)*, causa de enfermedad *(causa morbi)* y síntomas de la enfermedad *(effectus morbi seu accidentia)*; patología humoral; doctrina de los tres momentos de la *causa morbi*; nociones anatomopatológicas elementales— renacen con vigor nuevo en la mente y en la pluma de los más distintos médicos europeos, desde la segunda mitad del siglo XIII.

Pero el patólogo medieval no fue mero fisiólogo de la enfermedad humana, no se contentó con definir más o menos precisa y científicamente lo que ésta es en el orden de la naturaleza. Movido por la cultura de su época —en definitiva, por el aristotelismo escolástico—, quiso también ser ontólogo de la afección morbosa, teorizador de la realidad de ésta en el orden del ser. A veces, de la manera más resuelta; tal fue el caso de Pietro d'Abano. En ocasiones, por entre los resquicios de una nosología que decía querer ser médica, y no filosófica; así hizo su filosofía de la enfermedad Arnaldo de Vilanova. Casi siempre, de un modo indeliberado e implícito, como presupuesto consabido del pensamiento patológico que se maneja. Declarada o tácitamente, con explícito rigor intelectual o con actitud mental mal expresada o inexpresa, ¿qué pensó el médico medieval acerca del ser de la enfermedad? ¿Qué ontopatología

[24] *Medicinalium introductionum speculum*, c. I. Sobre la legitimidad de la atribución del *Speculum* a Arnaldo, véanse los trabajos de J. A. Paniagua.

resultó de aristotelizar —o, si se quiere, de escolastizar— la fisiopatología de Galeno? A mi juicio, el común pensamiento de los médicos de la Baja Edad Media puede ser metódicamente ordenado en los cinco asertos que siguen:

1.º La enfermedad *es realidad*, no es ente de razón. Acaso un patólogo tocado de nominalismo llegue a afirmar que los «géneros» o modos genéricos de la enfermedad *(genera morborum)* son *flatus vocis*, puras construcciones de la mente y del lenguaje sin realidad propiamente dicha. Pero, realistas o nominalistas en filosofía, todos los patólogos de la Edad Media hubiesen coincidido en atribuir carácter de realidad a la *dispositio innaturalis* que es el desorden morboso.

2.º Siendo real, la enfermedad en cuanto tal no posee realidad sustantiva, *no es sustancia*. La nosología medieval no es ontologista, como más tarde serán las de Paracelso, van Helmont y Jahn. La enfermedad no es sustancia primera (este roble, este caballo), ni sustancia segunda (el roble, el caballo), no tiene sustantividad propia: es un accidente de la sustancia del individuo que la padece.

3.º La enfermedad *no es accidente predicamental*. Los accidentes, dice el aristotelismo medieval, pueden ser predicamentales o predicables. Predicamentos o accidentes predicamentales son los modos primarios de realización de la sustancia; con otras palabras, las nueve categorías que siguen a la primera (sustancia) en la enumeración aristótélica: cantidad, cualidad, relación, hábito, tiempo, posición, estado, acción y pasión. El accidente morboso se realiza, y por tanto se expresa, a través de los predicamentos, pero no es predicamento, no es categoría. Su realidad no es la de un accidente predicamental, sino la de un *accidente predicable*.

4.º La enfermedad *no es propiedad*. Los accidentes predicables —los modos no primarios de realización de la sustancia— pueden ser propiedades o accidentes modales. La «propiedad», en la ontología escolástica, es un accidente no esencial, pero derivado necesariamente de la esencia del sujeto. Ejemplo clásico es la *risibilitas*, la facultad o propiedad de reir. El hombre puede reir o no, y hasta no reir nunca; pero el «poder reir» pertenece en propiedad a la naturaleza humana, es «propiedad» suya: el hombre no es *animal ridens* pero sí *animal risibile*, y en cualquier momento puede reir. Lo mismo debe decirse de la enfermedad. Un hombre puede estar enfermo o no, y hasta no enfermar hasta el momento mismo de su muerte; la enfermedad no es una propiedad de la naturaleza humana. Pero el hombre puede enfermar en cualquier momento; lo cual nos lleva a afir-

mar que si no la enfermedad en cuanto tal, la *enfermabilidad* o constante disposición a enfermar —escasa, diría Arnaldo de Vilanova, en los *corpora parum lapsa*, mayor en los *corpora aegrotantia vel aegrotativa*, muy grande en los *corpora aegre*— pertenece como propiedad a la naturaleza del hombre. Es, diríamos, una «propiedad defectiva» suya.

5.º La enfermedad, en suma, *es un accidente modal* de la sustancia individual del enfermo, una alteración más o menos duradera de la realidad de éste, que no constituye propiedad y que se constituye a través de los accidentes predicamentales o categorías: *accidens accidentis*. En la proposición «Juan es músico», la condición de «músico» es un accidente modal de la realidad sustantiva de «Juan». Pues bien: como decimos «Juan es músico» podemos decir «Juan es —o está— ciego» o «Juan es —o está— cardiaco». El estar enfermo del corazón —ser o estar cardiaco— es un accidente modal de la sustancia primera del sujeto enfermo.

La ontología medieval de la enfermedad puede, pues, ser reducida a dos proposiciones: la enfermabilidad es una propiedad defectiva de la naturaleza humana, y por lo tanto de la sustancia segunda del hombre; la enfermedad en cuanto tal —padecer disentería o fiebre pestilencial— es un accidente modal de la sustancia primera e individual de quien la padece. En su concreta realización, la enfermedad puede afectar a todos y cada uno de los predicamentos; puede por consiguiente alterar la cantidad (aumento o disminución de volumen de un órgano), la cualidad (ictericia), la relación (ruptura de la conexión de un órgano con los restantes), el hábito (palidez permanente), el tiempo (celeridad del pulso), la posición y el estado (distopia de la parte enferma), la acción (agitación maníaca) y la pasión (disnea). Pero como accidente modal de la sustancia individual del enfermo —como alteración que realmente afecta a esa sustancia—, la enfermedad en cuanto tal es *passio*, afección pasiva, tanto de lo que en dicha sustancia es «naturaleza» (enfermedad *stricto sensu*), como de lo que en ella es «supuesto» o «persona» (sentimiento e interpretación de la propia enfermedad).

No sólo fisiólogo y ontólogo de la enfermedad fue —con más o menos explicitud y precisión— el médico de la Baja Edad Media. En cuanto cristiano reflexivo, tuvo que dar razón cristiana, religiosa, de esa aflictiva y frecuentísima vicisitud de la existencia humana; y a impulsos de tal menester espiritual, fue también, en una u otra medida, teólogo de la enfermedad.

Para un cristiano, ¿cómo puede y debe explicarse el hecho de que un

hombre enferme? ¿Qué significación tiene la enfermedad dentro de una concepción cristiana de la vida? Parecen haber sido los Padres alejandrinos y capadocios (San Atanasio, Gregorio de Nisa) los primeros en elaborar una doctrina teológica de la enfermedad. Pero el empeño que ellos iniciaron continúa, y a través de San Agustín, Beda el Venerable, San Anselmo y Sto. Tomás de Aquino, la respuesta de los teólogos se va modulando poco a poco, hasta adquirir la forma que opera en la mente de los patólogos medievales, a partir de la segunda mitad del siglo XIII [25]. He aquí, concisa y sistemáticamente expuestos, los puntos principales de la «teología de la enfermedad» que como momento del diagnóstico —esto es, como expresión cognoscitiva de la relación médica— late en la patología de la Baja Edad Media.

1.º La enfermabilidad del hombre —su constante disposición a padecer enfermedad— sería consecuencia de la *vulneratio* que a causa del pecado original padeció la naturaleza humana. Una humanidad exenta de pecado original no habría padecido enfermedad, como no la padeció Adán —por los dones preternaturales y sobrenaturales que perfeccionaban su naturaleza, no por lo que ésta era en sí misma— en estado de justicia original [26].

2.º La enfermedad en cuanto tal —esta disentería, esta fiebre— no es, en principio, consecuencia del pecado original, ni del pecado personal. Es, sí, ocasión en que concreta y sensiblemente se manifiesta la *vulneratio* de la naturaleza humana; y esta ocasional manifestación puede adoptar la forma de una fatalidad inevitable (enfermedades impuestas por el *fatum* de la realidad cósmica) o la de una vicisitud azarosa o in-fortunio (enfermedades por necesidad condicionada o *ex suppositione*, susceptibles, por tanto, de evitación y curación por obra del arte).

3.º La enfermedad en cuanto tal no tiene sólo *realidad natural*, tiene también *sentido*, significa algo en la economía individual y colectiva de la existencia humana. El sentido de la afección morbosa consiste en poner a prueba la condición moral del hombre, en cuanto que tal afección es a la vez ocasión de pecado (la enfermedad como causa o motivo de desesperación, ira, presunción, etc.) y ocasión de mérito (la enferme-

---

[25] Sobre este problema, a la vez teológico e histórico, véase *Enfermedad y pecado*, páginas. 60-62 y 70-84.

[26] Así lo afirmó la teología medieval, y así ha seguido afirmándolo desde entonces la tradición teológica. ¿Cabe frente al problema una actitud diferente? Pienso que sí. Véanse las páginas. 75-78 de *Enfermedad y pecado*.

dad como sufrimiento no merecido que cristianamente se acepta y se ofrece).

II. El humano enfermar se realiza según determinados modos típicos, que nosotros solemos llamar «enfermedades» (la fiebre tifoidea es una «enfermedad», la diabetes sacarina, otra, y así sucesivamente), y los medievales denominaron *passiones*: *passio dysenterica*, *passio phrenetica*, etcétera. El diagnóstico medieval suponía, por tanto, una nosotaxia (clasificación y ordenación de los modos típicos de enfermar) y una nosografía (descripción de cada uno de estos modos).

No debo hacer aquí una exposición pormenorizada de lo que fueron —mejor dicho, de lo que fueron siendo, porque una y otra tuvieron su historia entre los siglos VI y XV— la nosotaxia y la nosografía medievales. Como en el apartado anterior, me limitaré a exponer el pensamiento común de los médicos de la Baja Edad Media acerca de ellas, en cuanto momentos constitutivos del diagnóstico. He aquí los términos principales de esa común doctrina:

1.º La enfermedad en cuanto tal se constituye realmente —se realiza— según diversos modos típicos, susceptibles de ordenación en *géneros* y *especies*; los cuales, como en la patología de Galeno, no tienen una consistencia meramente sintomática, no consisten sólo en agrupaciones típicas y más o menos bien circunscritas de los síntomas observables en el enfermo, sino que declaran —o aspiran a declarar— lo que real y verdaderamente es en el seno del organismo el accidente modal en cuestión: la disentería, la fiebre pestilencial, etc.

2.º Los *genera morborum* conciernen a los modos primarios de realización de la naturaleza humana, y son fundamentalmente tres: *morbus complexionalis* o *in complexione* (alteraciones morbosas de la crasis humoral, bien de todo el cuerpo, bien de alguna de sus partes), *morbus compositionalis* o *in compositione* (alteraciones morbosas de la contextura anatómica de un órgano) y *morbus in communitate* (alteraciones morbosas de la conexión entre un órgano y los restantes).

3.º Cada uno de estos «géneros» se realiza en «especies», según el órgano a que el desorden afecta, el humor alterado, la índole de la alteración humoral, el modo de la lesión anatómica, etc.; las cuales especies se manifiestan al médico a través de una serie de síntomas, cuyo conjunto posee figura también «específica». El nosógrafo medieval es a la vez descriptor de los síntomas característicos de la *species morbosa* en cuestión

—establecida y nombrada de ordinario según el síntoma dominante: diarrea pertinaz en la disentería, consunción y fiebre en la tisis, etc.— e intérprete del desorden humoral y anatómico en que esos síntomas tienen su causa inmediata y de las acciones patógenas con que alguna o varias de las *sex res non naturales* se han constituido en causa externa de la dolencia contemplada.

4.º Las diversas «especies» de la enfermedad son por lo general clasificadas según el esquema nosotáxico *a capite ad pedes*, tradicional desde Alejandro de Tralles en toda la medicina medieval. Tal es el caso en el *Passionarius* atribuido a Garioponto (s. XI), en la *Practica* de Juan Plateario el Joven, en el tratado salernitano *de aegritudinum curatione* (s. XII), en el *Breviarium practicae* de Arnaldo de Vilanova, etc.

III. Queda por considerar lo que el diagnóstico individual fue para los médicos de la Baja Edad Media; por tanto, qué fueron la exploración medieval del enfermo —esto es, la obtención de cuanto en el saber del médico es *experimentum*, conocimiento de la realidad sensible e individual— y la conceptuación e interpretación del modo como la *species morbosa* cobra individualidad en el caso particular a que esa experiencia se refiere. Junto a la *diagnosis morbi* o diagnóstico de la especie morbosa —con más precisión y exactitud: previamente al diagnóstico específico y consecutivamente a él—, para el clínico es ineludible la *diagnosis aegri* o diagnóstico del individuo enfermo.

Tres cuestiones principales deben ser deslindadas en la visión medieval de esta *diagnosis aegri*: la exploración clínica, la individuación técnica o «fisiológica» del diagnóstico y su individuación personal o moral.

Varios escritos ya mencionados —el fragmento *Quomodo visitare debes infirmum*, el tratadito de Arquimateo *de instructione medici*, la parte diagnóstica del compendio *de aegritudinum curatione*, la *Summa conservationis et curationis* del cirujano Saliceto— permiten reconstruir lo que en su conjunto fue la exploración clínica a lo largo de la Edad Media; otros, de carácter monográfico —las *Regulae urinarum*, de Mauro, el *Liber de urinis*, de Gilles de Corbeil, el poema *de pulsibus* del mismo Gilles, etc.—, nos ilustran acerca de los dos principales recursos diagnósticos del médico medieval, la uroscopia y el examen del pulso. El médico de la Baja Edad Media se acercaba al enfermo, le interrogaba sobre su dolencia, se informaba acerca del sueño y de las funciones excretivas (evacuación del vientre, micción), examinaba cuidadosamente el *circulus*, la *superficies*, la *subs-*

tantia y el *fundus* de la orina recogida en la *matula* y practicaba la sumaria exploración objetiva entonces habitual: inspección del cuerpo, tactación de la piel, percusión del abdomen, si el volumen de éste había aumentado [27], y detenido examen del pulso, según las cinco rúbricas tradicionales: *motus arteriae* (pulsos *magnus* o *parvus*, *fortis* o *debilis*, *velox* o *tardus*), *substantia arteriae* (pulsos *durus* o *mollis*, *plenus* o *vacuus*, *calidus* o *frigidus*), *mora inter arses* (pulso *frequens* o *rarus*), *incrementum et decrementum* (pulso *decidens* o *incidens*) y *constantia et ordo* (pulsos *aequalis* o *inaequalis*, *ordinatus* o *inordinatus*).

Los datos que ofrece la exploración clínica se refieren muy estrictamente al individuo explorado; a la *individua substantia naturae rationalis* que ese individuo es, dirían, fieles a la tradicional fórmula de Boecio, los filósofos y los patólogos de la Edad Media. O, con mayor precisión, a lo que en esa *individua substantia* es accesible al *experimentum* del clínico. ¿Cómo el médico medieval entendió tal individuación de su experiencia?

Antes de responder a esta interrogación conviene distinguir las dos principales metas del diagnóstico individual en la Edad Media: el juicio diagnóstico *stricto sensu* y el juicio pronóstico. La consideración de los síntomas observados y el resultado de la uroscopia [28] conducían al clínico a la formulación del *genus morbi* y de la *species morbosa* a que el caso pertenecía. La exploración del pulso servía, ante todo, para establecer el pronóstico. Ahora bien: tanto en uno como en otro caso, el criterio principal de la individualización era —en cuanto acerca de ello nos permite juzgar el contenido de los *consilia* medievales— la intensidad o *quantitas* de los síntomas recogidos por la exploración. La cuantía de la fiebre, de la tos, del adelgazamiento, del color *rufus* o *viridis* de la orina, etc., conceden al caso clínico su sello individual. Diríase que el médico medieval quiso dar realidad clínico-semiológica a la concepción tomista del

---

[27] La percusión del abdomen viene expresamente mencionada en el tratado salernitano *de aegritudinum curatione*. Percutido por la mano del explorador, el abdomen resuena como un odre semilleno (*in modum utris*) en la «ascitis», y como un tambor (*in modum timpani*) en la «timpanitis». La percusión del cráneo en caso de presunta fractura del mismo aparece descrita en la *Chirurgia magna* de Lanfranco.

[28] El color de la orina (Mauro distingue hasta 19 diferentes) indica el estado de las cualidades elementales (sobre todo, de la calidez y la frigidez). El *circulus* (circunferencia de la superficie libre de la orina) daba indicaciones acerca de los *membra animata* (cerebro y órganos de los sentidos); la *superficies* permitía juzgar el estado de los *membra spiritualia* (corazón y pulmones); la *substantia*, el de los *membra naturalia seu nutritiva* (hígado, aparato digestivo); el *fundus*, en fin, hacía patentes los desórdenes del riñón y los restantes *membra inferiora*.

principio de individuación: *materia signata quantitate*. El enfermo sería el supuesto personal de una naturaleza en la cual el *accidens modale* llamado *morbus*, «enfermedad», adquiere individuación precisa por la cuantificación material de los diversos *accidentia* o *symptómata* que le dan su concreta realidad física.

Pero si el paciente, como acabo de indicar, es «supuesto racional» (persona, espíritu), además de ser «naturaleza individuada», ¿en qué medida y en qué forma afectará el *accidens modale* de la enfermedad a lo que real y últimamente constituye como individuo al sujeto que la padece: al «supuesto» inteligente y libre en cuya virtud ese sujeto es «persona» y «tal persona»?

La respuesta de la medicina medieval no fue médica y técnica, sino moral y religiosa. El «supuesto racional» del enfermo —su «persona»— tendría que ver con la enfermedad de tres distintos modos:

1.º En virtud de lo que metafísica y psicológicamente es, tal «supuesto» queda afectado por los sentimientos y pensamientos que en él produce el *accidens modale* de la enfermedad en cuestión. Esa estructura poseen, en cuanto *passiones* de un alma humana, el temor, la tristeza, etc. que determina el hecho de estar enfermo.

2.º Por lo que libre y moralmente ha hecho, el *suppositum* del individuo humano puede haberse constituido en reo del castigo que para él es entonces la enfermedad. Aunque a título de evento excepcional, las mentes de la Edad Media siguieron admitiendo que la afección morbosa es en ocasiones el castigo de un pecado personal. Así fue tradicionalmente interpretada, valga este ejemplo, la que causó la muerte de Arrio.

3.º Por lo que después de la muerte llegará a ser, el «supuesto racional» del hombre puede ganar mérito o caer en demérito a causa de la enfermedad. Para la persona que la padece, la afección morbosa es siempre ocasión de prueba y puede a veces ser causa de inclinación habitual hacia el mal (Sto. Tomás, *Summa* 1-2, q. 78, a. 3; Pietro d'Abano, *Conciliator*, etc.).

La asunción medieval del naturalismo griego por el personalismo cristiano condujo a entender la realidad personal del hombre enfermo como supuesto o soporte —tal *individua substantia*, con su inteligencia, su libertad y su destino sobreterreno— de los accidentes que puedan afectar a su naturaleza, entre ellos el de la enfermedad. La helenización del pensamiento cristiano, tal como la entendieron y realizaron los pensadores

del siglo XIII, ¿no obligará —me preguntaba yo páginas atrás— a escindir teórica y prácticamente la *philanthrôpía* y la *philotekhnía* del médico, el «amor cristiano al hombre» (a la persona del enfermo) y el «amor cristiano al arte» (a la práctica técnica de la medicina)? Así lo demuestra, a mi modo de ver, la concepción del diagnóstico individual —*diagnosis aegri*— vigente en la Edad Media [29].

III. MOMENTOS OPERATIVO Y ETICO-RELIGIOSO DE LA RELACION MEDICA MEDIEVAL

Recta y cristianamente amistosa o viciada por alguna de las lacras que el desorden del alma humana y los hábitos de la sociedad en torno puedan poner en ella, la relación médica alcanza su fin propio en el acto del tratamiento: cuando, tras haberse hecho conocimiento, se trueca, con el acierto que sea, en operación técnica de ayuda. Es entonces también cuando el momento ético-religioso de esa relación, esencial en ella y ya incoado desde que el médico y el enfermo se encontraron entre sí, cobra patencia definitiva. Veamos, pues, cómo en la Edad Media se cumplió esta doble regla general.

I. El *tratamiento médico* del Medioevo tuvo, como la medicina medieval en su conjunto, un periodo pretécnico y otro formal y explícitamente técnico. En aquél predomina la asistencia médica monástica; en este otro, la práctica profesional de los laicos formados en Salerno o en los *studia generalia* y en las nacientes Universidades europeas.

Tres hábitos principales, el empirismo terapéutico, la caridad y la superstición milagrera, inspiraban, con predominio cambiante de uno o de otro, la asistencia al enfermo en los monasterios de la Alta Edad Media. Más o menos apoyado en los escasos restos del saber técnico de la Antigüedad que su biblioteca conservaba, el monje médico prescribía hierbas medicinales, reglas dietéticas, sangrías o baños, bien en la enfermería del monasterio, [30] bien en el domicilio del paciente, cuando por

---

[29] Más detalles acerca de la *individuatio morbi* medieval, en mi libro *La historia clínica*.

[30] Ferd. Keller publicó hace más de cien años («Bauriss des Klosters St. Gallen vom Jahre 820», *Mitt. der antiq. Gesellsch. in Zürich*, 1844), el plano de la enfermería y el hospicio de San Gall.

éste era requerido [31]. La caridad —recuérdese el mandamiento de la Regla de San Benito que páginas atrás mencioné— constituyó el móvil primero de la medicina monástica, y es seguro que con frecuencia informó en ésta la conducta del terapeuta. Pero la mentalidad de la época añadía muchas veces prácticas más o menos supersticiosas —aplicación de reliquias, ejecución de ritos diversos— al ejercicio puramente sacramental o misericordioso de la caridad. Vea el lector lo dicho al estudiar el fundamento de la relación médica medieval.

Con la penetración de la ciencia greco-arábiga en el occidente europeo, la medicina medieval se tecnifica. No quiere esto decir que su eficacia terapéutica se hiciese mucho mayor. Crece, por supuesto, el número de los remedios empleados y aumenta la complejidad de las confecciones; pero —salvo en lo relativo a la cirugía, cuyo progreso es indudable durante los siglos XIII y XIV—, no parece que las recetas de Taddeo Alderotti y Arnaldo de Vilanova, hiciesen mucho más alto el tanto por ciento de los enfermos curados por su causa. Aparte, pues, este indudable enriquecimiento del arsenal terapéutico, ¿qué novedades introdujo en el tratamiento la tecnificación medieval de la medicina? Y viniendo directamente a nuestro tema, ¿cómo esa tecnificación del tratamiento influyó en la contextura de la relación médica?

Como en todos los momentos que integran la relación entre el médico y el enfermo, es preciso distinguir en el tratamiento su aspecto cuasidiádico (la ayuda al individuo enfermo en cuanto individuo) y su aspecto social. En orden al primero tres son, creo, las principales novedades:

1.ª Se constituye una doctrina helénico-cristiana de la *ars medica*: el tratamiento es un «saber hacer», y este saber queda constituído mediante el ejercicio de una *recta ratio*. El remedio actúa por obra de sus *virtutes* naturales —las que Dios quiso darle como «causas segundas» dentro de la ordenación del mundo creado—, y lo hace ayudando al «principio interior» de la medicina, que es, también a título de causa segunda, la radical tendencia de la naturaleza viviente a la curación.

2.ª Se acomoda al pensamiento médico occidental la doctrina galénica de la *éndeixis* o «indicación», para la cual va poco a poco prevaleciendo el nombre latino de *insinuatio agendi*. Un tratamiento es correcto cuando para establecerlo ha tenido en cuenta el terapeuta las propiedades naturales del remedio, la índole específica y el modo ocasional de la

[31] Se conserva un documento en que cierto enfermo pide que un monje médico (*illum medicum*) le visite en su domicilio (Pertz, *Mon. Germ.* Leges, Sect. V, 374).

afección tratada, la constitución individual del paciente (sexo, edad, temperamento, etc.) y las peculiaridades de la causa externa.

3.ª Surge, por tanto, el problema teórico y práctico de armonizar entre sí las exigencias «técnicas» dimanantes de la indicación y los mandamientos «morales» que impone al cristiano su idea del hombre. La indicación técnica exige individualizar el tratamiento; sólo así adquiere éste su perfección. Pero tal individualización, ¿se relaciona de algún modo con la condición «personal» que por esencia posee el *suppositum* de la naturaleza humana? Entre la individuación de lo que en la conducta terapéutica del médico es *ars*, «operación técnica», y lo que en esa conducta sea *caritas*, «amor personal cristiano» ¿hubo en la Edad Media alguna unidad sistemática?

Es preciso responder que no. Esa unidad no existió o, cuando existió, fue balbuciente y extra-técnica. La parte terapéutica de los *consilia* medievales [32] nos hace ver que el criterio de la individuación del tratamiento era puramente cuantitativo; composición y dosis del remedio, orden cronológico de su administración. La fórmula con que muchas veces termina el texto del *consilium*, cuando había sido fausto el éxito del tratamiento —*et sanavit (scil. hic aeger)*—, da expresión verbal a esa intención individualizadora del tratamiento técnico.

¿Quiere esto decir que la conducta del médico medieval ante el enfermo no fue sino un tardío calco latino de la que habían seguido sus maestros en el arte de curar, Galeno, Temisón o Sorano en la Grecia helenística y Alí-Abbas o Avicena en el Islam asiático? De ningún modo. Movido por su conciencia de cristiano, por el cuidado de su prestigio profesional [33] o, como pronto veremos, por el severo imperativo social de la ley, el terapeuta de la Edad Media tuvo muy en cuenta la condición personal del paciente y los deberes religiosos (administración de sacramentos, etc) en ella radicados y de ella provenientes. Pero, como bien se advierte, esta consideración práctica de la personal individualidad del sujeto enfermo era rigurosamente extra-técnica, religiosa, y —salvo en el caso en que el médico fuese también clérigo— tenía que correr a cargo de un sacerdote. La *individuatio naturalis* del tratamiento era exclusivamente técnica y se hallaba regida por las reglas de la *ars medica* greco-

[32] En cuanto yo los conozco. El tema merece, sin embargo, una investigación más detenida.

[33] Recuérdense los consejos del redomado Arquimateo en su escrito *de instructione medici*.

arábiga; la *individuatio personalis sive spiritualis* de la ayuda al enfermo era, en cambio, exclusivamente moral y religiosa, y respecto de aquella constituía, si vale decirlo así, un «añadido espiritual». Una y otra se hallaban, pues, en mera yuxtaposición.

Algo más hizo, sin embargo, el médico de la Edad Media. Conducido a ello por su propia experiencia —no creo que el *Cármides* y las *Leyes* de Platón fuesen fuente de inspiración de los galenos medievales—, supo valorar la eficacia terapéutica de la comunicación verbal con el enfermo. Páginas atrás transcribí textos de Saliceto muy elocuentes a este respecto. Con ese proceder, el clínico medieval «introducía el sujeto» en medicina e iniciaba la vía para una individualización del tratamiento más satisfactoria y coherente que una simple yuxtaposición de la *éndeixis* galénica y la piedad cristiana. No pasó de ahí, sin embargo, y la empresa de personalizar técnicamente el inexcusable «naturalismo» de la medicina quedó inédita hasta nuestro siglo.

Pero el enfermo no es y no puede ser para el médico un individuo aislado; menos aún en un mundo como el medieval, tan fuertemente vocado a la vida comunitaria. Para el médico, el enfermo es siempre un ente social, aunque ninguno de los dos se lo proponga con explicitud. De lo cual se desprende que todos los momentos integrantes de la relación médica, y a la cabeza de ellos el tratamiento, son en definitiva actos sociales, demás de ser actos cuasi-diádicos.

¿Cómo patentizó su condición social el tratamiento médico de la Edad Media? Consciente de que con ello exagero y esquematizo, daré mi respuesta contraponiendo en la «socialidad» del tratamiento medieval dos modos sucesivos, el propio del periodo pretécnico de la medicina y el correspondiente a su periodo técnico. En aquél, la asistencia médica es ante todo cristiana, y en segundo término medieval; en éste, se invierten los términos: la socialidad del tratamiento es ante todo medieval, y en segundo término cristiana.

No trato de idealizar la Alta Edad Media. No quiero disimular su rudeza, su ignorancia, su barbarie. En lo que a la asistencia médica atañe, recuerde el lector la conducta de Austriquilda y Gontrán con sus médicos y las disposiciones legales de las *Leges Wisigothorum* y el Fuero Juzgo. Pero, a juzgar por los documentos de que disponemos, el tratamiento del enfermo en los monasterios del Alto Medioevo, tan rudimentario desde un punto de vista técnico, tan próximo a ser puro empirismo de herbolario, realizaba medievalmente el ideal de la asistencia médica que

apuntó en las primitivas comunidades cristianas, o al menos, con cuantas deficiencias se quiera, procuraba realizarlo. La ayuda al enfermo cumplió, en efecto, estas tres condiciones: 1.º Hallábase promovida por la caridad: con su indudable tosquedad pretécnica, el tratamiento médico era la expresión operativa de una *amicitia christiana* hacia la persona del enfermo. 2.º Era igualitaria: dentro de la enfermería monástica, todos los pacientes —salvo en lo tocante al costado personal-religioso de la existencia— eran igualmente tratados. 3.º En el sentido etimológico de la palabra, y dentro de las posibilidades económicas del monasterio, era exquisita: *cibos delicatos et nitidos eousque praeparantes*, dicen, como se recordará, las reglas del obispo Masona para el hospital de Mérida [34].

Intelectualmente rudo y vitalmente tosco, el monasterio de la Alta Edad Media fue una isla de auténtica vida cristiana en el seno de una sociedad cuyo indudable cristianismo se hallaba bárbara y abigarradamente mezclado con los intereses de la sangre y del mundo. En orden a la asistencia médica, ¿qué pasará cuando esa sociedad, feudal en el campo, incipientemente burguesa en las ciudades, adquiera consistencia y estructura? ¿Cómo expresará ese mundo la condición social de la ayuda al enfermo? Fundamentalmente, de estos dos modos:

1.º Regulando jurídicamente los distintos aspectos —económicos, religiosos, morales, políticos— de la vinculación entre el ejercicio médico y la sociedad. Fiel a una regla constante en la historia de la cultura occidental, desde la *polis* griega hasta el *Welfare-State* y los Estados socialistas de nuestro tiempo, la sociedad medieval admite, en principio, la «amistad médica», pero desconfía de ella y trata de sometarla a la férula de la ley escrita [35].

2.º Estableciendo fuertes y tajantes diferencias sociales en el modo

---

[34] No se perderá esta tradición. Siglos más tarde, en las instrucciones de Fray Hernando de Talavera para el régimen de la enfermería anexa al palacio arzobispal de Granada, se dice, enumerando las obligaciones del enfermero: «Provea quel físico visite (al enfermo) con tiempo e que se traya luego las medezinas que mandare... Que se guise lo que mandare e que se cumpla todo con tiempo... Que consuele e hable a los enfermos piadosa e caritativamente. Que los trate con gracia e amor. Que no consienta que esté ninguno parlando con los enfermos...» (Véase J. Dominguez Bordona, «Instrucción de Fray Hernando de Talavera para el régimen interior de su palacio», *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 96 (1930), abril-junio.

[35] Por lo que toca a la Edad Media española, el ya citado libro de A. Ruiz Moreno *La medicina en la legislación medioeval española*, lo demuestra muy claramente y con gran copia de documentación.

de tratar médicamente a los enfermos. La ordenación ternaria del tratamiento médico que a través de los escritos platónicos descubrimos en la antigua Atenas —esclavos, hombres libres y pobres, hombres libres y ricos— perdura, *mutatis mutandis*, en la cristianísima sociedad de la Edad Media europea, y otorga su peculiar cuño social al ejercicio medieval de la medicina, cuando ésta, a partir del siglo XII, gane claro y resuelto carácter técnico. Arnaldo de Vilanova distinguirá sin ambages dos modos de atender al enfermo: la «medicina para ricos» y «la medicina para pobres». Perfilando algo más la sincera y realista distinción sociológica de Arnaldo, diremos que en la asistencia médica de la Baja Edad Media es posible distinguir tres niveles:

a) El nivel del «pobre estamental», fuese esclavo propiamente dicho, siervo de la gleba o pobre urbano. La forma social de la ayuda al enfermo es en tal caso el hospital: uno de aquellos hospitales de los burgos del Medioevo, con lechos para tres o cuatro personas, donde toda incomodidad, comenzando por las correspondientes al olfato, tenía, más que asiento, permanente morada.

b) El nivel del artesano y del naciente burgués. En tal caso, la asistencia médica era, por lo general, domiciliaria. En las ciudades de la Baja Edad Media va surgiendo poco a poco la figura, luego habitual en todo el Occidente, del «médico de cabecera».

c) El nivel de los poderosos; príncipes, señores feudales, magnates eclesiásticos. El paciente es de ordinario atendido por un médico principal o exclusivamente dedicado a tal menester, el *medicus a cubiculo*. Recuérdese lo dicho al estudiar la situación social del médico durante la Edad Media.

La estructura de la sociedad medieval se hace patente en la ordenación social del tratamiento médico: a cada una de sus clases corresponde un peculiar modo de la asistencia al enfermo. Esta era galénica y cristianamente concebida, pero medievalmente realizada. Por eso dije antes que en la Baja Edad Media, la socialidad de la relación médico-enfermo era ante todo medieval, y en segundo término —muy en segundo término—cristiana.

II. La sociedad de la Edad Media entendió cristianamente la relación entre el médico y el enfermo. La moral cristiana —más precisamente: la versión medieval de la moral cristiana— dio, pues, materia y forma al *momento ético-religioso* de esa relación. Y puesto que la noción de «deber»

es primaria en toda moral, veamos cuáles fueron los principales deberes del médico y del enfermo —sus «expectativas institucionalizadas», diría el sociólogo Parsons— en el mundo de la Edad Media.

Ante todo, los *deberes religiosos*. El modo medieval de la religiosidad no daba a la llamada al médico el carácter de «deber social» que por motivos no religiosos tan acusadamente posee en nuestra sociedad. Es seguro que el requerimiento de la asistencia médica era entonces mucho menos frecuente que ahora. Pero el deber religioso de conservar la vida y, en un orden puramente natural, el deseo de vivir, no dejaban por esto de tener vigencia en aquella sociedad. El médico, por su parte, estaba moral y socialmente obligado a cuidar con diligencia a sus pacientes y a procurarles el bien del cuerpo y el del alma.

La legislación medieval española establece muy taxativamente el más importante de los deberes religiosos del médico: advertir al paciente que confiese sus pecados al iniciarse la enfermedad. «Como deve el enfermo primero pensar de su alma, que de melezinar su cuerpo; e qué pena meresce el físico que de otra manera lo melezina», dice la ley XXXVII del Título IV de la Primera Partida; y esto, poque «las almas son mejores que los cuerpos, e más preciadas». Cuando un médico visita a un enfermo, su primer deber consiste en que éste piense en su alma y se confiese. «E después que esto oubiere fecho, deue el físico melezinarle el cuerpo e non ante: ca muchas vegadas acaesce que agravan las enfermedades a los omes más afincadamente e se empeoran por los pecados en que están». Y si el médico hiciere otra cosa, «tuuo por bien Santa Eglesia... que fuesse echado de la Eglesia, porque face contra su defendimiento. Otrosí defiende Santa Eglesia, so pena de descomunion, que los fisicos, por saber que han de sanar los enfermos, que non les consejen que fagan cosa que sea pecado mortal».

Cuando el poder del Estado se robustezca, la pena canónica se convertirá en pena civil. Si el médico hiciere dos visitas a un paciente de enfermedad aguda sin haberle indicado su obligación de confesarse —dice una ordenanza de los Reyes Católicos—, deberá pagar multa de diez mil maravedís [36]. La confusión entre la religión y la política —inevitable cuando se pretende que una sola confesión religiosa sea «continente» de *toda* la vida social— tuvo así una de sus consecuencias previsibles. El deber religioso se hizo deber político y, con detrimento de la libertad

[36] Véase A. Ruiz Moreno, *op. cit.*, página. 33.

inherente al acto de religión, la penitencia se convirtió muchas veces en prisión o en multa.

No pocos fueron los *deberes civiles* del médico en la Edad Media. Hallábanse en buena parte determinados por la confusión entre vida política y vida religiosa que acabo de mencionar. A veces, bien lo demuestra el ejemplo antes citado, en forma cristianamente discutible. En otras ocasiones, de manera harto más conveniente. Así hemos de juzgar la obligación de prestar asistencia gratuita a los enfermos pobres, solemnemente jurada por el médico ante la autoridad civil, en el momento de recibir el título que le autorizaba al ejercicio de su profesión: *Iste medicus iurabit... quod pauperibus consilium gratis dabit*, dicen en 1240 las ordenanzas de Federico II Barbarroja.

Mas no sólo en la religión tuvieron su fuente los deberes civiles del médico. Cada vez más celosa del bien terrenal de sus súbditos, la autoridad civil —en definitiva, la autoridad real— fue dictando medidas que regulaban no pocas de las actividades del médico: ordenanzas de carácter higiénico, responsabilidad médica, honorarios, dictámenes médico-legales, vigencia de la confección y el precio de los medicamentos, etc. Por lo que a nuestro problema se refiere, me contentaré remitiendo al lector a la página en que describí la pugna entre el poder público, que intentaba tasar de manera uniforme los honorarios del médico, y la tendencia de éste a considerar en cada caso la situación económica del paciente.

* * *

Así fue la relación entre el médico y el enfermo durante la Edad Media. Más precisamente, desde que la vida cristiana, que hasta la conversión de Constantino había sido «isla» en el seno de una sociedad no cristiana, se constituye en «continente» de toda la vida civil. Pero el cristianismo no se acaba con la Edad Media, ni se agotan con el modo medieval sus posibilidades de encarnación en el mundo. Vamos a estudiar, pues, lo que la relación médica cristiana ha sido en los siglos ulteriores al Medioevo. Para lo cual, acaso sea conveniente recapitular de manera sumaria los rasgos principales de la manera medieval de entender y realizar esa relación. Son, a mi juicio, los siguientes:

1.º Desde un punto de vista teórico, la vinculación entre el médico y el enfermo es cristianamente entendida. Médicos y enfermos piensan y

creen que el fundamento de su mutua relación debe ser la «amistad médica cristiana» que páginas atrás quedó diseñada.

2.º Con la realización de este ideal mezcláronse —corrompiéndolo, a veces— los intereses del mundo. Algunos, procedentes de lo que realmente es el alma del hombre, y por lo tanto constantes desde que la medicina se constituye como profesión. Otros, en cambio, específicos de la Edad Media; entre ellos, la mentalidad que antes llamé «ordálica» y la nada cristiana adaptación de la asistencia médica a la estructura político-económica de aquella sociedad (concepción feudal y clasista de la ayuda al enfermo).

3.º Estos obstáculos no impidieron, sin embargo, que entre el médico y el enfermo se estableciese con frecuencia una genuina y satisfactoria «amistad médica». El enfermo tiende naturalmente a ser, en cuanto tal enfermo, «amigo» del médico. El médico, por su parte, cumple muchas veces la consigna de los *Praecepta* hipocráticos, y es amigo de su arte por ser amigo del hombre, y amigo del enfermo a que atiende a través del amor a su arte. Pese a las barreras que egoismos y hábitos sociales pudiesen oponer, el imperativo helénico de la *philía iatrikê* siguió vigente, cristianizado, en los castillos y ciudades de la Edad Media europea.

ARTICULO III

EL CRISTIANISMO MODERNO Y LA RELACION MEDICA

El «otoño de la Edad Media» llevaba en su seno, entre otras cosas, el ansia de una vida cristiana distinta de la medieval. Sin voluntad expresa de romper con la tradición, dentro de la más estricta fidelidad a Roma, el cristiano del siglo XV quiere vivir en el mundo de manera inédita: la religiosidad, el arte, el pensamiento filosófico y científico, la ordenación social de la vida, la economía, todo ha de ser nuevo. La consigna espiritual de un viejo himno litúrgico —*recedant vetera, nova sint omnia*— parece haber alcanzado un sentido temporal e histórico en las almas europeas de la Baja Edad Media. Pero este afán de novedad, todavía unitario, bajo la rica diversidad de sus matices, en el siglo XV, va a seguir en el siglo XVI dos vías distintas, y aun opuestas: la reformada de Lutero, Calvino, Zwinglio y Melanchton, y la tradicional o católica (Renacimiento católico, piedad jesuítica, mística moderna). A este magno suceso religioso se añade pronto otro, todavía más importante: la creciente secularización de la cultura occidental a partir de los primeros decenios del siglo XVIII. El cristianismo moderno —el modo histórico de ser cristiano, desde fines del siglo XV— posee, pues, una estructura integrada por los siguientes rasgos principales:

1.º Mayor mundanización. El cristiano moderno concede más importancia al mundo que el cristiano medieval. El arte del Renacimiento y del Barroco, la más viva estimación del cuerpo humano, la *scienza nuova*, el casuismo moral, el nacimiento del Estado moderno y, por supuesto, las formas nuevas de la religiosidad, no serían inteligibles sin esa nueva actitud del cristiano frente a la realidad del mundo [1].

---

[1] Por lo que hace a la religiosidad jesuítica, véase mi ensayo «San Ignacio, santo moderno», en el libro *La empresa de ser hombre* (2ª. ed., Madrid, 1963).

2.º Escisión confesional. El cisma de Oriente partió la cristiandad en dos bloques religiosamente homogéneos; la escisión no afectaba a la convivencia cotidiana. Desde Lutero, en cambio, la división de la cristiandad occidental en un cristianismo católico y un cristianismo reformado va a afectar cada vez con más intensidad —salvo en España y parte de Italia— a la vida diaria de los cristianos. Quiéranlo o no, católicos y protestantes se ven obligados a convivir en una misma *civitas terrena*.

3.º Coexistencia con los no cristianos. La secularización creciente de la vida obliga al cristiano a convivir con el no cristiano. A veces, de manera polémica: bastará mencionar los nombres de Voltaire, Haeckel, Marx, Nietzsche y Stalin. A veces, en leal colaboración: así viene ocurriendo en nuestro siglo. Pero, polémica o colaborante, tal coexistencia se ha hecho ineludible y ha contribuído no poco a la configuración del estilo «moderno» de la vida cristiana.

Para nuestro propósito basta, creo, esta esquemática pintura de fondo. Pero no podríamos entender la esencia de la medicina moderna —y, por lo tanto, la nueva figura de la relación entre el médico y el enfermo— sin examinar desde su mismo origen el aspecto «técnico» de esta nueva instalación del hombre en el mundo. Puesto que la medicina es *ars medica*, y puesto que la *ars* latina, como la *tékhnê* helénica, es un «saber hacer» respecto de las realidades del mundo natural, ¿qué siente y piensa el hombre moderno acerca de sus posibilidades de operación frente a ese mundo?

El «arte», habían dicho los pensadores del siglo XIII, es *recta ratio factibilium*, «recta razón de las cosas que pueden hacerse». Más allá de lo *factibile* están las forzosidades de la naturaleza, el «así ha de ser» y el «así no puede ser» en que se expresa lo que en el *fatum* del mundo creado es *necessitas absoluta*; en definitiva, la *anánkê physeôs* de los antiguos griegos. No fueron pocas ni chicas las empresas técnicas que el pensamiento del siglo XIII consideró «factibles». Sto. Tomás de Aquino, valga su ejemplo, admitió muy expresamente que el hombre puede fabricar oro y suscitar artificialmente la aparición de formas vivientes [2].

[2] Discutiendo la cuestión moral de si la venta es injusta por defecto de la cosa vendida, Sto. Tomás (*Summa* 2-2, q. 77, a. 2) se plantea el problema de si es lícita la venta del oro *per alchimiam sophisticatum*, y dice: «Si por alquimia se fabricase oro verdadero, no sería ilícito venderlo como tal oro: porque nada prohibe al arte usar de algunas cosas naturales para producir efectos naturales y verdaderos». La fabricación de oro es en principio posible. Discutiendo, por otra parte, cuestiones de teología sacramental (si para el bautismo se requiere agua simple, si en la forma

Pero estas posibilidades son nimias y como infantiles al lado de las que va a descubrir, cuando adquiera plena conciencia de sí, el cristianismo moderno.

Recordemos que la *ars medica* de los siglos XIII y XIV es en esencia una versión cristiana de la *tékhnê iatrikê* galénica. Pues bien: yo diría que en el galenismo de la Edad Media —y, por supuesto, también en el del Renacimiento— se manifiesta un modo *mediterráneo* o *helenizante* de ser cristiano, cuya hazaña principal, espléndida hazaña, fue la cristianización del pensamiento griego. No es un azar —valga por muchos este minúsculo ejemplo— que sea Boecio el autor sobre que principalmente funda Santo Tomás su doctrina acerca del *fatum*. Junto a ese modo de ser cristiano —y sobre todo tras él— va a hacerse notorio otro, que me atrevo a llamar *nórdico* o *moderno*, cada vez más patente y eficaz en la cultura de Occidente desde los últimos decenios del siglo XIII [3]. Comentando la relación entre la filosofía de Escoto y el pensamiento greco-árabe de la Edad Media, escribirá Etienne Gilson: «No es el Dios de la religión musulmana el que ha sugerido a Duns Escoto el propósito de reivindicar para el Dios cristiano los plenos poderes de una libertad sin límites, es el Dios de los filósofos árabes, tan enteramente encadenado a la necesidad griega, el que ha provocado esta reacción cristiana en el pensamiento de Duns Escoto» [4]. Antes que entendimiento infinito, Dios es infinita libertad e infinito poder. La mente humana debe hacer cuanto le sea posible para elevar a Dios por encima de sus mismas Ideas. Lo verdaderamente propio de Dios, en suma, es su potencia absoluta, su ilimitada capacidad de creación.

Y si así se concibe a Dios, ¿cómo se concebirá al hombre, que en su creada finitud es imagen y semejanza del Ser divino? ¿Cuál será ahora el fundamento de esa relación de analogía entre la criatura humana y su Creador? ¿Qué es lo que en rigor constituye al hombre en *imago Dei*? La respuesta de la Baja Edad Media y del mundo moderno dirá así: lo

---

consagrada perdura o no la forma sustancial del pan), afirma que el «arte» puede, si no producir, sí suscitar formas animales: «Nada prohibe —escribe en la segunda de tales cuestiones— que sea hecho por el arte algo cuya forma no sea accidente, sino forma sustancial: como por obra del arte pueden ser producidas ranas y serpientes. Ahora bien, tal forma no la produce el arte por su virtud propia, sino por la virtud de los principios naturales» (*Summa*, 3, q. 75, a. 6).

[3] Esta contraposición no pasa de ser, claro está, un esquema orientador. Baste pensar que San Agustín fue mediterráneo y —cronológicamente— antiguo.

[4] *La philosophie au Moyen-Age*, 2.ª ed. (París, 1952), página 605.

más propio y más alto del hombre, aquello por lo que la criatura humana en verdad se asemeja a Dios, no es su entendimiento racional, sino su libre voluntad. *Intellectus si est causa volitionis, est causa subserviens voluntati*, enseña Escoto. Para la antropología moderna, la intimidad y la libertad son los más centrales atributos del ser humano. No obstante su finitud, el hombre posee de algún modo en su espíritu una potencia absoluta, imagen de la divina, que le sitúa por encima de toda ordenación de la naturaleza, y en esto precisamente consiste su verdadera dignidad. Con otras palabras: para el espíritu humano, *toda necesidad natural del mundo creado es en principio una necesidad «ex suppositione»*.

Las consecuencias históricas de esta actitud cristiana frente a la relación entre el espíritu humano y la naturaleza van a ser fabulosas. Todo el fascinante curso de la ciencia moderna —la *scienza nuova*, desde Buridan, Nicolás de Oresme y Nicolás de Cusa, la nueva actitud mental frente a la realidad de las especies naturales, el creciente dominio técnico sobre el cosmos— tiene su más honda raíz en esta cristiana y animosa toma de posesión que de su dignidad y su poder ha hecho el hombre de la Baja Edad Media. Hasta el siglo XIV, el hombre ha solido verse a sí mismo como un microcosmos sustancial y figurativo. Desde ese siglo, preferirá concebirse como un microcosmos operativo. Es su realidad *mundus minor*, no tanto por reunir en sí todos los elementos que integran el cosmos, cuanto por ocupar un puesto intermedio entre el mundo y Dios y desempeñar, en consecuencia, un papel singular y decisivo en el destino de la creación entera. El hombre —dirá el Cardenal de Cusa— es «Dios humano y Dios humanamente, y ángel humano, y oso y león humanos, y cualquier otra cosa». Como el Neptuno virgiliano sobre las ondas marinas, el hombre, iluminado por la revelación cristiana, levanta ahora su cabeza sobre la necesidad de todo el mundo natural.

Ciñamos nuestra consideración a la idea del arte. Quienes así entienden la dignidad de su condición espiritual, ¿se conformarán pensando que el arte es simple imitación de la naturaleza, y que sus posibilidades se hallan esencial e inexorablemente limitadas por la «necesidad absoluta» de los fenómenos naturales, llámesela *anánkê*, a la manera griega, o *fatum*, al modo latino y cristiano de Boecio y Santo Tomás de Aquino? Más que *recta ratio factibilium*, ¿no será el arte *recta creatio factorum*, recta y libre creación de obras y hazañas? La idea del *arte como creación*, tan vehementemente proclamada por el Romanticismo y desde él, procede sin duda del voluntarismo teológico y antropológico de la Baja Edad Media. Como

Dios, el hombre, en su orden finito, es «creador», o al menos, según la expresión de Zubiri, «cuasi-creador». No crea el hombre *ex nihilo* realidades substantivas; la creación *ex nihilo* es privativa de Dios; pero movido su espíritu por el impulso que luego llamarán «fáustico» —tan hondamente cristiano en su origen, como hemos visto—, creará desde entonces, con estupendo ritmo acelerado, entes de razón y de imaginación ajenos a la naturaleza, inéditas posibilidades de vida, máquinas y artefactos que un griego y un hombre del siglo XIII hubiesen creído «físicamente imposibles», y hasta potencias nuevas y artificiales de la realidad creada. La historia de la ciencia y la técnica modernas no es otra cosa que una lucha constante y victoriosa del hombre contra la *anánkê physeôs*, un progresivo condicionamiento teorético y experimental de lo que en la naturaleza creada pareció ser «necesidad absoluta». Toda necesidad natural del mundo creado es en principio *necessitas ex suppositione*; desde Roger Bacon hasta el *sputnik*, tal viene siendo la consigna permanente del hombre occidental.

Puesto que las posibilidades técnicas de esta formidable invención cristiana van a desarrollarse con explicitud y fuerza en la sociedad secularizada de los siglos XIX y XX, reservemos para el próximo capítulo el estudio de su influencia sobre la relación entre el médico y el enfermo. En este artículo debo limitarme a estudiar cómo esa relación cobra realidad cuando el médico es cristiano de un modo visiblemente «moderno».

I. ¿Cambiará la idea de la *amistad médica* cuando el médico cristiano deje de serlo a la manera medieval? En sus rasgos esenciales, no. Tal vez haya una sutil, pero profunda diferencia entre el modo católico y el modo protestante de entender cristianamente la amistad. En una carta de Lutero a Christof Scheuerl, el reformador aconseja poner la confianza *sólo* en Cristo, porque Cristo es el único verdadero amigo del hombre. La convicción de que la naturaleza humana se halla radicalmente corrompida por las consecuencias del pecado original tenía que expresarse en la concepción teológica y antropológica de la amistad interhumana. Pero sea de ello lo que quiera, no parece que la «amistad médica» adoptase formas muy divergentes entre protestantes y católicos, ni que en lo esencial —si se quiere, en teoría— se apartase gran cosa de lo que venía siendo desde la época apostólica del cristianismo [5].

[5] En el problema de la relación entre la amistad médica católica y la amistad médica protestante hay que distinguir tres planos. El más profundo es el teológico-

Un hecho estadístico se impone: que tanto en el mundo católico como en el protestante, va disminuyendo desde el siglo XVI hasta fines del siglo XIX el número de los médicos formal y expresamente cristianos. En la primera mitad del siglo XVI, Paracelso piensa ser buen médico y médico innovador, precisamente por ser cristiano. En la Francia de Luis XIV, el primer acto de los licenciados en la Facultad de Medicina de París consistía en una visita colectiva a Nôtre-Dame, para jurar la defensa de la religión católica *usque ad effusionem sanguinis*. En pleno siglo XVIII, Hoffmann, protestante piadoso, afirmará en su *Medicus politicus* que la primera regla para un ejercicio médico correcto es la de «ser cristiano». Pero todo esto no es obstáculo para que varios decenios más tarde, en el París de Napoleón, el papa Pío VII reciba a Laennec con estas significativas palabras: *Medicus pius, res miranda!*, «¡Cosa de admirar, un médico piadoso!». Apenas será necesario indicar que este proceso de descristianización del médico se va intensificando a lo largo del siglo XIX; más precisamente, hasta que en los años subsiguientes a la Primera Guerra Mundial se inicie una nueva instalación de la Iglesia en el mundo.

¿Cómo el médico cristiano ha sido, durante los siglos modernos, médicamente amigo del enfermo? Si nuestra atención se dirige hacia las figuras culminantes del ejercicio clínico —un Baglivi, un Auenbrugger o un Laennec, entre los médicos católicos; un Sydenham, un Boerhaave o un Hoffmann, entre los clínicos protestantes—, tal vez pueda ser ordenada la respuesta en estos dos puntos:

1.º El carácter cristiano de la amistad médica se depura y esencializa. La paulatina constitución del Estado moderno —un Estado no formal y unitariamente confesional— libra a la relación entre el médico y el enfermo de la coacción con que la autoridad civil suele imponer, si a ello se siente obligada, los deberes de índole religiosa. Por otra parte, el paulatino establecimiento de una sociedad religiosa y políticamente pluralista impone como norma de la convivencia —en ello tendrá uno de sus fundamentos la teoría kantiana de la amistad— un delicado res-

---

antropológico; el más superficial, el estrictamente médico; entre uno y otro está el correspondiente a la realización social de la idea católica y la idea protestante acerca de la ayuda caritativa al prójimo. Me parece indudable que las diferencias entre ambas confesiones cristianas van haciéndose menores al pasar del plano profundo o teológico al plano superficial o médico. El tema, sin embargo, debe ser más detenidamente estudiado.

peto a la conciencia del prójimo. La relación médica ¿qué es, en fin de cuentas, sino un peculiar acto de convivencia? Léanse a esta luz las historias clínicas de Boerhaave o de Laennec, y se observará *in vivo* la confirmación de este aserto.

2.º La creciente conciencia de novedad y de progreso hace más intensa y asídua la atención del médico al enfermo. El clínico investigador —el médico para el cual su «arte» es una aventura prometedoramente abierta al futuro; y, como acabamos de ver, ésta es una de las notas esenciales de la instalación del hombre moderno ante la realidad del mundo—, el clínico investigador, repito, se siente obligado a tratar más asiduamente con el enfermo, aunque su interés personal se oriente hacia los aspectos objetivos y externos de la enfermedad. Se dirá tal vez que al clínico de los siglos modernos, tan resueltamente orientado por una concepción científico-natural de la medicina, le interesa la enfermedad, y no el enfermo. Pero sólo hasta cierto punto es aceptable este reparo. Cuando ese clínico fue cristiano y hombre sensible [6], nunca, aunque como hombre de ciencia profesara una patología resueltamente somaticista, dejó de prestar diligente atención amistosa a la persona del paciente. Con amistad humana y médica trató Boerhaave, sin mengua de su intención anatomoclínica, al Barón Juan de Wassenaer y al Marqués de Saint-Auban [7]. Y sin ese doble sentimiento de amistad, ¿hubiese descrito Auenbrugger, junto a los resultados de su invento, sus observaciones sobre la influencia nosogénica de la nostalgia?

Mas ya sabemos que la realidad no es nunca una fiel repetición de los casos en ella ejemplares. Aun siendo formalmente cristiano, el médico moderno se ha dejado llevar con frecuencia por los intereses y las querencias que impiden la amistad con el enfermo o la hacen difícil; a su cabeza, el afán de lucro y la incuria. Y aun siendo confiadamente resignado, nunca en el enfermo han dejado de operar los hábitos que en la sociedad occidental se oponen a su buena amistad con el médico: la pasión de mando, si su situación social le permite ejercitarla, la avaricia, la afición a la sátira, el espíritu desconfiado, contractual y pleitista. La

---

[6] Cuando ha podido decir de sí mismo lo que Descartes a la Princesa Isabel: «No soy de esos filósofos crueles que quieren que el sabio sea insensible». Sólo en el siglo XIX alcanzará una relativa frecuencia el clínico olímpicamente insensible. Luego veremos algún ejemplo de tal actitud.

[7] Véase en *La historia clínica* la oportuna prueba documental.

novela picaresca, Quevedo y Molière colmarán las medidas de aquellos a quienes atraiga el tema [8].

II. Dejemos, sin embargo, el mundo anecdótico y pintoresco de las corruptelas del ejercicio médico. Volvamos nuestra vista a los casos ejemplares y contemplemos en ellos cómo la amistad médica cristiana se hace *conocimiento técnico*, *iuicio diagnóstico*, en la mente del médico moderno. Sabemos que para éste —no en cuanto médico, sino, más amplia y genéricamente, en cuanto hombre de su tiempo— el «arte», sin dejar de ser *recta ratio factibilium*, va haciéndose más y más *recta creatio factorum*, creación o cuasi-creación de hazañas. La *philotekhnía* del médico moderno, la afición de éste a su arte, no es sólo un amor a la práctica de lo que las reglas de ese arte enseñan y permiten hacer, es también, y cada vez con mayor explicitud y lucidez, el amor a la hazaña nueva, diagnóstica o terapéutica, que en cada caso se puede inventar; hazaña que ante todo se funda en la conciencia de una esencial superioridad de la mente humana sobre las *necesidades* del orden cósmico. Pues bien: si esto es el «amor al arte» en el médico moderno, ¿cómo a través de él se hará conocimiento su «amor al hombre», la concreción de su genérica *philanthrôpía* en el paciente a quien técnicamente intenta ayudar?

No debo estudiar aquí con pormenor las diversas formas que reviste el diagnóstico clínico desde que formalmente se instaura el pensamiento moderno (siglos XVI y XVII) hasta que la sociedad y la ciencia moderna se secularizan. Ello equivaldría a exponer una buena parte de la patología post-galénica y, por lo que a mi obra personal atañe, a transcribir páginas y páginas de dos libros en que he estudiado con alguna amplitud esa cuestión, *La historia clínica* e *Historia de la medicina moderna y contemporánea*. A uno y a otro remito al lector. Fiel al núcleo de mi actual tema, aquí debo ante todo deslindar los dos aspectos principales del diagnóstico, el cuasi-diádico y el social, y estudiar cómo uno y otro son manifestación cognoscitiva de la amistad médica que vinculó al clínico cristiano moderno con cada uno de sus pacientes.

---

[8] Por lo que a la literatura española concierne, remito al lector a A. Albarracín, *La medicina en el teatro de Lope de Vega* (Madrid, 1954), Luis S. Granjel, «La figura del médico en la literatura picaresca», *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina*, II (1950), 493, R. Sancho de San Román, «El quehacer médico en la obra de Tirso de Molina», *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, II (1962), número 4, y a los artículos que bajo el título de «El médico en la literatura» viene publicando Jorge Campos en el *Boletín* del Instituto Ibys.

He aquí uno de los médicos en que se hizo ejemplar esa actitud del espíritu: cualquiera de los que antes he nombrado u otro semejante a ellos. Cuando ese médico se encontraba con un paciente, ¿cómo su amor al hombre y su amor al arte cobraron forma de saber? ¿Cómo este saber expresaba la realidad individual del paciente en cuestión? Respecto del proceder diagnóstico del médico medieval, ¿qué novedades cualitativas trae la medicina moderna? Fundamentalmente, dos: una más acusada individualización de la observación clínica y una resuelta voluntad de penetración empírica y racional —«penetración asintótica», la llamaré— en la realidad del caso.

En *La historia clínica* he descrito con suficiente pormenor el tránsito del *consilium* medieval a la *observatio* moderna. El relato patográfico se hace más individual y biográfico, queda más atenido a la singuralidad de la experiencia sensorial; es más «estético», en el doble sentido del término. No parece un azar que el renacentista Giambattista da Monte llame *pulcherrimus casus* a uno en que la singuralidad de la afección resulta especialmente notoria a los ojos del clínico. La crisis de la concepción medieval del principio de individuación (de Durando a Locke, pasando por Suárez: por el simple hecho de existir, todo ente es individual) y la fruición moderna por lo individual (el retrato como género pictórico, el casuismo, etc.) se corresponden muy visiblemente entre sí. En suma: en un orden estrictamente científico-natural, todavía no con el criterio «personalista» que ha empezado a cobrar vigencia en nuestro siglo, el saber diagnóstico va ganando individualidad. Aunque en tantas ocasiones ese «saber diagnóstico» no pase de ser un animado y casi pintoresco relato patográfico.

Mayor importancia posee la segunda de esas dos novedades del diagnóstico clínico: la deliberada voluntad de una *penetración asintótica* en la realidad del caso. En cuanto galenista, el médico medieval —reiteradamente lo he dicho— no quería vivir de puras apariencias, aspiraba a un conocimiento «sustancial» y no meramente «sintomático» del caso tratado. Pero el saber a que le llevaba su interpretación fisiopatológica y patogenética era a la vez especulativo y aproblemático. Especulativo, porque no procedía de la experiencia anatomopatológica, sino de una rudimentaria y en buena parte errónea noción libresca acerca del cuerpo humano, y de una conjetura más o menos aguda y certera sobre la «causa continente» de la dolencia observada. Y aproblemático, porque el médico daba fácilmente por bueno el resultado de su interpretación y no sentía

en su alma, o la sentía de modo muy tenue, la comezón mental de comprobarla y perfeccionarla mediante la necropsia y el experimento fisiopatológico.

Muy distinta va a ser la actitud del clínico creador a partir de la Baja Edad Media. Frente a la realidad de cada enfermo, diagnosticará a éste según las reglas del saber hasta entonces conseguido; pero al mismo tiempo sentirá dentro de sí la doble avidez intelectual de comprobar empírica y racionalmente la verdad de su diagnóstico y de ampliar hasta donde le sea posible —por tanto, ilimitadamente— el saber de que ese diagnóstico suyo es expresión. Por eso he hablado antes de una voluntad de penetración asintótica en la realidad del caso estudiado. Así ocurrirá hasta cuando el clínico, a la manera de Sydenham, diga no querer atenerse sino a lo que en el cuerpo del enfermo perciben sus sentidos.

Veámoslo muy sumariamente en dos de las expresiones cardinales del pensamiento patológico moderno: las mentalidades anatomoclínica y fisiopatológica [9].

Las tres etapas principales de la historia del pensamiento anatomoclínico —la lesión anatómica como hallazgo de autopsia (de Benivieni al *Sepulchretum*), como clave de un diagnóstico incierto (Lancisi y Boerhaave) y como fundamento del saber médico (de Albertini a Laennec)— han sido cumplidas por clínicos patentemente cristianos. ¿Qué es en esencia un diagnóstico anatomoclínico? ¿Qué significa, en cuanto hazaña intelectual, el hecho de que el médico, mediante determinados signos físicos —percusión, auscultación, etc.—, descubra y describa la lesión invisible que la enfermedad ha producido en el cuerpo del enfermo? Aparentemente, tan sólo la sustitución de una conjetura diagnóstica por un saber empíricamente comprobable. Pero lo cierto es que un diagnóstico anatomoclínico no rutinario significa bastante más. Yo veo en él lo siguiente:

1.º La *cadaverización hipotética* del cuerpo del enfermo. El diagnóstico anatomoclínico pasa siempre por el cadáver del paciente. De un modo real, cuando el clínico no sabe qué pensar acerca del caso y se ve obligado a esperar, para establecer su diagnóstico, el resultado de la necropsia (la lesión como clave del juicio diagnóstico: Lancisi, Boerhaave); de un modo hipotético, cuando el signo físico permite formular el diag-

[9] La tercera de esas expresiones cardinales del pensamiento patológico moderno —la mentalidad etiopatológica: toxicología, microbiología clínica— se constituye en el seno de una sociedad, la europea del siglo XIX, ya profundamente secularizada.

nóstico lesional *intra vitam*. El médico en tal caso, piensa así: «Si en este momento fallecieses y yo practicase tu necropsia, encontraría en tu cuerpo tales y tales lesiones anatómicas.»

2.º La *abstracción mecánico-geométrica*. Algo más que cadaverización hipotética hay entonces en el proceder mental del clínico. Si éste no es rutinario, si su inteligencia es consecuente y ambiciosa, no se conformará sino interpretando mentalmente la lesión diagnóstica y el cuerpo del enfermo como un conjunto de formas geométricas mecánicamente relacionadas entre sí. Conducidos por el pensamiento antropológico de Descartes (Baglivi, Boerhaave) o por el de Condillac (Pinel, Bichat, Laennec), así han procedido los protagonistas de la mentalidad anatomoclínica.

3.º La *abertura hacia el infinito*. En cuanto hombre moderno, el patólogo anatomoclínico ha visto siempre sus diagnósticos como saberes provisionales abiertos hacia un conocimiento cada vez más acabado de la realidad corpórea del enfermo. Por preciso y certero que sea, el juicio diagnóstico no pasa de ser la etapa ocasional de un *progressus in infinitum*. En doble sentido: porque el progreso del conocimiento científico proseguirá siempre (*et il est évident que tout cela n'a point de fin*, decía Fontenelle de los adelantos del hombre), y porque ese conocimiento irá siempre alcanzando formas indefinidamente más sutiles [10].

En su entraña, el diagnóstico anatomoclínico es, pues, el saber de una mente que se considera capaz de penetrar asintóticamente en la estructura de la realidad corpórea. O bien, en términos del voluntarismo de la Baja Edad Media: la hazaña de una voluntad de saber que se siente a sí misma, en cuanto que pertenece a un espíritu creado a imagen y semejanza de Dios, constitutivamente superior a las *necessitates* del orden cósmico. Tal es el fundamento último de las infinitas esperanzas de Descartes (*Discurso del método*, VI) en la capacidad técnica del espíritu humano.

Algo análogo cabe decir de los diagnósticos procedentes de la mentalidad fisiopatológica, desde que ésta apunta en el paracelsismo y poco después, por obra de van Helmont y Silvio, se configura como iatro-

[10] A propósito de los hallazgos microscópicos de Leeuwenhoek, escribía Jonatan Swift: «Observan los naturalistas que una pulga tiene otras pulgas más chicas que la devoran, y que a éstas las pican otras, todavía menores. Y así sucesivamente, *ad infinitum*». *Mutatis mutandis*, esto mismo ha dicho de la alteración lesional la investigación anatomoclínica moderna.

química. Cristianos, expresamente cristianos fueron los iniciadores de esta mentalidad. ¿Qué es para ellos el diagnóstico? Como en el caso de la patología anatomoclínica, una construcción a la vez empírica y racional de la mente del médico; mas no basada sobre una idea geométrica y mecánica de la realidad sensible, sino sobre una interpretación de esa realidad como radical dinamismo, como expresión de una «fuerza» originaria, anterior a la «forma». Antes el juicio diagnóstico pasaba a través de un cadáver hipotético, entendido éste como quieta armazón de formas; ahora, en cambio, pasa a través de una *radix vitae* —de van Helmont es la expresión—, concebida como primaria y espontánea energía. Y así como la mente del patólogo anatomoclínico se hallaba regida por la cosmología y la antropología cartesianas o condillaquianas —nada más cartesiano que la *distinctio mentis a corpore* de Boerhaave—, la mente del patólogo iatroquímico se funda, *avant la lettre*, en la concepción leibniziana de la sustancia como actividad [11].

Lo cual quiere decir que uno y otro, pese a sus evidentes diferencias, coinciden en ser hombres modernos: ambos ven el juicio diagnóstico como un saber abierto al infinito —*Je ne vois qu'infini par toutes les fenêtres*, dirá, por todos los hombres modernos, el vidente Baudelaire— y ambos sienten de manera turbia o lúcida que su espíritu es cualitativamente superior a las leyes y necesidades del cosmos.

¿Debemos concluir, según esto, que el médico cristiano moderno llegó a superar la escisión medieval entre el «amor cristiano al arte» y el «amor cristiano a la persona del enfermo»? La relación entre estas dos formas de la amistad médica, ¿ha sido entre Paracelso y Laennec algo más que mera yuxtaposición? En modo alguno [12]. Un examen detenido de la actitud del médico cristiano moderno ante el problema de la individualización del diagnóstico mostrará que los dos momentos principales de esa *individuatio* —el correspondiente a la naturaleza del enfermo y el relativo a su persona— se superponen entre sí, pero no se articulan.

---

[11] Es bien conocida la influencia de van Helmont hijo sobre Leibniz.

[12] En Paracelso, la relación entre el *amor artis*, tan vehemente en él, y el *amor aegri* es compleja y confusa. A veces —cuando su visión del mundo se acerca a ser una suerte de misticismo naturalista—, parece haber entre esos dos «amores» confusión, unificación confundente. En otras ocasiones, la relación entre ambos es de simple yuxtaposición. Y hay momentos —cuando Paracelso subraya la influencia nosogénica de la voluntad— en que de manera precientífica y cuasi-mágica apunta una conexión sistemática entre uno y otro. El tema, sobremanera sugestivo, se halla —en cuanto yo sé— intacto.

Aquél consiste en la cuantificación individual de la «forma» y de sus cualidades sensoriales (longitud, volumen, color de la lesión anatómica) o de la «fuerza» y de las propiedades que la manifiestan (tono, irritabilidad, sabor ácido o alcalino). Este otro, en la percepción más o menos sensible y atenta de lo que en el orden psicológico y moral es para el enfermo su dolencia. Hasta los últimos lustros del siglo XIX, el médico no ha pasado de ahí, aunque en determinados casos —Paracelso, van Helmont, Tissot, Auenbrugger, Corvisart, Laennec, Feuchtersleben, etcétera— reconociera expresamente la influencia del psiquismo sobre el enfermar humano.

Pero nunca el diagnóstico ha sido un saber puramente cuasi-diádico. Bien mirado, y hasta cuando el médico profesa el más resuelto de los individualismos, el saber diagnóstico posee siempre un carácter social. Con creciente claridad va percibiéndolo el médico moderno. Paracelso y Ramazzini descubren la relación que a veces existe entre enfermedad y actividad profesional: tal es la significación de sus respectivos libros *Von der Bergsucht und anderen Bergkrankheiten* y *De morbis artificum*. Casal y Laennec advierten y subrayan la diferencia que desde un punto de vista nosogenético existe entre el campo y la ciudad: aquél nos sorprende denunciando el papel de la vida ovetense (¡ya en la primera mitad del siglo XVIII!) en la causación de las más diversas enfermedades[13]; este otro hace notar la influencia del medio urbano sobre la frecuencia de la tuberculosis pulmonar. Y en cuanto a la relación entre clase social y enfermedad, pocos documentos tan tempranos y lapidarios como estas líneas del gran Gaspar Casal: «Es evidente que por defecto de esta proporción —habla de la que según Hipócrates, *de diaeta*, I, 3, debe existir entre trabajo y alimentación— andan llenos de males los ricos y los pobres: aquéllos porque no trabajan según comen; y éstos, porque no beben, ni comen según trabajan»[14].

Al diagnóstico de una afección morbosa pertenece, en fin, si se le entiende de un modo amplio, la idea del médico sobre el sentido de la enfermedad en la vida humana *in genere* y en la personal existencia del sujeto que la padece. En cuanto cristiano, el médico cristiano moderno ha resuelto este problema ateniéndose a lo que su confesión religiosa

---

[13] Véase mi estudio *Gaspar Casal y la medicina de su tiempo* (Oviedo, 1959), páginas 22-23.

[14] *Historia natural y médica del Principado de Asturias*, por el Dr. Gaspar Casal (Oviedo, 1959), página 114.

y su mundo histórico le han dicho respecto de dos cuestiones básicas:

1.º Relación entre la enfermabilidad de la naturaleza humana y las consecuencias del pecado original. Después de la Edad Media, la interpretación dogmática y teológica se escinde. A un lado, el pesimismo del pensamiento teológico protestante, con su tesis de una corrupción esencial de la naturaleza del hombre. A otro, la visible tendencia de la teología católica (Domingo de Soto, Suárez, Belarmino) a reducir al mínimo la diferencia entre el Adán anterior al pecado original y el posterior a éste[15].

2.º Valor de la enfermedad como prueba y ocasión de mérito. En relación con este tema, constante en la ascética del cristianismo desde la predicación del Evangelio, un cristiano tan típicamente moderno como Pascal ha dejado a la posteridad el patente testimonio de su fe y de su tiempo que es la *Prière pour demander à Dieu le bon usage des maladies.*

III. Para un médico cabal, el diagnóstico no puede ser sino luz del *tratamiento* y camino hacia él. La voluntad de ayuda al enfermo se hace conocimiento para garantizar el acierto de esa ayuda. «Obras son amores», dice con gran verdad el pueblo español; y con gran error, añade: «y no buenas razones». A la expresión fehaciente del amor pertenecen tanto las obras como las buenas razones, las palabras; y en cuanto forma de amor, no es y no puede ser la amistad médica excepción a esta regla general.

¿Cómo la ha cumplido el médico cristiano, a lo largo del periodo moderno de la cultura occidental? ¿Cuáles han sido sus obras, cuáles sus palabras? ¿En qué forma ha demostrado terapéuticamente su idea de que el «arte», más que simple imitación de la Naturaleza, es creación innovadora y permanente ampliación del dominio de lo «factible»?

La respuesta plenaria a estas interrogaciones surgirá —ya veremos cómo— en el seno de la sociedad secularizada de los siglos XIX y XX. Pero ya en el orto del mundo moderno, con muy clara conciencia de inspirarse en la idea cristiana del hombre y del cosmos, uno de los primeros médicos de esa naciente edad, Paracelso, iniciará genialmente el camino de la terapéutica nueva. Despojada la doctrina terapéutica de Paracelso de todo lo que en ella es accidental y pintoresco, su indudable y significativa novedad puede tal vez reducirse a los siguientes puntos:

1.º La totalidad del mundo creado debe ser considerada por el

---

[15] Véase *Enfermedad y pecado*, página 73 y siguientes.

médico como una inmensa farmacia *(die ganze Welt, eine Apotheke)*, de la cual sería sumo farmacéutico el mismo Dios (Dios como *der oberste Apotheker*). Todo cuerpo de la naturaleza y toda propiedad natural poseen en principio alguna virtud terapéutica.

2.º Entre Dios, «sumo farmacéutico», y la farmacia del mundo hállase el hombre; más precisamente, el médico. El cual no es mero «servidor de la Naturaleza», como habían dicho los antiguos griegos, o de la *potentia Dei ordinata*, como pensarán los terapeutas medievales, sino verdadero «cooperador de Dios». En efecto: mediante su experiencia del cosmos *(Erfahrung, experientia)* y su arte (alquimia, *ars spagyrica*), es capaz de descubrir la virtualidad terapéutica de todos los cuerpos de la naturaleza —virtualidad meramente potencial hasta el momento de su hallazgo— y de aislar en ellos sus ocultos principios activos, sus *arcana*. Más que «servidor», el médico es en la mente de Paracelso «señor de la Naturaleza», descubridor y gobernador de las ilimitadas posibilidades terapéuticas del mundo natural. Bien podría decirse, desde este punto de vista, que los colonizadores españoles y portugueses del Nuevo Mundo hacían paracelsismo sin saberlo. Con el innovador de Einsiedeln, ellos son quienes dan amplitud planetaria a la farmacopea moderna.

3.º Así concebido, el tratamiento es, como el diagnóstico, una empresa abierta e ilimitada. El médico trata al enfermo con los remedios que el saber de su tiempo le ofrece, pero con la convicción íntima de que en aquel caso podría hacer mucho más, si su inteligencia conociese más amplia e íntimamente los secretos de la Naturaleza. Lo que hoy no puede hacer la técnica terapéutica, mañana será capaz de hacerlo. El límite de las posibilidades del tratamiento no es un «nunca», como en la antigua Grecia y en la Edad Media, sino un «todavía no».

Habrá de llegar el siglo XIX para que la terapéutica entre en una etapa nueva, después de este decisivo paso inicial de Paracelso. Desconociendo a Paracelso e incluso oponiéndose a él, todo lo que en un orden terapéutico han hecho los médicos de los siglos XVII y XVIII no ha sido otra cosa que cumplir y desarrollar su programa.

Menos brillante ha sido, hasta nuestro siglo, la realización operativa de la amistad médica bajo forma de «buenas razones», de palabras. La clarísima lección platónica del *Cármides* y las *Leyes* continúa desconocida. Paracelso pondera la eficacia sanadora de la fe y la voluntad del enfermo y del médico, pero se halla a cien leguas de elaborar una verdadera psicoterapia. El terapeuta cristiano moderno se limita a usar su palabra como

agente de roboración anímica y consuelo. Lo cual, ciertamente, no es poco, pero no todo lo que la palabra del médico puede y debe ser. En pleno siglo XIX, dos médicos franceses, Bérard y Gubler, acuñarán una sentencia feliz y pronto famosa: *Guérir parfois, soulager souvent, consoler touiours.* No sé yo si uno y otro confesaron personalmente el cristianismo o sólo el amor sentimental al prójimo que de aquél ha heredado la sociedad secularizada; pero es indudable que con su fórmula supieron expresar muy certeramente lo que desde el siglo XV hasta el siglo XX ha querido hacer ante el enfermo el médico cristiano.

Queda por considerar el aspecto social del tratamiento médico, cuando éste ha sido orientado por el cristianismo moderno. Con otras palabras, lo que en tal caso ha sido el tratamiento por el hecho de pertenecer el enfermo y el médico a una sociedad y a determinada zona de ella.

La pertenencia del terapeuta a la agrupación profesional de que fuese miembro y, sobre todo, la ordenación del ejercicio de la medicina en uno de los dos niveles que hasta el siglo XVIII existieron en él —médicos propiamente dichos y cirujanos—, hacen ahora patente su ineludible condición social. El conocido episodio del entremés cervantino *El iuez de los divorcios* lo demuestra con bien donosa evidencia. La diferencia entre el médico y el cirujano no es sólo técnica e idiomática— «*car n'a plu à Dieu tant faire de grâce à ma jeunesse qu'elle ait été en l'une ou l'autre langue instituée*», escribe Ambrosio Paré, aludiendo a su desconocimiento del griego y el latín—, es también social. Salvo cuando ingresaba en un hospital, el enfermo pobre, acaso para su bien, no solía recibir asistencia del médico, sino del cirujano. Así, como he dicho, hasta bien entrado el siglo XVIII.

Mayor momento tenía, en orden al tratamiento, la situación social del paciente. La estratificación de la asistencia médica en niveles económico-sociales perdura en el mundo moderno. El enfermo pobre recibe asistencia en el hospital; y éste, pese al título de «cristianas» que a sí mismas se dan las sociedades europeas hasta su secularización, pocas veces reúne condiciones que hoy pudiéramos considerar «humanas». En el Hôtel-Dieu de París —baste este único ejemplo— las camas se hallaban ocupadas por dos, cuatro y hasta seis enfermos; abundaban la inmundicia y los parásitos, y era tan escasa la ventilación y tan intensa la pestilencia, que los practicantes habían de entrar en las salas colocándose ante el rostro una esponja empapada en vinagre. Los enfermos menos pobres y los ricos eran de ordinario atendidos en su domicilio

por el médico que su fortuna o su personal relación les permitía escoger. Los magnates, en fin, tenían a su servicio un *medicus a cubiculo*, como en la Edad Media. Pronto veremos que la secularización de la sociedad no remediará de manera inmediata este deplorable estatuto social de la asistencia médica.

IV. La relación entre el médico y el enfermo lleva en su estructura, como sabemos, un *momento ético-religioso*, del cual son manifestación primera los deberes que esa relación impone o propone a sus dos copartícipes.

Limitemos nuestra consideración a los del médico, y comencemos recordando que a lo largo de la Edad Media va acentuándose la división de esos deberes en religiosos y civiles. Tal división perdura y se intensifica en el mundo moderno; pero la posición del médico cristiano frente a ellos será muy distinta, así en el orden público como en el privado, en las dos grandes situaciones de la modernidad occidental, la nominalmente cristiana (aquella en que el Estado y la sociedad se dan a sí mismos nombre de «cristianos») y la secularizada.

En la primera de ellas, el Estado asume sobre sí el establecimiento y la imposición de una parte de los deberes religiosos del médico, amén de prescribirle sus deberes civiles. Tal será la regla en toda Europa hasta que el Estado moderno se haga confesionalmente neutro. Cualquiera que fuese su personal manera de entender la conexión entre esos dos campos del deber moral, sobre el médico cristiano venían a pesar tres órdenes de obligaciones: las que religiosamente le impusiera su propia conciencia, las de carácter religioso a que le sometiera la autoridad secular y las de índole estrictamente civil.

Muy otra va a ser la situación ética y legal del médico, sea o no cristiano, cuando la sociedad se secularice y el Estado deje de ser confesional; esto es, a partir del siglo XVIII. En el orden legal, los deberes religiosos y los civiles se escinden tajantemente: aquellos quedan relegados a la conciencia moral del médico, y no ejercen sobre él otra coacción que la procedente de su acatamiento personal a la norma religiosa; estos otros son prescritos e imperados por la autoridad secular. Así regulada su conducta moral, ¿cómo el médico cristiano cumplió, respecto del enfermo, los deberes a que su propia conciencia le obligaba? Más generalmente: ¿cómo en el mundo moderno se relacionan entre sí la medicina y la religión?

La respuesta a estas interrogaciones exige de nuevo dividir en dos

períodos la historia del mundo moderno: el anterior a la secularización de la cultura y la sociedad y el posterior a ella. En el primero, el médico cristiano admite sin reservas que entre la religión y la medicina hay una relación a la vez teórica y práctica. Dios ha hablado al hombre de dos modos distintos: a través de la Sagrada Escritura, con su palabra; a través de la naturaleza, con su obra creadora. Dos fuentes habrá de tener, por lo tanto, el recto conocimiento del mundo: la observación de la realidad natural y la exégesis de los textos sagrados. Tanto entre católicos como entre protestantes, esa va a ser la regla. La *Sacra philosophia*, de nuestro Francisco Valles, y la *Dissertatio theologico-medica de officio boni theologi ex officio boni medici*, del alemán Friedrich Hoffmann, son, pese a la diferencia de siglo y confesión religiosa de sus autores, testimonios de una misma actitud espiritual. Protestante o católico, el médico moderno —Valles o Hoffmann, Mercado o Sydenham— piensa y escribe su medicina mostrando de manera expresa su condición de cristiano.

Tomemos ahora el *Traité de l'auscultation médiate*, de Laennec. Su autor es fervoroso católico: *medicus pius* le ha llamado Pío VII. Sin embargo, el nombre de Dios no aparece en ninguna de sus páginas, y en el prólogo a la tercera edición del libro, un sobrino de Laennec se ve obligado a defender a éste —*tempora non mutant*— de cierta imputación de «materialismo». En tanto que ciencia, la medicina no parece tener relación alguna con la religión. ¿Qué ha sucedido en el siglo que separa entre sí al piadoso Hoffmann y al piadoso Laennec? Simplemente, que la cultura —y no siempre para mal de la religión— se ha secularizado. Como casi todos los médicos cristianos del siglo XIX, Laennec hace su medicina instalado en una ciencia de la naturaleza que en el nivel en que él se mueve es religiosamente neutra. A un lado, los tubérculos, las cirrosis, las neoplasias y los ruidos bronquiales y cardíacos; en una palabra, la «ciencia» del médico. A otro lado, la vida piadosa, el culto público y privado a la Divinidad; es decir, la «fe» religiosa del hombre. La teología y la cosmología de Laennec se limitan a no ser incompatibles entre sí.

Pero, cristiano o no, el médico no puede limitarse a ser puro hombre de ciencia. Además de *conocer enfermedades*, está obligado a *tratar enfermos*, y esto precisamente es lo que le califica como «médico». Y si es hombre creyente, como lo era Laennec, ¿qué deberá hacer ante un moribundo? ¿Cuál habrá de ser su conducta ante un feto abortivo en trance de muerte? ¿Qué responderá al enfermo incurable que pretenda morir rápida y dulcemente? ¿Cómo regulará la cuantía de sus honorarios? Si *en tanto que*

ciencia la medicina no parece tener relación alguna con la religión, la tiene, ineludiblemente, *en tanto que práctica*. Pues bien: por una íntima exigencia de la situación en que la cultura secularizada ha puesto al médico creyente, nace en el siglo XVIII y perdura en el XIX la orientación estrictamente práctica y moral de la deontología médica. Entre una ciencia natural ajena a la Divinidad y una piedad religiosa puramente privada, tiéndese el puente de una deontología médica cristiana entendida como puro sistema de reglas prácticas [16].

En dos sentidos va a ser transitado ese puente: desde la teología dogmática y moral hacia la medicina práctica, y desde el saber médico hacia la cura de almas. En el primer caso el teólogo expone al médico cristiano sus deberes ante sanos y enfermos (deontología médica *stricto sensu*); en el segundo, el médico dice al sacerdote lo que éste debe saber para el ejercicio de su ministerio (medicina pastoral). No es un azar histórico que desde la *Embryologia sacra*, de Cangiamila (1758), menudeen en Europa las publicaciones deontológicas y médico-pastorales: la *Praktische Pastoral-Arzney-Kunde für Seelsorger*, de Leuthner (1781), *Der medizinische Landpfarrer*, de Krause (1799), el *Saggio d'un metodo per formare di buoni medici*, de Vordoni (1808), *La religione e la medicina*, de Angelo Antonio Scotti (1824), y tantas otras más, hasta los conocidos libros actuales de Stöhr, Capellmann, Antonelli, Ruland, Muñoyerro y Peiró.

Quede ahora intacta la cuestión de si esa respuesta al problema de las relaciones entre la religión y la medicina es la óptima. Acaso no lo sea; acaso la ciencia médica y el arte de curar de nuestro tiempo exijan desde dentro de sí mismos un planteamiento diferente [17]. Sea de ello lo que quiera —algo habrá que decir sobre el tema en la Segunda Parte—, ahora debía limitarme a consignar que así ha sido resuelto ese problema a partir del siglo XVIII. Tres han sido, en definitiva, los principios rectores de la conducta moral del médico cristiano moderno en su relación con el enfermo: el pluralismo religioso de la sociedad, esa visión puramente «práctica» de la deontología médica y la exigencia íntima de su propia conciencia. De acuerdo con ellos ha cobrado figura en su vida profesional, hasta hoy mismo, el momento ético-religioso de la relación médica.

---

[16] Véase el capítulo «Pastoralmedizin» en el libro de W. Leibbrand *Der göttliche Stab des Aeskulap* (Salzburg, 1939).

[17] La escisión moderna entre medicina y religión no ha sido la única respuesta al problema. Junto a ella está el conato de «panteología» que surgió en el seno de la *Naturphilosophie* alemana. Véase el capítulo sobre Laennec en mi libro *Grandes médicos* (Barcelona, Salvat, 1961).

CAPITULO III

LA RELACION MEDICA EN LA SOCIEDAD MODERNA SECULARIZADA

Repetidamente he mencionado en las páginas que preceden el más importante suceso religioso de la historia moderna: la progresiva secularización de la sociedad y la cultura occidentales. En la sociedad de Occidente no ha dejado de haber cristianos, y la realidad histórica del cristianismo se ha ido haciendo más y más notoria en los últimos decenios. Pero el mundo en que esto sucede ya no se llama a sí mismo «cristiano», se ha secularizado. Cabe incluso decir, con Zubiri, que desde el punto de vista de la *dóxa* secular son los cristianos quienes en nuestro mundo han venido a ser los «heterodoxos».

Algunas precisiones iniciales. Llamo aquí secularización, como es tópico entre historiadores y teólogos, a la aventura histórica del hombre occidental moderno, cuando para orientar y hacer su vida ha querido atenerse exclusivamente a las posibilidades y los recursos de su propia naturaleza; a sus propios impulsos, a su propia razón, a su propia imaginación, a su propia voluntad. Con otras palabras: cuando ha querido eliminar de su existencia histórica todo lo que sea o pretenda ser «sobrenatural» o «revelado». Hasta en la religión, que en los primeros decenios de tal aventura cobró programáticamente forma de «religión natural».

El proceso de secularización se inicia a fines del siglo XVII —*Dictionnaire* de Bayle, libertinos y librepensadores ingleses— y progresa rápidamente en los siglos XVIII y XIX. Es bien conocida la historia de sus formas sucesivas. Librepensador en su origen, el hombre secularizado hácese deista o materialista en el siglo XVIII y positivista, agnóstico, anarquista o marxista en los dos siglos subsiguientes. El suceso comienza afectando a los círculos intelectuales de la alta burguesía y la aristocracia. Sólo bien

avanzado el siglo XIX llegarán a secularizarse las clases populares. Conviene por otra parte indicar que, considerado desde un punto de vista formal, ese proceso ha venido a ser la versión profana y meramente histórica de algunos dogmas del cristianismo [1].

He aquí la sociedad burguesa de la segunda mitad del siglo XIX. En ella conviven cristianos católicos, cristianos protestantes y hombres secularizados. Cualquiera que sea el número de aquellos, son estos últimos, sin embargo, quienes dan a la vida colectiva su estilo dominante. Hemos visto en el capítulo anterior cómo en ese mundo entiende y practica su relación con el enfermo el médico cristiano. ¿Cuál será, en orden a esta relación, la actitud y el proceder del médico sólo atenido a su condición de *fils du siècle*?

I. ESTRUCTURA DE LA RELACION MEDICA

Estudiaremos en primer término el fundamento de la relación médica, y luego su expresión diagnóstica, terapéutica y ética a través de las distintas formas sociales de la asistencia al enfermo.

I. Dentro de la sociedad secularizada, el médico cristiano —o el que así quiere llamarse a sí mismo— puede profesionalmente conducirse sin otro norte que un puro afán de lucro. Pero si se le interroga acerca del fundamento de su actividad, se sentirá con frecuencia obligado a afirmar hipócritamente —la hipocresía, se ha dicho muchas veces, es el homenaje del vicio a la virtud— que esa actividad suya no es sino la versión médica y profesional de la ayuda al prójimo. El, desde luego, cobra por ejercerla; pero lo hace porque «hay que vivir» y por «el prestigio de la profesión». Tácticamente fingido e idealizado, el fundamento de su quehacer sería la versión cristiana de la *philanthrôpiá* antigua que en el capítulo anterior quedó diseñada. ¿Qué dirá, sometido a esa interrogación, un médico resuelta y consecuentemente secularizado? ¿Seguirá afirmando, como desde los hipocráticos es tradicional, que la «filantropía» constituye, allende las inexorables determinaciones profesionales del ejercicio de la medicina, el fundamento de su actividad?

Para responder con alguna pulcritud a estas interrogaciones es pre-

[1] Véase *El rapto de Europa*, de L. Diez del Corral, y el capítulo sobre «La esperanza de los secularizados» de mi libro *La espera y la esperanza*.

ciso distinguir, como hasta ahora, las formas éticamente más nobles de ejercer la medicina y las formas menos nobles de la práctica médica.

1. Estamos en la segunda mitad del siglo XIX o en los primeros lustros del siglo XX. La medicina se ha secularizado, y así lo acreditan, con sus creencias y su conducta, la mayor parte de los médicos de Occidente. Unos, afirmando con toda claridad no sentirse cristianos; otros, siéndolo en su fuero íntimo y en las situaciones-límite de su existencia, pero actuando médicamente al margen de sus creencias y según los «hábitos del siglo». ¿Cómo desconocer que entre unos y otros hay no pocos que ejercen su profesión movidos por una vocación auténtica y orientados por una ética delicada y rigurosa? Entre el Dr. Golfín de Galdós y el Dr. Rieux de Camus, pónganse cientos y cientos de médicos reales semejantes a ellos. A través de las implicaciones profesionales de la práctica de la medicina, más allá de ellas, estos hombres demuestran con su conducta que la «filantropía» —una versión secularizada del amor cristiano al prójimo, no un retorno a la *philanthrôpía* del paganismo antiguo— es el fundamento vivo y último de su actividad técnica y asistencial.

Pero en esta filantropía moderna y secularizada es preciso distinguir con cuidado dos modos muy distintos entre sí. Es uno el de los médicos que con advertencia intelectual más o menos lúcida mantienen firme en su visión de la vida humana, o al menos en la determinación de su conducta, la concepción del hombre como *persona*. Más precisamente, una versión secularizada de la idea de persona, una antropología en que el hombre no es pura naturaleza cósmica, sino realidad natural dotada de intimidad y libertad y capaz de apropiación personal; en definitiva, un compuesto de naturaleza cósmica y «espíritu», aun cuando este último no se sienta y no se vea a sí mismo menesteroso de acabamiento sobrenatural y orientado hacia él. La idea kantiana del hombre —distinción entre un *homo phaenomenon* y un *homo noumenon* en la realidad del individuo humano, concepción moral del «noúmeno» del hombre, atribución de fines autónomos, libremente decididos y aceptados, a este centro personal o «nouménico» de nuestra vida moral— puede servir como paradigma de esa idea secularizada de la persona [2].

---

[2] Aun cuando el propio Kant —incluso dentro de los límites «de la mera razón», *der blossen Vernunft*— pensase que la realidad del hombre necesita para su acabamiento de algo ajeno y superior a ella. Véase *La espera y la esperanza*.

Así concebido el hombre, la filantropía sigue siendo auténtica *amistad*, amorosa procura del bien del amigo por el amigo mismo. En la visión secularizada de la relación amistosa se acentúa muy claramente el «respeto» a la intimidad del amigo. *Res sacra homo*, habían dicho los antiguos. «Sacramento del hermano», ha llamado el teólogo Hans Urs von Balthasar a la realidad del amor cristiano al prójimo, y por tanto al fundamento de la amistad cristiana. Pues bien: el «respeto» de la amistad secularizada —la *Achtung* de la exquisita teoría kantiana de la amistad— no es sino la secularización de la actitud cristiana ante la «sacralidad» del prójimo. La amistad secularizada viene a ser, según esto, un hábito de la vida humana en que se integran la amabilidad, la procura del bien del amigo, la confidencia y el respeto.

Pronto veremos cómo esta amistad secularizada se expresa bajo forma de amistad médica. Pero antes hemos de examinar lo que sucede en la relación humana cuando ésta, sin dejar de ser benevolente, ha renunciado por completo a la noción de persona. A lo largo del siglo XIX se va constituyendo una antropología pura y exclusivamente naturalista. El hombre, según ella, es todo y sólo *naturaleza cósmica*. No se trata de un retorno a la *physiología* helénica; los supuestos y las formas del naturalismo han cambiado desde entonces de manera radical. Los paladines de la versión científico-natural del nuevo naturalismo (Haeckel, Huxley, Lombroso, Vogt, Moleschott, Büchner, Ostwald...) y los sumos definidores de su versión dialéctico-materialista (Marx, Engels, Lenin) distan mucho de ser una reencarnación de los viejos «fisiólogos» griegos. Entre otras cosas, porque estos desconocieron la noción de persona y aquéllos —conociéndola mal, a veces— la rechazan abiertamente. La intimidad personal y el espíritu serían simples nombres, meras ficciones de la razón, *flatus vocis*; o, como algunos dicen, «epifenómenos». Pues bien: cuando así sea concebido el hombre, ¿qué será el amor al hombre, la filantropía?

Muchos médicos modernos —basta, para convencerse de ello, mirar con atención el mundo en torno— han sido y son «naturalistas» teóricos y «personalistas» prácticos; en ellos, la filantropía se realiza como verdadera amistad, el bien del enfermo es querido y procurado por el enfermo mismo. La benevolencia se halla ordenada al otro en cuanto tal otro, y no por su papel o su función en el mundo. Pero cuando la profesión del «naturalismo» ha sido consecuente, entonces la amistad ha dejado de existir como tal y se ha convertido en *camaradería*, en asocia-

ción para la conquista de un bien objetivo de carácter público o privado. La fórmula del Diomedes homérico cuando decide buscar compañero para su empresa —«Dos marchando juntos»— es tal vez la más acabada definición de la camaradería. En la cual, fácil es advertirlo, no se procura el bien del camarada por el camarada mismo, sino tan sólo en cuanto éste es copartícipe en la conquista del bien objetivo hacia el que cooperativa y solidariamente se camina. Más radical y crudamente: en cuanto el camarada, como uno mismo, es instrumento al servicio de esa empresa [3].

Dentro de una visión consecuentemente secularizada de la vida humana, la filantropía puede ser verdadera amistad o simple camaradería. Las formas éticamente más nobles de ejercer la medicina tendrán como fundamento, según esto, la amistad médica, en aquel caso, y la camaradería médica, en este otro. No tardaremos en ver lo que una y otra son.

2. Antes, sin embargo, es preciso consignar que en la sociedad secularizada —como en la sociedad cristiana medieval y moderna— hay modos menos nobles de ejercer la medicina. En ellos no es fundamento de la actividad médica la filantropía [4], sino el interés personal del galeno. Más concisamente: la amistad médica queda sustituída, en cuanto fundamento vivo de la relación con el enfermo, por el *interés del médico*.

Pero también el interés puede ser noble o vil. Noble, en efecto, aunque no sea acabadamente médico, es el puro «interés científico». Imaginemos un clínico que no atiende a sus enfermos con la intención primaria de ayudarles técnicamente a sanar, sino tan sólo por resolver un problema científico que le preocupa. No ha habido pocos así en los últimos siglos. A ese clínico no le mueve en su ejercicio una genuina amistad médica con sus pacientes, sino el afán intelectual de conocer algo hasta entonces desconocido. Pero aunque su interés personal no sea real y verdaderamente médico, ¿quién dejará de atribuirle nobleza? No podrá hacerse lo mismo cuando el móvil del terapeuta sea primaria y decisivamente un afán de lucro o de prestigio. Desde la Atenas de Aristófanes hasta hoy, miles y miles han tenido en esos móviles su principal incentivo.

Supongamos ahora que a uno de estos prácticos sólo movidos *pro*

[3] Pero la realidad es más fuerte que los programas; y así, hasta en las sociedades más sistemáticamente construidas sobre la pura camaradería —por ejemplo, la marxista— no deja de haber amistad y amigos muy verdaderos.

[4] En el capítulo VII de la Segunda Parte estudiaré cómo pueden ser compatibles entre sí esta concepción fundamental de la filantropía —por tanto, de la amistad médica— y un legítimo afán de lucro.

detestanda pecunia, como ingenuamente decían los Concilios medievales, se le interroga acerca del fundamento de su actividad. ¿Cuál será su respuesta? Es posible que una cínica declaración de la verdad: el vendedor de técnicas que se jacta de su industria no es infrecuente en la sociedad contemporánea. Pero acaso fuese más frecuente la ficción de una última intención filantrópica. Con lo cual vendría a producirse algo así como una secularización —no sólo las virtudes, también los vicios se secularizan— del proceder de quienes visten de cristiano amor al prójimo su nada secreto afán de lucro.

3. No entremos, sin embargo, en este inframundo económico de la medicina, atengámonos exclusivamente a las formas nobles de su ejercicio profesional: aquéllas en que la relación con el enfermo ha tenido como real fundamento genérico la filantropía, fuese ésta auténtica amistad o leal y esforzada camaradería. ¿Cómo en estos casos se ha hecho fundamento específico de la relación con el enfermo ese genérico fundamento suyo? ¿Cómo la amistad ha llegado a ser «amistad médica», cómo se ha hecho «terapéutica» la camaradería? Los griegos nos dieron la clave: el médico es amigo de su arte a través de su filantropía, y amigo del enfermo a que ha de atender —o camarada suyo— a través de su amor al hombre y de su amor a la medicina, de su *philanthrôpía* y su *philotekhnía*. Se trata, pues, de saber cómo el médico moderno secularizado es amigo de la medicina, «tecnófilo».

Cuanto llevo dicho permite adelantar la respuesta: la tecnofilia, el amor de ese médico a la medicina, será una secularización y una especificación del amor a aquella idea del arte *in genere*, que tenue, pero radicalmente vimos iniciarse en la Baja Edad Media. El médico ve su saber como una constante creación de hazañas que le permiten penetrar asintóticamente en la estructura de la naturaleza —en este caso, la naturaleza del hombre sano y del hombre enfermo— y gobernarla técnicamente «desde arriba». Poco importa a este respecto que el médico se entienda a sí mismo como «persona» o como pura y simple «naturaleza». Dejando aparte el problema antropológico de si una concepción puramente naturalista del hombre y el señorío de éste sobre la naturaleza son nociones compatibles entre sí, lo cierto es que aquélla ha sido la constante actitud mental —tácita o expresa, turbia o lúcida— del médico moderno secularizado. El «espíritu faústico» del hombre moderno ha penetrado así en la voluntad y en la mente del patólogo y el terapeuta.

No obstante su deliberada y radical ruptura con el cristianismo, el

hombre secularizado, deista o ateo, ha heredado la idea del saber científico y de la técnica que en la Baja Edad Media y en el orto del mundo moderno habían concebido los pensadores cristianos, y la ha llevado hasta sus últimas consecuencias. El cristiano se sintió «señor de la naturaleza» en cuanto su *potentia* —su capacidad de crear posibilidades, diría Zubiri— es imagen y semejanza de la *potentia absoluta* de Dios; si se quiere, en cuanto la finitud de su poder es imagen y semejanza de una omnipotencia absoluta, de una real y verdadera infinitud. El hombre secularizado, en cambio, se ha sentido «señor de la naturaleza» por haberse sentido a sí mismo, en alguna forma, verdadero Dios: Dios deviniente, *Gott im Werden*, según la fórmula de Hegel; naturaleza autoposeedora, según la esperanza del ateísmo marxista. Tal ha sido la versión europea y moderna de la vieja *hybris* helénica.

Los tres momentos integrantes del acto médico —la enfermedad, el remedio, el médico mismo— han mostrado la huella de esa titánica radicalización. Mostraré sinópticamente los resultados principales de la empresa.

En orden a la *enfermedad*, la medicina de los siglos XIX y XX lleva en su seno, cada vez con mayor explicitud y más deliberada firmeza, las siguientes convicciones: 1.ª No hay enfermedades mortales o incurables «por necesidad». Nada en la enfermedad posee en principio para el hombre una *necessitas absoluta*, toda necesidad es en ella *necessitas ex suppositione*. Si la actual técnica terapéutica no permite curar tal o cual dolencia, la técnica terapéutica futura lo conseguirá. 2.ª No hay enfermedades de aparición «necesaria», todas en principio son evitables. Textos como el de Coluccio Salutati que antes transcribí serían hoy inconcebibles. 3.ª El progreso de la técnica permite una penetración asintótica en la realidad de la alteración morbosa. No puede extrañar que sobre estas convicciones haya prosperado, de manera más o menos visible, la utopía de una humanidad totalmente exenta de enfermedades. En cuanto «señor de la naturaleza» el médico se ha sentido capaz de dominar, no sólo su enfermedad, también su enfermabilidad.

En lo tocante al *remedio*, el terapeuta moderno ha proseguido innovadoramente el camino iniciado por Paracelso, a través de las siguientes etapas: 1.ª Síntesis artificial de los principios activos contenidos en los remedios naturales: la química como *imitatrice et rivale de la Nature*, según la fórmula profética de Diderot. 2.ª Producción artificial y sintética de sustancias terapéuticas no existentes en la naturaleza (arseno-

benzoles, sulfonamidas, etc.): la química como instrumento del «espíritu creador» del hombre; no como «rival» sino —más allá de las esperanzas de Diderot— como «superadora» de la naturaleza. 3.ª Modificación artificial —en cierto modo, creadora— de la naturaleza del paciente. Más de una vez he transcrito, como exponente de la actitud mental del actual hombre de ciencia, este significativo párrafo de Jean Rostand: «Prolongación de la existencia, elección del sexo del hijo, fecundación póstuma, generación sin padre, embarazo en matraz, modificación de los caracteres orgánicos antes o después del nacimiento, regulación química del humor y del carácter, genio y virtud por encargo...: todo esto aparece desde ahora como hazaña debida o como hazaña posible de la ciencia de mañana» [5]. El evidente aire irónico de estas líneas no debe hacernos desconocer la gravedad del *pathos* intelectual e histórico que desde más allá de la ironía las anima.

Todo lo cual nos dice muy claramente que el *médico* ha dejado de verse a sí mismo como el simple «servidor de la naturaleza a través del arte» que en sí mismos vieron los asclepíadas hipocráticos. Como «señor de la naturaleza» ha venido a sentirse, no mero «siervo», sino verdadero «cooperador de la potencia de Dios», cuando no usurpador de ella. Veremos en la Segunda Parte cómo el terapeuta actual se ha convertido en tutor, educador y escultor de la naturaleza; cómo por su condición de «superstante» (Zubiri) ha llegado a ser, en definitiva, «creador de vida nueva».

Y si esto es el «arte», si así es la *tékhnê* del médico actual, ¿cómo habrá de ser su «amor al arte», su *philotekhnía*? ¿Cuál será hoy, junto a una genérica «filantropía», el nervio más íntimo de la vocación médica? A mi juicio, el amor a un saber y a una técnica capaces de gobernar y modelar creadoramente la naturaleza, y constitutivamente abiertos —por tanto: siempre abiertos— al «todavía más» del futuro, tanto en orden al diagnóstico como al tratamiento. Cuando estudiemos de frente la estructura de la relación médica, descubriremos cómo esta idea del arte de curar codetermina hoy el contenido y la figura de la vinculación afectiva entre el terapeuta y el enfermo.

II. Tal viene siendo, en las formas más nobles del ejercicio de la medicina, el fundamento específico de la relación entre el médico y el

---

[5] «Inquiétudes d'un biologiste», en *Les Nouvelles littéraires*, 20-XI-1958.

paciente. Entendida como genuina amistad o como simple camaradería, una nueva versión de la filantropía del médico respecto del enfermo se hace en ellas conocimiento científico (diagnóstico) y operación técnica de ayuda (tratamiento). Vamos a estudiar cómo. Mas para ello será útil deslindar previamente los *tres modos cardinales de la asistencia médica* en la sociedad burguesa secularizada: la asistencia hopitalaria, la práctica del «médico de cabecera» y la consulta privada. Como desde la Grecia clásica viene ocurriendo, la ayuda médica al enfermo se ordena socialmente en tres niveles distintos: los pobres que llaman «de solemnidad» —lindo consuelo para un pobre, serlo «solemnemente»—, en el hospital; las clases medias, en su domicilio o en el de su «médico de cabecera»; las clases altas (alta burguesía, aristocracia), en su propio domicilio o en el consultorio del «especialista» o del magnate de la medicina [6]. Cuando el médico llega a ser uno de estos (Charcot o Dieulafoy en Francia, Naunyn o Friedrich von Müller en Alemania, Billroth o Nothnagel en Austria, Clifford Allbutt u Osler en Inglaterra, Rubio o Madinaveitia en España), debe partir su actividad clínica —y su día, por tanto— en dos mitades: la mitad matinal y hospitalaria, en que asiste a los pobres, y la vesperal y privada, en que atiende a los menos pobres y a los ricos. A través de estos tres modos cardinales de practicar la medicina, ¿qué ha sido la relación con el enfermo, cómo han adquirido contenido y figura el diagnóstico y el tratamiento?

1. Examinemos ante todo la *asistencia hospitalaria*. La proximidad cronológica y la abundancia de documentos de todo género hacen empresa fácil la de imaginar lo que durante el siglo XIX fue la ayuda técnica al enfermo en cualquier hospital prestigioso: el *Hôtel-Dieu* o la *Salpêtrière*, en París; la *Charité*, en Berlín; el *Guy's Hospital*, en Londres; el *Allgemeines Krankenhaus*, en Viena; San Carlos o el Hospital General, en Madrid. ¿Cómo en ellos se constituía y configuraba la relación entre el médico y el enfermo?

Este iba de ordinario al hospital con un ánimo en que se mezclaban una convicción más o menos tácita y una actitud. Hallábase convencido de que iba a recibir una asistencia médica «para pobres», integrada por estos tres ingredientes: un diagnóstico excelente, puesto que los médicos del hospital eran, en principio, los mejores del país; un tratamiento que

[6] La perduración de algunos médicos *a cubículo* en la sociedad contemporánea —los «médicos de la Real Casa», por ejemplo— no altera sustancialmente la validez del esquema anterior.

por necesidad había de limitarse a las escasas o precarias posibilidades económicas (instalaciones, medicamentos, personal auxiliar, etc.) de los «presupuestos de beneficencia»; una cuidadosa necropsia, si el éxito de su enfermedad era letal. «Los enfermos vieneses —decían con irónica resignación los pobres de Viena, allá por 1860— tenemos la gran suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky». A esta convicción se unía una actitud por lo general resignada y aceptadora. No era otro el sentir popular de que en España fue expresión, allá por 1890, la famosa habanera de *La Gran Vía*: «su paradero es el hospital», se cantaba en ella, describiendo la suerte de «las pobres chicas» que tienen que servir. El enfermo confiaba más en el médico que en el hospital, y se entregaba a él según dos actitudes principales, reducibles a otras tantas fórmulas expresivas: «Aquí tiene Vd. mi cuerpo, haga de él lo que quiera», y —si el hospital en cuestión cumplía funciones docentes— «Vean Vds. qué enfermedad tan interesante es la mía». Sólo en los últimos lustros del siglo XIX y en los primeros del XX se iniciará de modo visible la inconformidad, la rebeldía del pobre —y en no pocos casos, es de justicia consignarlo, del médico que le asiste— contra esta inadmisible concepción clasista de la asistencia médica. Veremos luego las consecuencias de esta rebelión.

Esta era casi siempre la disposición del enfermo. ¿Cuál fue la del médico? ¿Cómo el clínico de hospital se acercaba al paciente, cómo convertía su filantropía o su interés en saber diagnóstico y ayuda terapéutica? La respuesta exige discernir en el médico hospitalario del siglo XIX dos figuras típicas cardinales, que por razones pronto obvias denominaré *tipo Skoda* y *tipo San Martín*.

El *tipo Skoda* tiene como centro de referencia y definición el proceder terapéutico del egregio clínico vienés, tal como lo patentiza una conocida anécdota. Su escenario es el *Allgemeines Krankenhaus*, de Viena. Al término de uno de sus espectaculares diagnósticos, Skoda no hace prescripción alguna. Y a la pregunta del asistente de turno, responde: *Ach, das ist ia alles eins!* («Bah, todo viene a ser lo mismo»). Algo análogo hacía por las mismas fechas el gran Addison, que en su visita hospitalaria —era médico del *Guy's Hospital*, de Londres— olvidaba con frecuencia hablar del tratamiento.

El «nihilismo terapéutico» de Skoda puede ser defendido con buenas razones: la terapéutica habitual en 1840 debía mover al escepticismo a cualquier espíritu medianamente crítico. Por otra parte, no todo en la

conducta clínica de Skoda fue puro «nihilismo».[7] Dos cosas son, con todo, indudables: que la atención de este eminente clínico se halló muy preferentemente dirigida a los problemas del diagnóstico físico, y que faltaba en él ese «entusiasmo terapéutico» que hizo posibles la obra innovadora de Paracelso, la revolución quirúrgica de Ambrosio Paré, la introducción de la digital en la farmacopea, por Withering, y la iniciación de la anestesia quirúrgica por Morton y Jackson; entusiasmo que procede tanto de una intensa afición deportiva a manejar y dominar la naturaleza, como de una firme voluntad de ayudar al enfermo «como sea», esto es, de la filantropía médica. Para Skoda, como para otros tantos médicos de su contextura mental, el enfermo hospitalario era en principio —y a veces, en definitiva— la *suma de un obieto científicamente cognoscible y una persona desconocida.* Es seguro que él hubiese querido disponer de remedios objetivamente eficaces, y que el saber científico de su época no se los ofrecía; pero no se esforzó por salir como terapeuta de esa precaria situación, y no supo advertir, como clínico, que la voluntad terapéutica y consoladora del médico, si no logra curar un cáncer o una cirrosis, sí es capaz, al menos, de aumentar la eficacia sanadora de los remedios que por sí mismos la tienen escasa.

Más que «médico» en sentido estricto, más que hombre vocado al cuidado técnico del enfermo («cuidar a otro» es el significado del verbo griego *medeô*, raíz del sustantivo latino *medicus*), el clínico a la manera de Skoda es «naturalista», hombre a quien atrae o entusiasma el conocimiento objetivo y científico de la realidad sensible. En definitiva, ese clínico no pretende ser médico, sino «hombre de ciencia» o «sabio», *savant*, *Gelehrte*. De ahí los métodos principales de su trabajo: por un lado, la exploración puramente científico-natural, la objetivación sistemática —y a la postre mensurativa— de la realidad del enfermo; por otra parte, la investigación estadística, la reducción del paciente a puro objeto numerable y transferible. Bien sé que sin una y otra cosa nunca habría llegado a ser lo mucho que es la medicina actual, y este es el anverso histórico del proceder de Skoda, Addison y todos los clínicos

---

[7] Así lo demuestran, entre otros documentos, los apuntes de sus lecciones clínicas que se conservan en el Instituto de Historia de la Medicina de Viena (hoy bajo la autorizada dirección de la Prof. Erna Lesky). Véase el libro *Josef Skoda*, de M. Sternberg (Viena, 1924); y, sobre todo, el artículo de Erna Lesky «Los orígenes del nihilismo terapéutico», *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología médica*, XIV, 1962.

semejantes a ellos. Pero ese brillante anverso de la asistencia hospitalaria, ¿no supone en ella un sombrío y penoso reverso?

No aludo con estas palabras —aunque también pudiera hacerlo— a las tristes y a veces infrahumanas condiciones en que había de vivir el enfermo de hospital. Refiéranse a Viena, París o Madrid, las descripciones de la época abren las carnes. Me refiero ante todo a las consecuencias que esos móviles y estos métodos de trabajo del clínico habían de tener y tuvieron en orden a su relación con el enfermo. La relación entre el médico y el paciente no puede ser satisfactoria si no tiene su término en el paciente mismo, en cuanto titular y beneficiario de la salud por que se lucha; no en la sociedad, ni en el Estado, ni en el buen orden de la naturaleza, sino en el bien personal del sujeto a quien se diagnostica y trata, y por tanto en el sujeto mismo. ¿Cumple este fin el clínico a la manera de Skoda? En modo alguno. Si su patología es la anatomoclínica, la intención del médico tiene su término más allá del enfermo, en su cadáver; un cadáver imaginado, cuando mediante el signo físico se diagnostican *intra vitam* sus lesiones anatómicas —la «cadaverización hipotética» de que antes hablé—; un cadáver real, cuando sobre la mesa de autopsias se comprueba o se rectifica el diagnóstico clínicamente logrado. No es difícil imaginar la disposición del enfermo frente al médico, por eminente y prestigioso que éste fuera, si toda su esperanza consistía en ser muy bien diagnosticado por él y muy bien autopsiado por Rokitansky o por otro prosector eximio.

Algo análogo debe decirse en el caso de una conducta clínica regida por la mentalidad fisiopatológica. Más que en el cadáver, la intención del médico tiene ahora su término en el laboratorio. «Yo considero al hospital —decía Cl. Bernard— sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero es el laboratorio el verdadero santuario de la ciencia médica». Recordando lo que era la vida en un hospital alemán de comienzos de siglo, escribirá años más tarde V. von Weizsäcker: «La visita hospitalaria del asistente joven no duraba mucho; pero su trabajo en el laboratorio consumía horas y horas del día y de la noche» [8]. Lo que el médico realmente *miraba* cuando en la sala del hospital *veía* al enfermo no era la realidad de éste —su cuerpo y su persona—, sino el kimógrafo o el alambique que en el laboratorio le estaban aguardando.

---

[8] *Ludolf von Krehl. Gedächtnisrede* (Leipzig, 1937).

El anatomoclínico ve en el paciente un cadáver hipotético, y el fisiopatólogo, un complicadísimo alambique; pero los dos tienen una meta común, el descubrimiento de un hecho nuevo o, si su ambición intelectual es mayor, de una nueva ley de la naturaleza. Lo cual puede ser y es casi siempre cosa mucho más importante que el establecimiento de una buena relación entre el médico y el *quidam* a quien aquél atiende en el hospital, pero también causa frecuente de que esa relación no llegue a establecerse de manera satisfactoria. Así va a demostrarlo pronto —veremos cómo— la realidad misma del ejercicio clínico.

Pero en la sociedad burguesa del siglo XIX no todos los médicos del hospital lo fueron a la manera de Skoda. Hubo junto a ellos, y acaso en mayor número, los pertenecientes al *tipo San Martín*. Explicaré la razón de este nombre. A través de la tradición oral ha llegado hasta mí una preciosa anécdota, de la cual es protagonista don Alejandro San Martín, eminente profesor de Cirugía en el Madrid de la Regencia. Pasando visita por su sala de mujeres del Hospital de San Carlos, vio que una de ellas, casi niña, lloraba en soledad sobre su lecho; y acercándose a ella, le dijo suavemente: «¿Por qué lloras, niña? ¿Es que no tienes nadie que llore por tí?» Poca cosa: unas cuantas palabras delicadas y compasivas. Las suficientes, en todo caso, para demostrarnos que en el siglo XIX y a comienzos del XX es posible ser médico de hospital y pagar amplio tributo a la concepción científico-natural de la medicina, sin ser ciego para la condición humana, personal, del pobre enfermo a quien se atiende; pensando, en suma, que el *consoler touiours* de la máxima de Bérard y Gubler debe ser para el clínico algo más que el remate de una bella frase. Para San Martín y para los miles de médicos de su tiempo que como él procedían, el enfermo podría ser a la hora del diagnóstico un objeto científicamente cognoscible: después de todo, esto es lo que entonces enseñaba la patología oficial; pero en el momento del tratamiento —y puesto que *todo* en la relación médica es de algún modo «tratamiento», desde que el médico se encuentra con el paciente— éste era a sus ojos algo más que simple «objeto», era «persona». Más concisamente: así considerado por el médico, el enfermo hospitalario viene a ser la *suma de un obieto científicamente cognoscible y una persona compasible*. Tal es la fórmula antropológica que sirve de presupuesto a las palabras del gran cirujano de San Carlos [9].

[9] En la Introducción recordé un consejo de Ernst von Leyden —contemporáneo de San Martín— a sus discípulos de Berlín: «El primer acto del tratamiento es el acto

La intención del clínico tiene en tal caso dos términos distintos: por una parte, el «objeto cognoscible» a que hipotéticamente es reducido el enfermo cuando con mente científico-natural se le explora y diagnostica; por otra, la «persona doliente y compasible» a que va dirigido cuanto en la conducta del médico —proceda o no de una intención psicoterápica— es delicadeza, estímulo o consuelo. Lo cual no es ciertamente un *desideratum*, y menos para el terapeuta actual; pero sí bastante más que la «divina rudeza» *(göttliche Grobheit)* de un Schönlein, la escéptica sequedad de un Skoda y los olvidos terapéuticos de un Addison.

Dos motivos principales —juntos entre sí tantas veces— determinan esta segunda actitud típica del médico de hospital: uno de orden temperamental, la nativa cordialidad de la persona del clínico, su condición de *homo naturaliter medicus*; otro de orden social, el hábito adquirido, bien por la difusa influencia del medio, bien por obra de educación, de considerar al otro como «persona». «Al enfermo de hospital hay que tratarle como si fuese un caballero de la Tabla Redonda», solía decir Marañón a sus discípulos. Gran regla para compensar las deficiencias de la asistencia hospitalaria y para lograr que, pese a ellas, sea en definitiva satisfactoria la relación con el paciente.

2. Debemos estudiar ahora la *asistencia domiciliaria*; más precisamente, la relación entre el enfermo y su «médico de cabecera» o «de familia». La literatura del siglo XIX —Balzac, Flaubert, Galdós, etc.— nos ha legado, repetida bajo cien formas distintas, la simpática estampa de este pequeño héroe de la lucha contra la enfermedad, a pique de desaparecer bajo la presión inmensa y multitudinaria de la «sociedad de masas» [10]. El médico de familias conoce bien al enfermo que ha solicitado su ayuda; no es infrecuente que venga asistiéndole desde su nacimiento. El paciente, por su parte, suele considerar al «doctor» como «amigo de la casa». Lo cual hace que la realidad de ese enfermo aparezca a los ojos del clínico como la *suma de un objeto científicamente cognoscible y una persona conocida y amiga*. Las exigencias de la práctica terapéutica le llevarán con frecuencia a poner en conexión los dos términos de esta fórmula. Nadie

---

de dar la mano al enfermo.» Con su cariz más «táctico» y menos «compasivo», esas palabras descansan sobre el mismo presupuesto antropológico que las de San Martín.

[10] Véase J. Fleury, *La relation médecin-malade dans l'oeuvre romanesque de Flaubert et de Proust* (Thèse de París, 1962) y L. García Ballester, «El testimonio de la sociedad española en el siglo XIX acerca del médico y de su actividad», en J. M. López Piñero, Pilar Faus y L. García Ballester, *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX* (Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964).

lo ha expresado más clara y elocuentemente que Cl. Bernard: «El médico se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico, y, por consiguiente, una multitud de consideraciones de familia o de posición social que nada tienen que ver con la ciencia». Pero este texto de Cl. Bernard no sólo declara una verdad de hecho; declara también, y de manera muy significativa, la limitación de la patología del genial fisiólogo, y aún de toda la patología de su época. Las «consideraciones de familia o de posición social» que exige la cabal asistencia al enfermo, no pertenecen y no pueden pertenecer a la ciencia del médico. La «influencia de lo moral sobre lo físico» debe ser nombrada con cierto retintín irónico por quien a sí mismo se considera *savant* y «hombre de ciencia»: *ce qu'on appelle*... Nada más evidente para un clínico de fines del siglo XIX o comienzos del XX. Los tratados de Patología general entonces en boga, el alemán de Cohnheim o el francés de Bouchard, ¿dicen algo, por ventura, que permita poner en conexión científica lo que el médico hace cuando considera al enfermo como «objeto cognoscible» y lo que se siente obligado a hacer cuando le trata como a «persona conocida y amiga»?

La relación entre el médico de familias y sus pacientes solía y suele ser satisfactoria; pero hasta bien avanzado nuestro siglo tenía que haber en ella una total inconexión entre la patología y la clínica: aquélla, rígidamente fiel a los principios y a las limitaciones de la concepción científico-natural de la medicina; ésta, obligada a manejar nociones y experiencias que para los sabios de la época «nada tienen que ver con la ciencia». La medicina práctica sería, en suma, la hábil combinación de una «verdadera ciencia», la patología que enseñaban los libros, y una «gramática parda» bondadosa y astuta. Quien lo dude, lea en Freud la receta *off the record* que el ginecólogo vienés Chrobak creía más adecuada y eficaz para el tratamiento de las histéricas.

3. Contemplemos, por fin, la asistencia médica en el interior del *consultorio privado*. Un magnate de la medicina o un especialista reciben en su domicilio a cualquiera de los pacientes que aguardan su turno en la sala de espera. En principio, médico y enfermo no se conocen entre sí; el prestigio público de aquél, más que su persona, es lo que ha movido a éste a buscar su ayuda. De su mutua relación saldrá sin duda un conocimiento; no es seguro que salga una amistad. ¿Qué será ahora el enfermo para el médico?

Tres me parecen ser las posibilidades principales de la respuesta:

1.ª El interés dominante en el alma del clínico es el científico; antes que el lucro, lo que para él cuenta es el conocimiento científico de la naturaleza. Con esa disposición anímica recibían a sus clientes privados Schönlein y Frerichs, en Berlín, Skoda y Dietl, en Viena, Bright y Addison, en Londres. En tal caso, el enfermo será para el médico la *suma de un obieto cognoscible y una persona desconocida*, que la relación terapéutica hará conocer luego más o menos. Que esa persona sea cortés y bondadosamente tratada por el médico, si el carácter y la educación de éste a ello le conducen, o con la «divina rudeza» de un Schönlein, si así se estima necesario para mostrar el señorío científico sobre la naturaleza [11], no es hecho capaz de alterar la verdad del aserto anterior. 2.ª El principal interés del médico es el económico, el afán de lucro. Su conocimiento técnico del enfermo y la consiguiente acción terapéutica sólo tienen valor para él, en cuanto medios para la percepción de sus honorarios. El diagnóstico no vale en tal caso por el saber que concede, sino por la ganancia que otorga, y el enfermo viene en definitiva a ser a los ojos del clínico la *suma de un obieto precioso y una persona indiferente*; persona con la cual, porque nunca el alma del hombre es puro afán de lucro, acaso llegue a establecerse luego una amistad extraprofesional. 3.ª Junto al interés científico y al interés económico del médico, en el alma de éste opera una genuina vocación. Atrae entonces el diagnóstico en cuanto saber científico, mas también en cuanto luz de una amistad médica y camino para una ayuda terapéutica; y aunque el lucro importe, no es el afán de lucro lo decisivo. El médico es amigo del enfermo a través de su amor a la medicina, y amigo de la medicina a través de su amor al hombre, de su filantropía. El enfermo, por tanto, es para él la *suma de un obieto valioso y una persona compasible y amiga.*

4. Tácita o expresamente apoyado en una antropología de cuño «personalista», el médico por vocación expresa su filantropía como «amistad médica», y con sus recursos diagnósticos y terapéuticos procura el bien del enfermo —la salud— por el enfermo mismo. Pero si profesa una patología de carácter científico-natural, sea anatomoclínica, fisiopatológica o etiopatológica la orientación en ella dominante, se verá conducido, casi siempre sin advertirlo, a partir el enfermo en dos mitades científicamente inconexas entre sí, lo que en el enfermo es «objeto» (el *homo phaeno-*

[11] Sobre la relación entre el proceder clínico de Schönlein y el del «médico tirano» de Platón, véase mi estudio «El silencio y la palabra del médico», *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina*, XIII (1961), 25-40.

menon de Kant) y lo que en el enfermo es «persona» (el *homo noumenon* kantiano). El ámbito social en que tal partición sea cumplida —el hospital, el domicilio del paciente o el consultorio privado— matizará psicológica y socialmente ese proceso antropológico, pero no lo alterará de manera esencial.

Otro es el caso cuando el terapeuta apoya su saber y su acción sobre una antropología resuelta y deliberadamente «naturalista». Su vocación y la filantropía que tal vocación comporta, se realizan y manifiestan ahora como «camaradería médica». Entendida como «buen orden de la naturaleza», como «bien de la sociedad» o como «instrumento al servicio del Estado», la salud es en tal caso un bien objetivo por cuyo logro tienen que luchar, cada uno a su modo, el médico y el enfermo, sea el hospital, un domicilio familiar o un consultorio privado el marco de esa lucha en común. Pero la realidad es más fuerte que todos los doctrinarismos, y la realidad del hombre impone que el médico por vocación y el enfermo que en él confía sean «amigos» —médicamente amigos, ya se entiende—, y no simples «camaradas»; con lo cual, por encima de cualquier dogmatismo naturalista, la escisión entre «objeto» y «persona» se producirá, cualquiera que sea el nombre que se quiera dar a la condición personal del paciente. Y si el enfermo, llevado por una ideología político-social cualquiera, profesa tácita o expresamente un craso naturalismo antropológico, ¿llegará a sentir y pensar de veras que *su* salud no es sino «buen orden de la naturaleza», «bien de la sociedad» o «instrumento al servicio del Estado»?

Dos fuertes razones hacían insostenible el peculiar sesgo que la relación médica adoptó en la sociedad burguesa secularizada. La primera, de carácter *clínico*: la colisión entre una patología que postulaba la total objetivación del enfermo, la metódica reducción de éste a puro «objeto natural», y una práctica que exigía la utilización de datos psicológicos y sociales sólo inteligibles desde una concepción del paciente como «persona». Léase de nuevo el texto de Cl. Bernard que antes transcribí. Tal colisión había de expresarse más visible y agudamente en los dos problemas clínicos que mejor revelan la condición personal del enfermo, la neurosis y la individuación del diagnóstico y el tratamiento. La concepción de la histeria como puro desorden anatómico fugaz (Charcot, Sollier) o como alteración funcional analizable mediante la bioquímica o los registros gráficos (Empereur, Gilles de la Tourette, Cathelineau, Sticker, Riegel), ¿podía resolver diagnóstica y terapéuticamente el

problema del trastorno neurótico? [12] Y, por otra parte, ¿podía ser intelectual y prácticamente satisfactorio un diagnóstico individual sólo atenido a la cuantía de los signos y los síntomas propios del caso, desconocedor, por tanto, de lo que real y verdaderamente constituye al hombre como individuo, su condición de persona? [13]

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

II. CRISIS DE LA RELACION MEDICA

Ha escrito V. von Weizsäcker que el rasgo más profundo y característico de la medicina contemporánea es la «introducción del sujeto» en el pensamiento y en el quehacer del médico. Es verdad. Pero esa introducción del sujeto en la medicina no hubiera sido históricamente posible sin la previa existencia de otro evento, la *rebelión del suieto*, en cuya estructura se integran un momento clínico y otro social.

Pocas reivindicaciones sociales han logrado fruto, aún siendo justas, sin que sus protagonistas las hayan exigido abiertamente; por tanto, sin una previa rebelión más o menos violenta contra el orden social anterior a ellas. En cuanto fenómeno social, no podía ser excepción a esta regla la introducción del sujeto en la medicina. A la «introducción» del sujeto ha precedido su «rebelión», y ésta ha sido externa y sangrienta en la calle, y mansa y disimulada en el seno de los consultorios médicos privados

[12] Más detalles, en *La historia clínica*, cap. VI, «La historia clínica en el siglo XIX», apartados: «La mentalidad anatomoclínica» y «La mentalidad fisiopatológica».

[13] Sobre el problema del diagnóstico individual, véase el cap. V de la Segunda Parte de este libro («El momento cognoscitivo de la relación médica»).

y públicos. El aspecto externo y callejero del levantamiento tuvo su protagonista en el obrero revolucionario, en el pobre en tanto que enfermo posible. El aspecto recoleto y clínico de la protesta ha tenido su héroe —*sit venia verbo*— en el enfermo neurótico. Veamos sucesivamente la figura y el contenido de ambos sucesos.

I. La magna revolución político-social del mundo moderno —violenta en 1789 (Revolución Francesa), en 1848 (movimientos revolucionarios de ese año) y en 1917 (Revolución Soviética), casi pacífica en Inglatcrra, pacífica en los países escandinavos— lleva en su seno, de manera más o menos visible, un esencial ingrediente médico. Ese hondo e inexorable proceso revolucionario descansa sobre un fundamento general, constante a través de sus sucesivas formas históricas: la idea —no sólo teórica, también operativa, reformadora— de que el orden político y social vigente en Europa desde la Alta Edad Media hasta 1789 no es justo, ni es verdaderamente natural. Iría a la vez contra los imperativos de la justicia, sea cristiana o secularizada la idea que de ella se tenga, y contra los postulados de la naturaleza. Esta, la naturaleza del hombre —entendiendo por tal lo que acerca de nuestra realidad nos dice la razón, cuando es honesta y acuciosamente ejercitada—, exige desde dentro de sí misma un orden social que por lo pronto sea distinto del imperante en el *ancien régime* y del que bajo nombre de «sociedad burguesa» sustituyó en el siglo XIX a la antigua sociedad estamental.

¿Cuál puede ser, cómo va siendo este nuevo orden social? No es misión de este libro indicarlo. En él debo limitarme a señalar que ese genérico y constante fundamento de la transformación política y social de la vida de Occidente lleva en sí un ingrediente médico, exclusivamente occidental en sus comienzos, y muy pronto universal, planetario: la rebelión del sujeto, en cuanto titular de una objetividad —a la postre, de una realidad somática, de un cuerpo— injustamente tratada por las formas de la asistencia médica vigentes en el siglo XIX y en los primeros decenios del siglo XX. Más cruda y concretamente: la rebelión de las clases proletarias contra la partición de la asistencia médica en una «medicina para ricos» y una «medicina para pobres», y por tanto contra las formas de la relación con el enfermo que esta última llevaba consigo.

La realidad de la vida hospitalaria —recuérdese lo dicho acerca de ella— justificaba por sí sola la protesta. Para no ir muy lejos en el espacio y en el tiempo, me contentaré remitiendo a los nada demagógicos, so-

brios párrafos con que Marañón ha pintado lo que eran tantas y tantas salas del Hospital General de Madrid, cuando él iniciaba su vida médica. «Carne de hospital», ha dicho durante muchos decenios nuestro pueblo para nombrar la que no tiene ante sí otra esperanza que la enfermedad y la miseria. Pero tal vez no sea improcedente añadir a estas breves notas descriptivas algunos datos sociológicos.

Ante todo, *cifras de mortalidad.* Tan pronto como el Occidente se industrializa, comienza a percibirse una gran diferencia entre los índices de mortalidad de las ciudades industriales y los de las zonas rurales. El adelantado de la medicina social, C. Turner Thackrah, hizo notar hace más de un siglo que en Leeds, ciudad industrial, hubo en 1821 un fallecimiento por cada 55 habitantes, mientras que en un distrito rural vecino la proporción no pasaba del 1 por 74. «Cuando menos 450 personas mueren cada año, en la villa de Leeds —concluía Thackrah—, a consecuencia de efectos perjudiciales sufridos en las fábricas, por el hacinamiento de la población y los malos hábitos que de ello nacen... Si suponemos que 50.000 personas mueren cada año en la Gran Bretaña a consecuencia de lesiones sufridas en las fábricas, por el *status* civil y por la dureza característica de algunos oficios, tengo la seguridad de que nos quedaríamos cortos» [14]. Leeds, 1821; todavía no el Manchester que Marx y Engels contemplarán y describirán pocos decenios después.

Vengamos a nuestro siglo. En París, entre 1923 y 1926, el promedio de mortalidad por tuberculosis era cuatro veces mayor en el distrito XIII (población proletaria), que en el distrito VIII (población acomodada). En un sector de 17 manzanas con 4.290 casas y 185.000 habitantes, el promedio de mortalidad llegó a 480 (seis veces más alto que en el distrito VIII) [15]. No menos elocuentes son las estadísticas norteamericanas de Rollo H. Britten. En diez Estados de la Unión, la mortalidad por tuberculosis pulmonar por cada 100.000 personas de edades comprendidas entre 25 y 44 años, alcanzaba las siguientes cifras: 193.5 entre los trabajadores no especializados, 69 entre los trabajadores especializados, 28.6 entre los dedicados a profesiones liberales. Siete veces mayor, por tanto, en aquéllos que en éstos. La mortalidad general

---

[14] C. Turner Thackrah, *The Effects of the Principal Arts, Trades, and Professions, and of Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity* (London, 1831). Cit. por H. E. Sigerist, *Civilización y enfermedad* (México, 1964).

[15] R. Pierreville, *L'inégalité humaine devant la mort et la maladie* (París, 1936).

era casi doble: 13,1 frente a 7 [16]. He aquí, en fin, los resultados de las investigaciones estadísticas de Perrott y Collins, acerca de los aspectos médicos y sanitarios de la depresión económica de 1930:

1.º El promedio de las enfermedades incapacitantes fue un 48 % mayor en las familias que no tenían empleado a ninguno de sus miembros.

2.º Las familias que gozaban de una posición acomodada y que empobrecieron hasta necesitar socorro dieron un promedio de enfermedades incapacitantes un 73 % más alto que las familias en buena situación económica durante los cuatro años de la depresión.

3.º Las familias acomodadas que se empobrecieron moderadamente tuvieron un promedio de enfermedades incapacitantes 10 % mayor que las familias que permanecieron en buena posición económica.

4.º Las familias moderadamente acomodadas que se empobrecieron con la depresión tuvieron un promedio de enfermedades incapacitantes solo un 17 % mayor que el de las familias que permanecieron en situación económica moderada.

5.º El promedio de estas enfermedades en las familias ricas que bajaron hasta la pobreza fue un 9 % mayor que el de las familias que siempre habían sido pobres [17].

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

Todo lo cual tenía que hacerse especialmente grave cuando la enfermedad, bajo forma de epidemia, se convertía en visible y violento azote social. Pilar Faus ha estudiado con gran minucia las consecuencias sociales de la epidemia colérica de 1885, en la región valenciana, y sus conclusiones no pueden ser más reveladoras [18].

---

[16] Rollo H. Britten, *Public Health Reports,* 1934, vol. 49, págs. 1101-1111.

[17] G. St. J. Perrott y Selwyn D. Collins, «Relation of Sickness to Income Change in 10 Surveyed Communities», *Public Health Reports,* 1935, vol. 50, págs. 595-622. *Apud* H. E. Sigerist, *ob. cit.*

[18] «Epidemias y sociedad en el siglo XIX español», en J. M. López Piñero, Pilar Faus Sevilla y L. García Ballester, *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX.*

Es preciso hacer constar que el médico viene siendo el protagonista en esta obra de denuncia y de protesta. Las ya mencionadas monografías de Paracelso y Ramazzini acerca de las enfermedades profesionales no fueron solo un documento clínico. Pero cuando la protesta del médico adquiere explicitud y gravedad, y por tanto, trascendencia social, es en el siglo XIX. La industrialización de la vida económica hace más extremadas y patentes las diferencias entre ricos y pobres, y el rápido auge de la estadística concede instrumento idóneo para estudiarlas y presentarlas con precisión. Antes mencioné la obra de Thackrah, pronto ampliada en las páginas del monumental *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, de E. Chadwick (1842). Singular relieve tuvo, tanto por la ulterior eminencia científica de su autor, como por la importancia de los hechos que describía, el informe de Virchow, acerca de la situación sanitaria de los trabajadores de Silesia, en 1848. Lo que el dramaturgo Hauptmann denunciaba en su drama famoso, ya lo había hecho público, cincuenta años antes, el médico Virchow. El *rapport* de L. R. Villermé sobre el estado de los obreros en los centros de la industria textil francesa es de 1840 [19]. Un excelente estudio de J. M. López Piñero ha dado a conocer la muy honorable parte de los médicos españoles, algunos de la segunda mitad del siglo XVIII, como López de Arévalo, Masdevall y Ximénez de Lorite, otros del XIX, como Ruiz de Luzuriaga, Seoane y Monlau, en esta noble hazaña común de la medicina europea [20].

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

---

[19] M. Delabroise, *Louis René Villermé* (París, 1939); C. Fecan, *Le rapport Villermé (1840): état des ouvriers dans les manufactures de textiles* (Thèse de París, 1962).

[20] «El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo: el proletariado industrial», en *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*.

como secuela ineludible de aquella respuesta, el fundamento mismo de la vinculación entre uno y otro?

Lo que en rigor pretende el protagonista de ese ingente movimiento de rebelión social —el proletario de los siglos XIX y XX— no es, claro está, reformar la relación medico-enfermo. Quiere tan sólo que su cuerpo, si cae enfermo, reciba el mismo trato que el de quienes poseen más amplios recursos económicos: iguales medicamentos, iguales quirófanos, iguales procedimientos exploratorios, mejores hospitales que los que le esperan, compensación por accidentes del trabajo, seguros diversos. Pero esto no podía cobrar realidad sin un importante cambio cualitativo en el fundamento de la relación médica, cuyos momentos principales son, a mi juicio, los siguientes:

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

2.º De una apelación al médico limitada, por lo general, a las enfermedades graves —sólo en tal caso solía acudir el enfermo al hospital—, se pasa a una exigencia de ayuda médica que en principio se extiende a toda posible dolencia, comprendidas las leves y las «funcionales».

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

4.º La automática e indiscutida prestación del cuerpo propio para la enseñanza clínica se trueca en entrega condicionada y susceptible de veto. La posesión del propio cuerpo se privatiza, deja de ser *res publica* [21].

---

[21] Lo cual planteará un grave problema académico, el de disponer de «material» para la enseñanza de la Anatomía y de las disciplinas clínicas. Sólo un expediente veo para resolverlo decorosamente en nuestro tiempo: la condigna indemnización de los que presten su cuerpo para tales fines, inexcusables ahora y siempre para la adecuada formación del médico.

En suma: *el componente social de la «rebelión del sujeto» ha traído consigo una honda crisis en la relación hospitalaria entre el médico y el enfermo.* Esa relación ha sufrido una verdadera mutación histórica, cuyas consecuencias habrán de ser estudiadas en la Segunda Parte.

II. Examinemos ahora el aspecto clínico de la «rebelión», el modo como el enfermo, más o menos conscientemente, casi siempre sin cabal conciencia de ello, ha pedido o exigido ser clínicamente considerado como «sujeto» —esto es, como «persona»—, y no como simple «objeto» valioso o carente de valor. El rebelde social protestaba contra el mal trato dado a su «objetividad». Ahora la rebeldía va a ser menos violenta, pero más sutil. El paciente, en efecto, va a protestar contra la objetivación misma, contra el hecho de que, siendo él «persona», «sujeto» dotado de inteligencia, intimidad y libertad, se le trate técnicamente cuando está enfermo como puro «objeto».

La protesta del enfermo contra la objetivación tiene un nombre: el de *neurosis*. El auge indudable de la frecuencia del fenómeno neurótico desde los últimos lustros del siglo XIX tuvo ante todo una causa histórica y social, cuyos ingredientes principales fueron, a mi juicio, dos: la mayor exigencia a que la capacidad somática y psíquica del individuo iba siendo sometida; por tanto, un *stress* de carácter social[22]; y, por otra parte, la crisis histórica de la cultura burguesa, incipiente en aquella época —Nietzsche, Marx, Bergson, Strindberg, Unamuno— y cada vez más notoria desde entonces. El hombre de *la belle époque* se halla sometido a un creciente *stress* social, y ya no dispone de un firme sistema de creencias históricas que le permita soportarlo sin desorden psíquico. Las «histerias» de París y Viena, la «colitis» que tan graciosamente describe Axel Munthe en *La historia de San Michele*, la «neurastenia» de Beard y la «psicastenia» de Janet son algunas de las primeras consecuencias clínicas del suceso. Pero junto a esta difusa causa histórica y social, otra de orden estrictamente médico condiciona el evidente auge del fenómeno neurótico en el filo de los siglos XIX y XX: la indudable inadecuación de la medicina tradicional, fuese anatomoclínica, fisiopatológica o bacteriológica su orientación dominante, para afrontar diagnós-

[22] Como espécimen de una literatura hoy copiosa, y en gracia a su carácter puramente historiográfico, citaré el estudio de G. Scheunert «Kultur und Neurose am Ausgang des 19. Jahrhunderts», *Kyklos. Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin*, 3 (1930), 258-272.

tica y terapéuticamente la novedad de ese importante e invasor suceso clínico. Si se me admite, pues, la licencia retórica de llamar «rebelión» al hecho de enfermar neuróticamente, estudiaré este aspecto clínico de la «rebelión del sujeto» en el caso de las neurosis *stricto sensu* y en el de las enfermedades que solemos denominar «orgánicas».

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

La publicación del *Epistolario* de Freud nos ha permitido medir el grado de su admiración por el semidiós de la *Salpêtrière.* Los elogios que de él hace en su tan conocida semblanza necrológica —sinceros, sin duda alguna, pero matizados por la discrepancia del investigador que ya ha iniciado su camino propio— palidecen al lado de los que tan espontánea y reiteradamente le dedica en sus cartas a Marta Bernays: «Charcot, uno de los médicos más grandes que han existido y un hombre cuyo sentido común raya en el genio, está, sencillamente, destruyendo todos mis objetivos y opiniones. A veces salgo de sus clases como de Nôtre-Dame, con una idea nueva de lo que es la perfección», dice a Marta en noviembre de 1885. «En circunstancias favorables —le confiesa tres meses después—, podría lograr más triunfos que los que ha conseguido Nothnagel, al que yo me considero superior, y quizá pudiera llegar a la altura de Charcot». [23] Nothnagel es por esos años la estrella de la clínica vienesa, pero el joven Freud se siente superior a él. La cima ideal, la meta punto menos que inalcanzable es Charcot, a cuya altura «quizá» pueda llegar, si las circunstancias le son favorables, este mozo que por entonces está acercándose a los treinta años.

Pero la admiración no puede ser nunca pura secuacidad, si el que admira es hombre genial. Charcot, cuya poderosa inteligencia tiene una indudable condición visiva —«*Je ne suis qu'un visuel*», solía decir a sus discípulos—, y que, por añadidura, ha sido formado en la más pura con-

[23] Sigmund Freud, *Epistolario (1873-1939)*, (Madrid, 1933), págs. 204 y 224.

cepción anatomoclínica del saber médico, acaba de elaborar una teoría de la histeria enteramente fiel a la orientación que de consuno le imponen su talento y su formación científica. Nosográfica y patogenéticamente, la histeria vendría a ser, *mutatis mutandis*, una entidad morbosa semejante a la esclerosis lateral amiotrófica o a la tabes dorsal.

Desde un punto de vista nosográfico, la «gran histeria» es para Charcot un cuadro clínico compuesto por una serie de síntomas —movimientos tónicos, movimientos clónicos, actitudes pasionales, delirio— susceptibles de observación visual y típicamente repetidos en todas las enfermas. La descripción charcotiana es como el relato verbal de una secuencia cinematográfica mil veces repetida. «Mi histeria es *la* histeria», podría haber dicho, para ser enteramente fiel a Charcot, cualquiera de sus pacientes, como el neumónico puede decir que *su* neumonía es *la* neumonía, un caso individual de la especie morbosa así llamada.

A esta tipicidad sintomática correspondería una determinada «lesión», todo lo leve y fugaz que se quiera, en el sistema nervioso central. Sabe Charcot muy bien que la autopsia del cadáver de una histérica no permitirá descubrir lesiones anatómicas semejantes a las tan visibles de la esclerosis lateral amiotrófica o de la tabes dorsal. Más aún, está bien seguro de no encontrar lesión alguna en la necropsia de las histéricas. Pero si una paraplejia histérica reproduce el cuadro clínico de la paraplejia espástica por lesión orgánica espinal, esto debe hacer pensar que en la medula del histérico se ha producido una lesión —pasajera, capaz de total e inmediata regresión, mas no por ello menos material ni menos exquisitamente localizada—, que en lo esencial es equiparable a la que da lugar a la paraplejia orgánica. «*Au fond c'est le même syndrôme*», dice Charcot. El trastorno histérico tendría su causa inmediata en una representación sensorio-motriz operante sin control *(idée fixe)*, localizada en el sistema nervioso, susceptible de ser reproducida por hipnosis y actuante por las vías del movimiento y la sensibilidad que describen los tratados de Anatomía. La sintomatología y la patogénesis se concitan para hacer de la histeria, pese a su aparente carencia de lesiones anatómicas, una bien caracterizada especie morbosa anatomoclínica.

No va a ser ésta la concepción de Freud. Su personal discrepancia respecto de la doctrina del maestro, tan visible luego, se inicia muy significativamente en un minúsculo suceso de 1886. Poco antes de abandonar París, el futuro creador del psicoanálisis propone a Charcot «el plan de un estudio comparativo de las parálisis histéricas con las pará-

lisis orgánicas». El maestro le oye con aquiescencia benévola, pero no sigue la fina indicación del discípulo. «No era difícil adivinar —comentará Freud en su *Selbstdarstellung*— que, en el fondo, no se sentía inclinado a profundizar en la psicología de las neurosis». Y con penetrante clarividencia, añade: «Ciertamente, procedía de la anatomía patológica».

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

Dos concepciones de la histeria, dos modos contrapuestos de referir el síntoma histérico al cuerpo del individuo que lo hace y padece. El pensamiento filosófico actual nos permite nombrarlos con toda la precisión deseable. Buen anatomopatólogo, Charcot apela, para dar cuenta científica de la histeria, al cuerpo desde fuera (Ortega), «cuerpo para-otro» (Sartre), o «cuerpo objetivo» (Merleau-Ponty); Freud piensa, en cambio, que para entender la patogenia de los síntomas histéricos es preciso recurrir al «intracuerpo» (Ortega), «cuerpo-para-mí» (Sartre) o «cuerpo fenoménico» (Merleau-Ponty). En el primer caso, la enfermedad no pasa de pertenecer al ámbito fenomenológico de *lo en-mí;* en el segundo, de manera más o menos precisa y consciente —confusa e inconscientemente, casi siempre—, la enfermedad se halla inscrita en el dominio fenomenológico de *lo-mío* [24]. Lo cual nos indica que esa sutil

[24] En la Segunda Parte expondré más explícitamente el sentido de estas dos expresiones, propuestas por mí en *Teoría y realidad del otro.*

diferencia inicial entre Freud y Charcot —enero o febrero de 1886— es *el primer suceso histórico en que se hace patente la «introducción del sujeto en medicina»*.

La discrepancia entre el pensamiento del discípulo y la doctrina del maestro será ostensible y definitiva pocos años más tarde, cuando Freud, de nuevo en Viena, se asocie a Breuer y dé comienzo a su obra personal, la elaboración del psicoanálisis. Frente a la concepción charcotiana de la histeria —visual, tipificadora, objetivadora—, Freud va a proponer otra bien distinta: auditiva (basada, no en lo que el médico ve mirando el cuerpo del enfermo, *hysteria ex visu*, sino en lo que el médico oye cuando el paciente le habla de su alma, *hysteria ex auditu)*, individuante (carente, por tanto, de verdadera tipicidad, clínica y patogenéticamente fiel al dicho vulgar de que «cada caso es un caso») y subjetivadora (atenta a la subjetividad consciente e inconsciente del enfermo). Hasta desde un punto de vista sociológico son abiertamente diferentes la histeria de Charcot y la histeria de Freud: aquélla, espectacular, imitativa, colectiva, hospitalaria, proletaria; esta otra, recoleta, original, individual, doméstica, burguesa. Mida el lector la distancia sociológica que separa entre sí el ámbito de la experiencia clínica de Charcot y el que sirvió de marco a la creación del psicoanálisis —a un lado, una sala de la *Salpêtrière* llena de histéricas haciendo su *arc-de-cercle;* a otro, el célebre consultorio de Freud, en la Berggasse, de Viena—, y se tendrá ante los ojos, hecha estampa social, la profunda innovación clínica y patológica que en torno a 1900 trajeron consigo la exploración y el tratamiento psicoanalíticos de los trastornos neuróticos.

El fenómeno neurótico, decía yo antes, es el signo clínico de la «rebelión del sujeto» que ha precedido a la introducción de éste en la medicina. Ahora vemos que tal «rebelión» tuvo una estructura psicológica aparentemente contradictoria. Frente a la objetivación exclusiva y sistemática a que le sometía la clínica vigente a fines del siglo XIX, el neurótico, en efecto, se rebeló obedeciendo y desobedeciendo. La espectacular docilidad de las histéricas de Charcot a la sugestión, su «pitiatismo» (Babinski), ¿qué era, sino una suerte de obediencia imitativa y morbosa al médico que las estudiaba? Y su resistencia a la curación, el contraste entre la facilidad con que sugestivamente «hacían» su enfermedad y la pertinacia con que resistían a la voluntad sanadora del terapeuta, ¿cómo puede interpretarse psicológicamente, sino como desobediencia inconsciente a una acción terapéutica que desconocía la índole

subjetiva y personal del desorden morboso tratado? Obedeciendo a lo que las hacía enfermar, desobedeciendo a lo que, pese a la enorme sugestibilidad de sus almas, no podía curarlas —con otros términos: pidiendo inconscientemente una patología y una terapéutica distintas de aquellas—, las histéricas de la *Salpêtrière* son tal vez el primer signo colectivo de la «rebelión del sujeto» contra la medicina objetivadora del siglo XIX.

Alguien dirá, frente a este aserto, que la medicina oficial de Occidente viene siendo objetivadora desde que en la antigua Grecia se constituyó como técnica. Más de una vez lo he afirmado yo en las páginas precedentes. ¿Por qué, entonces, no hubo contra ella una «rebelión neurótica» tan perceptible como la que ahora contemplamos? La objección es válida, pero sólo a medias. La verdad es que neurosis —fuese éste u otro el nombre que se les diera— las ha habido siempre. Las cifras de Sydenham en su disertación sobre la histeria son bien elocuentes. Pero las causas de orden histórico y social antes apuntadas —mayor exigencia por parte de la sociedad, crisis del mundo en que se vive— hicieron que la frecuencia del desorden neurótico creciese de un modo muy notorio, e incluso muy espectacular, a fines del siglo XIX y en todo el siglo XX. Y Charcot fue, sin proponérselo, más aún, sin advertirlo, el sumo detector de ese significativo suceso histórico. En suma: si la «introducción del sujeto» en medicina tuvo su primera señal en la discrepancia entre Freud y Charcot acerca de la localización de las parálisis histéricas, *el fenómeno de la Salpêtrière fue la primera manifestación ostentosa de la «rebelión del sujeto» a que tal «introducción» iba a dar oportuna respuesta patológica y clínica* [25].

Sería aquí inoportuna una exposición más de la obra de Freud. Tampoco debo transcribir lo que en otras partes he dicho acerca de su sentido histórico [26]. Repetiré tan sólo que esa obra, pese a la intención puramente «científico-natural» de su autor, es en la historia universal de la medicina el primer intento sistemático de una consideración «técnica» del enfermo como «persona». Hasta Freud, el tratamiento

[25] Después de escritas estas páginas he descubierto que también G. Bally ha interpretado la histeria de la Salpêtrière como un fenómeno de protesta social. Véase su *Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds* (Rowohlt, Hamburg, 1961), «Soziologie der Psychoanalyse».

¿Qué papel tuvo Bernheim, el adversario de Charcot, en la «introducción del sujeto» en medicina? Pronto nos lo dirá la minuciosa investigación de J. M. López Piñero y J. M. Morales.

[26] Véase *Enfermedad y pecado*, págs. 104 y ss. A la bibliografía acerca de la significación del psicoanálisis allí consignada debe añadirse el excelente libro de G. Bally, mencionado en la nota anterior.

del enfermo como persona era compasivo o consolador, no técnico. La visión del paciente como individuo personal y su consideración como objeto susceptible de conocimiento científico no pasaban de yuxtaponerse entre sí. En el mejor de los casos, aquélla daba lugar a una conducta caritativa y abnegada, pero no era «científica» y no pretendía serlo; y en cuanto el conocimiento de la enfermedad era «científico» —en el sentido que un patólogo de 1890 daba a esta palabra—, no podía, ni quería ser «personal». Desde Freud, en cambio, el enfermo ha comenzado a ser, desde un punto de vista estrictamente científico y técnico, sujeto, persona.

2. Desde Freud, he dicho. El creador del psicoanálisis limitó prácticamente su esfuerzo innovador al dominio de las psiconeurosis. Pronto, sin embargo, iba a llegar a toda la medicina la fecunda influencia de ese esfuerzo. A favor de la óptica que Freud ha introducido en la comprensión del enfermo, la experiencia clínica de nuestro siglo ha descubierto: *a)* que buena parte de las afecciones morbosas que trata el internista —las llamadas «enfermedades funcionales»— poseen de ordinario carácter «neurótico»; *b)* que algunas de las enfermedades tradicionalmente tenidas por «orgánicas» —la úlcera gástrica, la colitis ulcerosa, etc.—, son con gran frecuencia la realización somática localizada de un proceso originariamente «neurótico» (el capítulo de las llamadas «organoneurosis»); y *c)* que toda enfermedad , hasta las de origen más inequívocamente «orgánico» — una neoplasia, una afección traumática— tiene en su cuadro clínico componentes que sólo como «reacciones neuróticas» pueden ser entendidos. La «introducción del sujeto», suceso inicialmente limitado al campo de la neurosis, se ha convertido en exigencia general de la medicina. Aun cuando muchos clínicos, esclavos todavía, por razones diversas, de los principios y los postulados de la medicina puramente científico-natural, no hayan sabido incorporar a su práctica la novedad irreversible de ese suceso.

Hasta seis etapas principales cabe señalar en esta decisiva influencia general de la obra de Freud:

1.ª La consideración «psicoanalítica» de algunas enfermedades orgánicas. Varios discípulos directos de Freud —Groddeck, Ferenczi, Deutsch— fueron los iniciadores de este proceder, tan escandaloso para un clínico formado en la patología tradicional (1918 a 1922).

2.ª El estudio de las «neurosis orgánicas» desde el punto de vista del psicoanálisis y de la psicología individual. Expresión eminente de

esta empresa fue el libro colectivo *Psychogenese und Pyschotherapie körperlicher Symptome*, dirigido por el urólogo vienés Oswald Schwarz (1925).

3.ª La consideración, primero programática, luego resueltamente clínica, de las posibilidades científicas y prácticas del psicoanálisis, desde el punto de vista de la medicina interna «académica» u «oficial»; y, como consecuencia, la postulación de una reforma que sacase a esa medicina de su total y exclusiva subordinación al canon de las ciencias de la Naturaleza. Tres nombres descuellan a tal respecto: Fr. Kraus, L. Krehl y G. von Bergmann. Sobre todo, el segundo de ellos, cabeza de la que he propuesto llamar «Escuela de Heidelberg» (Krehl, Siebeck, von Weizsäcker).

4.ª La elaboración de una patología resueltamente «antropológica» o «biográfica». La génesis y la configuración del proceso morboso son ahora comprendidos desde el punto de vista de su «sentido» en la biografía del enfermo, y no sólo como consecuencia o efecto de la *causa morbi*. Es la obra de Viktor von Weizsäcker, iniciada hacia 1925 y proseguida luego por él mismo y por una amplia serie de colaboradores y discípulos (E. Marx, Vogel, Bilz, Hollmann, Hantel, Christian, Kütemeyer, Huebschmann, etc.).

5.ª El nacimiento y el auge de una «medicina psicosomática» en los Estados Unidos (Fl. Dunbar, Alexander, Menninger, Wolff, Grinker, etc.), y en Inglaterra (Halliday, Bálint), pronto extendida a todo el ámbito de la cultura occidental. El «movimiento psicosomático» comenzó en Norteamérica hacia 1934-1935, y cobró amplitud creciente a partir de la publicación de la revista *Psychosomatic Medicine* (1939).

6.ª La paulatina configuración de una nueva mentalidad en el médico, cada vez más convencido de que sin la introducción sistemática de métodos psicológicos y sociológicos en su quehacer clínico —aquellos en que el hombre es considerado como tal hombre, aunque explícitamente no se lo haya propuesto el investigador—, no puede ser científicamente entendido y tratado el enfermo.

Al margen de toda presión social —sean políticos o económicos los motivos que la hagan patente—, sólo, por consiguiente, en virtud de la evolución interna de la clínica [27], la relación entre el médico y el en-

[27] En la medida, claro está, en que la evolución «interna» o autónoma de la clínica sea independiente de esos motivos políticos y económicos. Sobre la implicación entre aquélla y éstos, véase V. von Weizsäcker *Grundfragen medizinischer Anthropologie* (Tübingen, 1948).

fermo había de entrar en crisis en la primera mitad del siglo xx. Los métodos para la objetivación diagnóstica y terapéutica del paciente son cada vez más finos y eficaces, y por tanto más inexcusables para el clínico. La necesidad de una «personalización» del enfermo, tanto en orden al diagnóstico (anamnesis interpretativa, y no sólo testifical), como en orden al tratamiento (psicoterapia), se ha ido haciendo patente a los ojos del médico y a los del enfermo. Unase a ello el profundo cambio que la evolución de la sociedad ha introducido en las formas de la asistencia médica, como respuesta al «momento social» de la rebelión del sujeto. A todo lo ancho del planeta, la relación médica ha entrado en crisis. Algo no menos importante que la conversión hipocrática de la medicina en «técnica», está aconteciendo desde hace unos decenios en el saber médico y en el arte de curar. Desde un punto de vista puramente antropológico, teórico, ¿qué se puede decir hoy acerca de esa ingente novedad a que estamos asistiendo? ¿Cómo es, cómo debe ser, cómo puede ser en nuestro tiempo la relación entre el médico y el enfermo? La Segunda Parte de este libro intenta dar una respuesta a esas dos interrogaciones.

SEGUNDA PARTE

TEORIA DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO

La teoría de la relación entre el sanador y el enfermo puede ser elaborada en dos planos distintos. Uno más amplio y básico, más genérico, aquél en que coinciden *todos* los posibles modos de la relación sanadora, desde los más primitivos —sean de carácter empírico o mágico— hasta los técnicamente más complicados, el del actual neurocirujano o el del fisioterapeuta actual. Imaginemos el acto terapéutico de un chamán o de un brujo en una tribu salvaje, y pongamos junto a él una intervención operatoria en los quirófanos de la Mayo Clinic. ¿Qué hay de común entre uno y otro? ¿Qué sistema de conceptos fundamentales permitirá entender rectamente lo que de común tengan esos dos modos de la asistencia al enfermo? La respuesta a estas dos interrogaciones nos conduciría a la elaboración de una *teoría general de la acción sanadora*, válida, por tanto, para todos los posibles modos de ser hombre, para el hombre en cuanto tal.

Pero la teoría de la acción sanadora puede también ser construída en un plano más restringido y menos fundamental, el propio de la *relación técnica* entre el paciente y el sanador, que en este caso debe recibir ya el nombre de *médico*. Páginas atrás quedaron expuestas las condiciones que permiten llamar «técnica» a la relación entre el sanador y el enfermo. Sabemos, por otra parte, que ese peculiar y, a lo que parece, definitivo modo de la asistencia al enfermo fue inventado en la Grecia antigua; más precisamente, en los dos extremos de la cenefa colonial de la Grecia antigua, Sicilia (Alcmeón de Crotona) y Cos (Hipócrates). He aquí, pues, nuestro problema: ¿qué hay de común entre todos los modos técnicos de la relación médica, desde el inaugurado por los asclepíadas alcmeónicos e hipocráticos hasta los vigentes entre los psicoterapeutas, los internistas y los cirujanos de nuestros días? Expuse en la «Introducción» los conceptos generales más idóneos, a mi juicio, para estudiar histórica y teoréticamente la relación técnica entre el médico y el pa-

ciente. Apoyados en ellos e ilustrados por lo que esa relación ha ido siendo en la historia de Occidente —tal era el sentido de las páginas que preceden—, debemos proponernos ahora, ya de frente, la elaboración de una *teoría general de la asistencia técnica al enfermo;* si se quiere, *del acto médico*. La historia así entendida se convierte en materia de la teoría y en accidentado y sugestivo camino hacia ella. La teoría, a su vez, se revela como forma intelectual de la historia; una historia que debe llegar, claro está, hasta el momento mismo en que la teoría es formulada. Y puesto que la historia es, en sustancia, el curso temporal de la vida humana, la teoría viene a ser la coronación, el resplandor intelectual de esa vida cuando reflexivamente trata de ser para sí misma «verdad». *Theoria, splendor vitae:* tal parece ser, tal debe ser, más bien, la fórmula definitiva.

Una teoría general de la asistencia médica al enfermo no sería realmente válida si no cumpliese con esmero tres condiciones, dos de ellas bien patentes en las líneas que anteceden, el atenimiento riguroso de esa teoría a la realidad observable, a lo que la relación médica en sí misma sea, y la consciente fidelidad del autor a la lección de la historia; y otra latente, la posibilidad de su referencia a la doctrina general de la acción sanadora que más arriba mencioné. La asistencia técnica al enfermo debe llevar en su seno, técnicamente asumido, todo cuanto en los modos pretécnicos de la acción sanadora (empíricos o mágicos) fuese humana y efectivamente válido; y lo que se dice de la realidad de esa asistencia debe también decirse —ya en el orden del *saber* reflexivo, no sólo en el del puro *hacer*— de su teoría. Con otras palabras: cuanto en las páginas subsiguientes se expone no es, no puede ser válido para chamanes y brujos; pero cuanto en la práctica terapéutica de los chamanes y los brujos tenga eficacia real y no sea mera creencia supersticiosa o franca superchería, debe hallarse en ellas reflexivamente incorporado. Con lo cual su contenido, además de ser *técnico* y *médico*, será también genérica e integralmente *humano*. La técnica terapéutica de quien no haya sabido comprender al brujo primitivo —«comprender»; esto es, descubrir su razón de ser para todos los hombres, por mínima y escondida que ésta sea— puede tener, desde luego, una validez *genéricamente* humana: el estetoscopio y la penicilina valen para todos los hombres, y acaso tal realidad haya sido uno de los estímulos más vigorosos en el actual movimiento de descolonización. Pero si el técnico de la medicina no ha sabido asumir de manera racional y reflexiva el resultado de esa faena de com-

prensión —¿qué es el psicoterapeuta, sino el técnico de una parte de lo que el brujo mágicamente hace?—, su patología y su terapéutica no llegarán a ser *integralmente* humanas: valdrán, sí, para *todos los hombres*, mas no para *todo el hombre*. Una teoría del acto médico valedera para todos los hombres y para todo el hombre tratan de ser las reflexiones que siguen.

CAPITULO I

LA RELACION MEDICA EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERHUMANAS

Antes que a un médico y un enfermo, la relación médica vincula mutuamente a dos hombres. El más grave error de quien aspire a describir recta e integralmente la consistencia de la relación médico-enfermo sería el de olvidar o desconocer lo que en páginas anteriores llamé su «fundamento genérico»; a saber, el hecho de que en ella se articulan más o menos eficaz y armoniosamente el menester de un hombre y la capacidad de otro hombre para remediar ese menester. Antes que tal estado de enfermedad, el estado de enfermedad es una forma particular y accidental de la indigencia del ser humano; antes que técnica diagnóstica y terapéutica, la medicina —quiero decir, la condición de médico— es un modo peculiar y adquirido de la humana posibilidad de ayudar al semejante menesteroso. Genéricamente considerada, la relación médica es una *relación interhumana* y una *relación de ayuda.* Tratemos de ver con cierta precisión la índole y la estructura de este evidente aserto.

I. Por su intención, su forma y su contenido, la relación entre dos hombres puede adoptar un número prácticamente indefinido de modalidades típicas, desde el abrazo amistoso y la conversación efusiva hasta la mutua agresión homicida, pasando por la simple mirada indiferente o desdeñosa o por la cuidadosa evitación de toda mirada. Pero ese inagotable número de posibilidades puede y debe ser ordenado según los dos modos cardinales de la relación interhumana, la relación objetivante y la relación interpersonal.

Llamo *relación obietivante* a aquella en que uno de los dos hombres que la integran intenta convertir al otro en *puro obieto;* y a mayor abundamiento, cuando son los dos quienes mutuamente se tratan con tal

intención. Intencional e hipotéticamente, el otro queda entonces reducido a ser *cosa*, realidad exterior carente de libertad personal y de fines propios. No pocas de las descripciones más prestigiosas de la relación interhumana descansan sobre esa hipotética y amputadora reducción del otro a cosa, a mero objeto natural; entre ellas, las tan conocidas de Hegel (el famoso esquema señor-siervo) y de Sartre (el encuentro a través de la mirada objetivante) [1].

Pero la intención del encuentro objetivante no queda nunca en simple objetivación. Esta, en efecto, puede aspirar a hacer del otro un objeto de contemplación, un *espectáculo*, o un objeto de manejo, un *instrumento*. En cuanto espectáculo, el otro está ante mí ofreciendo a mis fines propios (la fruición estética, la curiosidad científica, el interés profesional, el menosprecio, etc.) la sucesión de los aspectos que su realidad ostenta —o puede ostentar— en el momento de la contemplación. Como instrumento, el otro me es real en cuanto me brinda la posibilidad de modificarle artificiosamente al servicio de mis propios fines. La pura contemplación, en principio, *deia ser* al otro lo que él espontáneamente tiende a ser; la conversión del otro en instrumento le *hace ser* pasivamente algo que por sí mismo él no hubiera sido, y utiliza de un modo o de otro ese ser nuevo.

Mas tampoco así queda completo el cuadro, porque tanto la contemplación como la utilización instrumental pueden ser amorosas y odiosas. Al otro puedo contemplarle con amor (con alguna de las múltiples formas del amor) o con odio (con alguna de las múltiples formas del odio); la absoluta indiferencia, el *tertium quid*, no parece aquí posible, si se considera con suficiente finura la realidad moral del acto contemplativo. Del mismo modo, al otro puedo manejarle instrumentalmente con amor (por tanto, para favorecerle: así maneja la madre el cuerpo del hijo lactante) o con odio (por tanto, para perjudicarle: no otra cosa es en esencia la tortura). Contemplación amorosa, contemplación odiosa, manipulación amorosa, manipulación odiosa; tales son las cuatro formas típicas de la relación objetivante. Tal vez no sea ocioso añadir que, en este caso, el amor adopta la forma que he propuesto llamar *amor distante*, y que, simétricamente, el odio es ahora *odio distante*.

Pero objetivando intencionalmente al otro, reduciéndole hipotética

[1] Para todo lo referente a este primer apartado remito al lector a mi libro *Teoría y realidad del otro*, que, como ya advertí en el prólogo, constituye el fundamento antropológico de la presente monografía.

y operativamente a la condición de objeto o cosa, ¿le trato según lo que él en sí y por sí mismo es? Evidentemente, no, porque el otro no es cosa, sino persona; no objeto, sino —en el sentido moderno del término— sujeto. Recuérdese la aguda advertencia práctica de Unamuno:

Que uno es el hombre de todos
y otro el hombre de secreto,
y hay que librarse de modos
de hacer a un sujeto objeto.

El hombre es por esencia persona. Ser persona existente es la esencia del hombre. Objetivando al otro, relacionándome con él con una intención *pura y exclusivamente* objetivadora, le mutilo y degrado, aunque esa intención mía parezca ser amorosa. Si yo quiero, por tanto, tratar a otro hombre conforme a lo que él en sí mismo es, habré de entablar con él una *relación interpersonal.* ¿En qué consiste ésta?

Una respuesta se adelanta: será interpersonal mi relación con otro hombre cuando él y yo nos consideremos y tratemos como personas. En definitiva, cuando nos consideremos y tratemos como sustancias individuales de naturaleza racional (Boecio), como sujetos dotados de fines propios (Kant) o como seres vivos e inteligentes con sustantividad de propiedad (Zubiri), aunque uno y otro no tengamos la menor idea de estas tres definiciones filosóficas del ser personal. O bien, de modo más empírico y descriptivo: cuando él y yo nos consideremos y tratemos como seres a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de apropiación. Uno es persona en cuanto ejecuta actos inteligentes, libres y propios. Lo cual equivale a decir que la actividad constitutiva y definidora de la relación interpersonal será la *coejecución* de los actos en que y con que el otro ejecuta —realiza, pone *in actu exercito*— su condición de persona; y de modo más inmediato y psicológico, de las vivencias en que tales actos se hacen más o menos conscientes. La relación interpersonal es una convivencia que se actualiza como sucesiva coejecución.

Dos serán, según esto, los modos principales de la relación interpersonal: la *convivencia amorosa*, en la cual la intención unitiva emerge de una forma particular del amor (la amistad, el amor erótico, etc.), y la *convivencia odiosa.* Quien, por ejemplo, visita a un amigo que ha sufrido una desgracia para compartir su dolor, no se limita a contemplarle;

le contempla, desde luego, pero además intenta coejecutar en su propia alma la pena que el amigo está sintiendo en la suya. Quien odia personalmente a otro hombre —así odiaba Joaquín Monegro a Abel Sánchez en la tan conocida novela unamuniana—, aspira a una coejecución dominadora de todo lo que el otro pretende libremente hacer y sentir en la intimidad de su alma; aspira en último extremo a matar en su raíz misma la libertad ajena. [2]

Cuando la relación interhumana es verdaderamente interpersonal, el amor y el odio nos mueven a penetrar en el interior del otro, en su vida anímica; aquél es, pues, *amor instante*, y este otro *odio instante*, en el sentido etimológico del adjetivo *(in-stans)*. El odio no puede pasar de ahí. El amor, en cambio, puede trocarse en *amor de coefusión* o *constante* cuando las dos personas que se aman creen en el amor del otro y se efunden hacia él en obras de donación. El conjunto que en tal caso forman las dos personas deja de ser el simple *dúo* de aquellos a quienes vincula la conquista de una meta común accidental y externa, y se convierte en *díada*; la «unión dual» se trueca en «unidad diádica».

II. Si la esquemática exposición anterior presenta y ordena, como creo, todas las modalidades típicas de la relación entre hombre y hombre, ¿qué lugar ocupa dentro de ellas la relación médica? ¿Bajo cuál de las rúbricas precedentes puede ser colocada una relación interhumana de ayuda, cuando ésta tiene como sujeto activo un médico y como sujeto pasivo un enfermo?

Cabe pensar que la relación médica es una relación interhumana pura y exclusivamente objetivante. Por lo menos, así ha venido concibiéndola la patología de Occidente, desde Alcmeón de Crotona hasta nuestro siglo. Según ella, el enfermo ha de ser para el médico *puro* objeto de contemplación cognoscitiva (a la postre, espectáculo, en el sentido más amplio y noble de esta palabra) y *puro* objeto de manipulación terapéutica (en definitiva, *instrumento* de la acción sanadora que el terapeuta ejecuta). El paciente debe ser, en principio, lo que la planta individual es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara, objeto contemplable en un caso y objeto manejable en el otro; y cuanto en la práctica del diagnóstico y del tratamiento haya de

[2] Sobre los delicados problemas psicológicos y ontológicos que presenta tal «coejecución», vea el lector *Esencia y formas de la simpatía*, de Scheler, y mi *Teoría y realidad del otro*.

apartarse de estos esquemas será, a lo sumo, concesión táctica y resignada —no científica y no técnica— a la nunca bien dominable realidad del mundo exterior. Los capítulos subsiguientes mostrarán con mayor precisión la estructura de esta mentalidad, cuya fabulosa eficacia diagnóstica y terapéutica es de estricta justicia subrayar. Pero por grande que hasta hoy haya sido y sea en el futuro tal eficacia, ¿puede satisfacer una medicina que teóricamente desconoce la índole personal de la realidad sobre que actúa? Tanto los enfermos como los médicos de nuestro siglo han dado una rotunda respuesta negativa a esa interrogación. Convertir programáticamente al enfermo en puro objeto —«cosificarle», como suele decirse— es mutilar y degradar la plenitud de su condición humana. Puesto que el paciente es un hombre, la relación entre él y el médico debe ser interpersonal: tal parece ser la norma inexcusable.

Bien. Pero la relación médico-enfermo ¿puede ser una relación interhumana pura y exclusivamente interpersonal? En modo alguno. Para quien esté haciendo una visita de pésame a un amigo afligido resulta cosa relativamente secundaria el ocasional estado del cuerpo de éste; para él lo importante y decisivo es la aflicción que en aquel momento traspasa la intimidad de la persona con quien está. El médico, en cambio, no puede serlo sin convertir en objeto contemplable el cuerpo del enfermo. Percutir, por ejemplo, un tórax, ¿qué es, sino hacer de ese tórax un objeto sonoro? El amigo, por otra parte, se conduce como tal coejecutando sinceramente la pena de su amigo; al paso que el médico —que no puede coejecutar, aunque compasivamente lo quiera, el dolor cólico o el vértigo de su paciente— debe «operar», bien mediante fármacos, bien mediante intervenciones manuales, sobre la realidad física de quien ha requerido su ayuda, y por tanto «manejar» esa realidad, hacerla instrumento pasivo de su intención terapéutica. No: la relación médica no puede y no debe ser relación pura y exclusivamente interpersonal.

El conflicto, sin embargo, no es insoluble. Entre la pura relación objetivante y la pura relación interpersonal hay modos intermedios de la vinculación interhumana; y no porque en ellos se establezca entre hombre y hombre un tipo de comunicación distinto de la objetivación y la coejecución, sino porque una y otra se combinan de manera diversa en su peculiar estructura. El conjunto humano de la relación objetivante, sea contemplativa u operativa su índole, se halla constituido por un sujeto (el individuo humano que objetiva) y un objeto (el individuo humano

objetivado); el conjunto humano de la relación interpersonal es en su forma perfecta la díada, el «nosotros» de un yo y un tú amorosamente fundidos entre sí sin mutua confusión física. Pues bien, entre el sujeto-objeto de la objetivación y la díada de la unión interpersonal hay por lo menos dos realidades típicas intermedias, el dúo y la cuasi-díada.

Llamo *dúo* —recuérdese lo dicho en la «Introducción»— al conjunto que forman dos hombres funcionalmente unidos entre sí para el logro de una meta situada fuera de ellos. Un contrato mercantil y una relación de camaradería constituyen dos claros ejemplos de esa modalidad de la relación interhumana. La relación médica ¿será otro caso particular de cooperación dual? Tal parece ser el pensamiento de von Weizsäcker cuando llama *Weggenossenschaft*, «camaradería itinerante», a la relación terapéutica. Pero, por las razones que más adelante serán expuestas, yo pienso que el conjunto formado por el médico y el enfermo —dejando por ahora aparte su constitutiva naturaleza social, la ineludible incardinación de uno y otro en la sociedad de que ambos son parte— pertenece a otro tipo de relación, la *cuasi-díada*, cuya estructura genérica quedará perfectamente deslindada considerando de manera sumaria tres de las más caracterizadas especies de la relación de ayuda, el consejo, la educación y la asistencia médica.

En la *relación de consejo* un hombre ayuda a otro para que éste tome en su vida una *decisión*. Es la forma superior de la «procura» *(Fürsorge)* de Heidegger, la «procura preventiva» de quien, conociendo lo que otro es y conjeturando lo que en el futuro puede ser, le muestra un camino hacia ese futuro y le deja en libertad para emprenderlo o no. A éste, al aconsejado es a quien corresponde la decisión personal de seguir el consejo o desoirlo. Apenas será necesario decir que la objetivación y la coejecución son partes integrantes del acto de dar consejo; el cual, entre estas tres especies de la relación de ayuda, es la más próxima a la relación puramente diádica. Es perfectamente posible, en efecto, una genuina amistad en que ninguno de los dos amigos aconseje al otro, y también puede acaecer que el consejero no sea amigo personal del aconsejado; pero no es menos cierto que la amistad, en el sentido más íntimo y propio de este vocablo, tiene que expresarse en ocasiones bajo forma de consejo, y en tal caso éste viene a ser la realización ocasional de una díada. Por eso dije antes que la relación de consejo, cuasi-diádica en sí misma, se halla muy próxima a la relación puramente diádica de la amistad y el amor.

Otro modo cardinal de la cooperación cuasi-diádica es la *educación*. En ella, el maestro ayuda al discípulo para que éste adquiera un *hábito mental*; como suele decirse, para que aprenda algo. También el acto pedagógico requiere la objetivación y la coejecución; mal pedagogo será quien no trate de coejecutar en su alma, por vía conjetural y adivinatoria, lo que pasa en el alma del niño a quien enseña. Y como la objetivación y la coejecución, la amistad: desde Sócrates y Platón sabemos que sin un *erôs paidagôgikós*, psicológica y socialmente realizado como *philía paidagôgikê*, no sería posible el arte de educar. Pero esta «amistad pedagógica» no es amistad interpersonal pura, porque en cuanto amigo, y sin mengua de su buena voluntad respecto del otro, el amigo respeta y acepta de buen grado lo que el otro es, al paso que el educador lo es en cuanto no acepta lo que en aquel momento está siendo su educando y se esfuerza por modificar según arte —la *tékhnê paidagôgikê* de Platón— ese ser provisional y deficiente; y esto, aunque el educando sea varón maduro o anciano. La educación, modalidad típica de la relación cuasi-diádica de ayuda, se halla más lejos de la pura díada que el consejo.

Viene en tercer lugar la *asistencia médica*. Quien como médico ayuda a un enfermo, trata de que éste adquiera un *hábito psicosomático*; no otra cosa es la salud. Lo cual, como paulatinamente iremos viendo, exigirá de aquél la práctica de actos psíquicos coejecutivos, pero en más amplia medida la apelación a operaciones objetivadoras, puesto que la enfermedad es *siempre* un estado del cuerpo, y primariamente somáticos son, en consecuencia, los sentimientos que en el alma del enfermo la revelan. La amistad del médico hacia el enfermo —la *philía iatrikê* a que ya aludieron los asclepíadas hipocráticos— se halla todavía más lejos de la pura amistad interpersonal que la amistad pedagógica; y teniendo que ser en alguna medida amor instante, está muy próxima ya al amor distante de la objetivación amistosa que páginas atrás mencioné.

En suma: en la relación diádica de la pura amistad interpersonal, la objetivación es desde luego necesaria, pero sólo con necesidad de medio (así contemplan el amigo a su amigo y el amante a la persona amada); lo decisivo y terminal en ella es la coejecución unitiva; al paso que en la relación cuasi-diádica de ayuda se invierten los términos: la coejecución es en ella necesaria con necesidad de medio, y la objetivación, bajo forma de contemplación, unas veces, y de manejo instrumental, otras, se eleva a fin propio de la relación interhumana, porque lo que con ésta se pretende ahora, aun en el caso del consejo más delicado y res-

petuoso, es una modificación efectiva de la realidad del otro. De ahí que de la amistad haya una ascética y no pueda haber una técnica; y recíprocamente, que la actividad de aconsejar, la de enseñar y la de curar estén ordenadas —deban estar ordenadas, si han de ser eficaces— por sus técnicas respectivas, tanto más acusadas y rigurosas, en tanto que tales técnicas, cuando más próximas se hallen a la pura objetivación. Diremos, pues, que, dentro del cuadro de las relaciones interhumanas, *la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicosomático que solemos llamar salud*; y que, entre todas las relaciones de ayuda —si no se cuenta el caso del salvamento de un náufrago u otros semejantes— ella es la más próxima a la que antes, de un modo genérico, he llamado objetivante [3].

Dicho lo cual, debo inmediatamente añadir que la índole cuasi-diádica de la relación entre médico y enfermo es cierta de un modo terminativo, mas no de un modo simple y absoluto. La relación médica se consuma como relación entre dos personas, la del médico y la del enfermo, y mala será una asistencia médica que diagnóstica y terapéuticamente no termine como cooperación cuasi-diádica entre ellas; pero afirmar esto no equivale a desconocer el carácter constitutivamente social de aquella relación, y por lo tanto la necesidad de entender y realizar como actos socialmente condicionados el diagnóstico, el tratamiento y las obligaciones éticas a que uno y otro se hallan sometidos. Cuanto menos puramente interpersonal es una relación humana, tanto más se acusa y perfila en ella su condición social. La díada de dos amigos o de dos amantes se constituye —en la medida en que esto es posible al hombre— *sobresocialmente*; la cuasi-díada que forman el consejero y el aconsejado, el maestro y el discípulo y el médico y el enfermo, ésta sobre todo, sólo *socialmente* puede constituirse, aunque luego haya de terminar y termine de hecho como vinculación entre dos personas. Quede ahí el tema, en espera de los capítulos en que estudiemos la consistencia social de la relación médica.

III. Examinemos con cuidado la estructura interna de la vinculación entre el médico y el paciente, entendida como relación cuasi-diádica.

---

[3] Al náufrago se le intenta salvar la vida; se le considera y trata, por tanto, como simple ser viviente, como organismo vivo amenazado de muerte biológica. De ahí que haya de considerársele como puro «objeto»; más precisamente, como un «objeto valioso» cuyo valor consiste en ser persona.

Sabemos ya que esta relación tiene un fundamento, constituído por la conjunción de los motivos que llevan a encontrarse entre sí al médico y al enfermo, y que dicho fundamento se realiza de un modo a la vez cognoscitivo (diagnóstico), operativo (tratamiento), afectivo (transferencia) y ético-religioso. Debemos dar ahora un paso más, y preguntarnos por la contextura y la dinámica interna de ese proceso de realización. Para lo cual parece necesario adoptar previamente como canónico un determinado tipo de la relación entre el médico y el enfermo.

Tanto en el orden formal como en el orden material, la relación médica muestra, en efecto, los más diversos aspectos. Su marco social puede ser una policlínica, un consultorio privado, el dormitorio del enfermo en su domicilio, una sala hospitalaria o un campo de batalla. Su contenido es distinto en la visita del internista al enfermo agudo, en la intervención del cirujano y en el tratamiento del psicoterapeuta. Al médico, por otra parte, pueden moverle para actuar como tal las más dispares intenciones fundamentales: una genuina vocación médica, un interés puramente científico, un deber profesional, un dominante apetito de lucro o de prestigio. El enfermo, a su vez, puede acudir al médico movido por muy encontrados intereses (la reconquista de la salud, el puro deseo de «saber lo que tiene», el propósito más o menos consciente de una baja en el trabajo), configurado por muy diferentes mentalidades (supersticiosa o científica, religiosa o irreligiosa) y dominado por los más variados afectos anímicos (confianza o desconfianza, esperanza o desesperación, voluntad de lucha contra la enfermedad o total postración ante ella). En páginas ulteriores trataré de mostrar cómo de la mutua implicación de esta compleja gama de motivos surgen los diversos modos típicos de la relación médica. Mas para proseguir con fruto nuestro análisis, parece inexcusable, como antes dije, referirlo a un modo ideal o canónico de esa relación: la que se establece entre *un médico que actúa con vocación de tal y un enfermo con auténtica voluntad de curación, sin una mentalidad mágica o supersticiosa especialmente acusada y con alguna confianza en la capacidad técnica y en la persona de quien le atiende.* ¿Cuál será en tal caso la estructura interna de la relación entre ambos?

Pienso que esta última interrogación exige deslindar en la relación médica cuatro momentos principales: el *fin propio* de tal relación, la meta hacia que realmente aspira la conjunción cuasi-diádica entre el médico y el paciente; el *modo propio de la convivencia* que en ella se establece, la contextura central y unitaria de los actos por los que la cuasi-díada mé-

dico-enfermo se constituye; el *vínculo propio* de la relación médica, la índole específica de la unión que a través de tales actos se realiza; y, por fin, la *comunicación propia entre el médico y el enfermo*, el conjunto de los recursos técnicos —en el más amplio sentido de esta palabra— a que el médico debe apelar para que esos actos de convivencia adquieran efectiva y empírica realidad.

1. No es precisa una reflexión muy detenida y sutil para advertir que, en el caso elegido como canónico, el *fin propio* de la relación médica es la salud del enfermo. Fines inmediatos suyos serán —habrán de ser siempre, si el médico procede como tal— la formulación de un diagnóstico y la prescripción de un tratamiento; pero su fin último no puede ser otro que la *salud* del paciente. Es preciso subrayar con energía esta aparente obviedad, porque la medicina actual, embriagada a veces por la incipiente y ya fascinante eficacia de sus técnicas para modificar la naturaleza humana —técnicas farmacológicas, fisioterapéuticas, quirúrgicas, psicoterápicas, sociales, etc.—, ha llegado a pensar que el fin último del médico en cuanto tal puede ser, más allá de la pura salud física, la *bondad moral* del hombre (hacer hombres buenos) o la *felicidad* del ser humano (hacer hombres felices). La utopía del *brave new world* huxleyano perdura y rebrota con brío en Occidente, pese a existencialismos y angustias, tras la Segunda Guerra Mundial. No cedo a nadie en devoción por la ciencia y sus fabulosas posibilidades, pero discrepo radicalmente de esa ilusión; más aún, la tengo por grave extravío de la mente. Lo propio del médico en cuanto tal no es hacer hombres buenos ni hombres felices, sino hombres sanos. Como médico, no puede ni debe pasar de ahí. Y siendo muy cierto que el hombre sano se halla en más favorables condiciones que el enfermizo y el enfermo para ser bueno y feliz, es preciso pensar, porque así lo impone la condición humana: *a)* que la bondad y la felicidad no son consecuencia necesaria de la salud, hábito psicosomático de la naturaleza individual, y dependen ante todo de dos instancias, el uso que la persona en cuestión haga de su libertad en la edificación de su existencia y esa misteriosa determinación de la vida humana que los antiguos llamaron *fortuna* y hoy solemos llamar, según sean nuestras creencias religiosas, *azar* o *providencia*; y *b)* que la procura de esas dos metas supremas no debe y no puede ser objetivo del médico, sino empeño concordante de la propia persona, en cuanto titular y administradora de su libertad, y de quienes tienen a su cargo la ordenación de la sociedad y la proposición de fines últimos a la existencia del hombre

(políticos, sacerdotes, etc.). Un individuo sano puede ser bueno o malvado y felicísimo o infeliz, y lo será según la peculiaridad del mundo en que viva, el empleo que haga de su libertad y, a la postre, el signo favorable o desfavorable que presida su suerte [4].

¿Cómo debe ser entendida, según esto, la salud, fin propio de la relación médica? Pienso que el recto camino hacia la respuesta debe partir de dos asertos previos: 1.º La *realidad* de la salud posee una estructura compleja. 2.º La *idea* de la salud posee una configuración y un contenido que en alguna medida dependen del punto de vista del considerador y en algún modo son, por tanto, social e históricamente variables.

La complejidad del estado vital que solemos llamar «salud» se hace patente en la multiplicidad de los criterios con que en la práctica se le define. El *criterio subietivo* o *sentimental* es aquel a que el individuo humano más inmediata y espontáneamente recurre. Goza de salud, según él, todo hombre que puede decir con sinceridad: «Me siento sano». El sentimiento que el hombre tiene de su propia vida es en tal caso la instancia decisiva; la salud queda concebida como un difuso y genérico «sentimiento de bienestar». Pero ¿puede decirse que está sano un sujeto que se siente bien y en cuyo cuerpo hay una lesión tumoral, tuberculosa o sifilítica susceptible de objetivación?

Enemiga en principio de subjetividades, la medicina de Occidente ha preferido desde su nacimiento atenerse a un *criterio obietivo*. La norma rectora *(métron)* del saber médico debe ser, según el escrito hipocrático *de prisca medicina*, «la sensación del cuerpo», la percepción sensorial del organismo del paciente; y así, para afirmar que un hombre está sano es preciso considerarle previamente como «objeto perceptible». Mas con esto no está dicho todo, porque la objetividad de la salud puede ser establecida desde cuatro puntos de vista muy distintos entre sí: la *morfología*, la *actividad funcional*, el *rendimiento vital* y la *conducta*.

Desde un punto de vista *morfológico*, tiénese por sano al hombre en cuyo cuerpo no puede descubrirse una deformación directa o indirectamente visible (es decir, una alteración de su estructura macroscópica o microscópica), ni una realidad material ajena a lo que ese cuerpo normalmente es. La salud, según esto, es el estado morfológicamente normal del cuerpo viviente, y la normalidad queda técnicamente entendida

---

[4] Remito al lector a mi ensayo «Salud y perfección del hombre», recogido en el libro *Ocio y trabajo* (Madrid, Revista de Occidente, 1960).

como ausencia de «malformaciones» (un pie equino, una espina bífida) «lesiones» (la «lesión anatómica» de Morgagni, la «lesión celular» de Virchow o la «lesión bioquímica» de Peters) y «cuerpos extraños» (un cálculo, un veneno o un germen patógeno). Los exámenes radiográficos en serie (reclutas, estudiantes,etc.) son tal vez el ejemplo más demostrativo de este modo de entender la salud. Cambian las cosas cuando el punto de vista es la *actividad funcional*. Sano es en tal caso el hombre cuyas funciones vitales ostentan un curso al que se juzga normal porque se halla dentro de los límites que definen la «norma funcional» de la especie. Las cifras mensurativas y los trazados gráficos a que conducen las diversas «pruebas funcionales» (circulatorias, respiratorias, renales, metabólicas, etc.) constituyen ahora la materia del juicio. El *rendimiento vital* del individuo puede asímismo ser criterio objetivo de salud. Quien lo adopte, juzgará sano al hombre capaz de rendir sin fatiga excesiva y sin daño aparente lo que la sociedad a que pertenece o él mismo esperan de su vida: trabajo profesional, servicio militar, creación intelectual o artística, etc. Queda por considerar, en fin, el punto de vista de la *conducta*, en cuanto ésta se hace social y objetivamente perceptible. Sin una conducta «normal» —sin un comportamiento atenido a las pautas «normales» en la sociedad de que se es parte—, no puede hablarse de salud, aunque la morfología, la actividad funcional y el rendimiento vital del individuo no parezcan ser «anormales»; tal es el caso de ciertos psicópatas.

En la compleja *realidad* de la salud se integran, pues, un momento subjetivo y otro objetivo, este último diversificado según los cuatro puntos de vista que acabamos de examinar. En consecuencia, la *idea* que de la salud se tenga variará en alguna medida según el punto de vista en que uno se instale para estimarla y definirla, y de ahí que un mismo estado vital pueda ser tenido como «sano» en cierta situación histórico-social y como «morboso» en otra. En algunas sociedades primitivas de Siberia, el trance chamanístico pertenece a la «normalidad» de la vida del chamán; éste es para sus compañeros de tribu un hombre excepcional, pero no un hombre enfermo. En la sociedad civilizada de Europa o América, ¿qué juicio merecería un individuo que seriamente y no por impostura afirmase haber viajado a tierras lejanas y dominar los espíritus y el fuego durante sus trances extáticos? Y dentro de cualquier sociedad civilizada, ¿no es acaso posible que en una situación de entusiasmo público parezcan ser subjetiva y objetivamente sanos hombres

que en una situación distinta pasarían por enfermos? Para el hombre no hay salud cumplida, ha escrito R. Siebeck, sin una respuesta satisfactoria a la pregunta: «Salud, ¿para qué?»; y este «para qué» de la salud —perteneciente a ella, pero, en cuanto instancia de la vida personal, no sólo por ella determinado— influye decisivamente sobre nuestra idea de la higidez, y aún sobre su realidad misma.

Estas consideraciones permiten establecer los siguientes asertos: 1.º El médico debe distinguir entre la salud perfecta y la salud relativa. 2.º Es *salud perfecta* aquélla en que coinciden un sentimiento subjetivo de bienestar con una morfología, una actividad funcional, un rendimiento vital y una conducta manifiestamente normales. 3.º La salud perfecta es un estado-límite, al cual se aproximan más o menos los diversos estados reales de la vida humana. Lo que habitualmente llamamos «buena salud» es, pues, una *salud relativa*, y esta constitutiva relatividad de la salud humana puede depender *a)* de un leve, pero sensible desplazamiento subjetivo u objetivo de la vida hacia el estado de enfermedad; por lo tanto, hacia un estado en que el individuo deja de estar enteramente sano y todavía no está verdaderamente enfermo (el *corpus neutrum* de los galenistas medievales); *b)* del punto de vista en que haya querido situarse el considerador, puesto que es posible que un mismo individuo parezca sano mirado desde un determinado punto de vista, y enfermo si se le mira desde otro distinto; y *c)* de la mayor o menor resistencia del individuo a perder, alterado su organismo por una causa externa, la pauta funcional, la seguridad y el equilibrio elástico con que transcurre su vida normal o hígida. 4.º Desde un punto de vista antropológico general, y en cuanto «normalidad» objetiva y subjetiva de la naturaleza individual, la salud es un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad de la persona; consiste, por tanto, en la capacidad física para realizar con la mínima molestia, y si fuese posible con gozo, los proyectos vitales del sujeto en cuestión. Tal capacidad debe constituir, pues, el fin propio de la relación entre el médico y el enfermo.

2. Puesto que este es el verdadero fin de la asistencia médica, ¿cuál será el *modo propio de la convivencia* que en la relación médico-enfermo se establece? Por lo que atañe a los actos que psicológicamente la constituyen, la convivencia interhumana puede ser *o bien* objetivación contemplativa o manipuladora, *o bien* coejecución más o menos amistosa u odiosa. *Tertium non datur*. En tal caso, y puesto que la relación médica, como hemos visto, no debe resolverse en pura objetivación ni en pura

coejecución, ¿qué deberá hacer el médico para convivir con el enfermo? ¿Puede limitarse a objetivar en cuanto médico la realidad psicosomática del paciente (descubriendo en ella una caverna pulmonar o una idea delirante) y a coejecutar en cuanto persona compasiva las cuitas que en la intimidad de aquél haya producido su enfermedad? No lo pienso así. A mi modo de ver, *el médico debe convivir con el enfermo completando sistemáticamente la obietivación con la coeiecución y la coeiecución con la obietivación.* En los capítulos consagrados al diagnóstico y al tratamiento estudiaré con algún detalle el adecuado cumplimiento de esta regla metódica, correlato, dentro de una medicina antropológica y personalista, de lo que para la patología puramente cosmológica y fisicista tradicional en Occidente ha sido la «sensación del cuerpo» que prescribió el escrito *de prisca medicina.* Entre tanto, procuraré explanar breve y propedéuticamente su sentido.

Varias veces he dicho que el médico debe objetivar cognoscitiva y operativamente la realidad del enfermo. Como técnico de la medicina, no puede no hacerlo. Mediante los recursos exploratorios que describen los tratados de semiología somática (inspección, palpación, percusión, auscultación, exploraciones endoscópicas y radiográficas, trazados gráficos, análisis químicos, etc.), contempla con los sentidos de su cuerpo las lesiones anatómicas o bioquímicas del cuerpo del paciente, las objetiva de manera intuitiva; mediante las reglas nosognósticas que enseñan los manuales de semiología psiquiátrica (coloquio psiquiátrico, tests psicológicos, etc.), objetiva y contempla con los ojos de la mente las alteraciones anímicas del enfermo: alucinaciones, ideas delirantes, ideas obsesivas, desórdenes afectivos, tantas más. Una caverna diagnosticada acústica o radiográficamente es para el explorador un *obieto somático,* auditivo en el primer caso y visual en el segundo; una idea delirante correctamente diagnosticada es para el médico un *obieto mental,* en doble sentido: porque ha llegado a conocerlo mediante el ejercicio de su propia mente y porque lo sitúa como realidad objetiva en la mente del enfermo. En uno y otro caso, la realidad del paciente es objetivada por el médico [5].

---

[5] Los médicos suelen pensar que «objetivación» es sólo «conocimiento del cuerpo». Nada más erróneo. También la vida anímica del otro puede ser objetivada, y esto es lo que hace el psiquiatra cuando diagnostica en el enfermo mental un «cuadro morboso» (una depresión, por ejemplo) o un «proceso morboso» (por ejemplo, una psicosis maniaco-depresiva).

Pero la objetivación diagnóstica y terapéutica del enfermo por parte del médico, ¿agota las posibilidades de convivencia entre ambos? Más aún: ¿puede el médico, aunque así lo quiera, limitarse a una pura faena de objetivación en su convivencia con el paciente? Queriéndolo o no, sabiéndolo o no, ¿no se ve siempre obligado *en tanto que médico* a la práctica de actos psíquicos de intención no sólo objetivante? Este es, a mi juicio, el nudo del problema.

Consideremos un caso límite; en apariencia, un caso puro: la actividad del cirujano cuando en el quirófano opera un cuerpo anestesiado. Más que una persona, ante él hay —o así lo parece— un simple objeto viviente, sólo por su forma anatómica distinto del caballo o el perro que el veterinario puede operar. Un puro objeto, que como tal objeto él contempla, palpa, incinde y maneja. Pero incluso en este caso, ¿puede ser mera objetivación la asistencia médica? En el curso de su intervención quirúrgica, ¿puede limitarse el cirujano —más precisamente: el buen cirujano— a objetivar contemplativa y operativamente la realidad del enfermo? En modo alguno. Lériche ha subrayado más de una vez la obligación de imaginar lo que para el paciente va a ser la cicatriz que la operación dejará en el cuerpo. Hay que elegir en cada caso la incisión cuya cicatriz sea más tolerable para quien como suya la habrá de ostentar el resto de su vida, y esto exige conocer la personalidad del operado, prever su vida futura y conjeturar cómo reaccionará ante las diversas eventualidades de esa vida; por tanto, coejecutar adivinatoriamente las posibles actitudes y respuestas de la persona cuyo cuerpo insensible e inconsciente está incidiendo el bisturí. Una intervención quirúrgica es, desde luego, forma particular de una relación interhumana objetivante, pero también —todo lo tenuemente que se quiera— manifestación visible de una relación coejecutiva e interpersonal. Otro tanto podría decirse, *mutatis mutandis*, del diagnóstico y el tratamiento de una persona en estado comatoso. Pese a lo que con su inmensa autoridad haya podido decir Goldstein, un individuo humano no es nunca, ni siquiera en el más profundo estado de inconsciencia, puro organismo [6].

Tanto menos lo será cuando su condición personal se exprese conscientemente y en acto, y tal es el caso del diagnóstico y el tratamiento de un sujeto no anestesiado ni comatoso. Es verdad que un doctrinario de

[6] Puede leerse una exposición crítica de la antropología organísmica de Goldstein en mi libro *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico* (2.ª ed. Salvat, Barcelona, 1961).

la mentalidad anatomoclínica —valga este ejemplo— intentará reducir programáticamente el cuerpo del enfermo a la condición de cadáver sometido a necropsia; pero a pesar de esa intención, la real actividad diagnóstica del más unilateral de los anatomoclínicos no podrá prescindir de un contacto no sólo objetivante, también coejecutivo e interpersonal, con la realidad viviente del sujeto por él diagnosticado. Y lo que se dice del diagnóstico, no menos debe decirse del tratamiento. Ampliamente lo veremos en capítulos ulteriores. El enfermo es persona, y como tal persona debe ser y aún tiene que ser visto y tratado por el médico; y el modo de tratar personalmente a una persona es, como sabemos, la coejecución de los actos psíquicos que como tal la definen y constituyen: sus actos psíquicos «propios».

¿Cuáles son los actos personales del enfermo que el médico puede y debe en cuanto médico coejecutar? Evidentemente, los pertinentes a su enfermedad. Si la relación afectiva de un enfermo con su esposa nada tiene que ver con la dolencia que ese hombre padece, descubrir y convivir la vivencia de tal relación será por parte del médico, no un acto exploratorio, sino vituperable curiosidad. Pero esto es decir muy poco, porque en la experiencia personal del enfermo respecto de su enfermedad hay que hacer una distinción fundamental.

Ha llamado Husserl *das Mir-Eigene*, «lo para-mí-propio», a la esfera fenomenológica de las vivencias pertenecientes a la realidad propia del sujeto. La vivencia de mi pensamiento y los sentimientos que mi cuerpo suscita en mi conciencia son momentos integrantes de «lo para-mí-propio» la sensación de la mesa que tengo ante mí y la mirada de quien con impertinencia me observa son, por supuesto, vivencias mías, mas no pertenecen a «lo para-mí-propio», sino a «lo para-mí-ajeno», a la esfera del *das Mir-Fremde*. Pienso que este concepto husserliano es precioso, pero insuficiente, porque esa esfera de «lo para-mí-propio» no es homogénea, y se halla integrada por otras dos, fenomenológica y psicológicamente muy bien deslindables entre sí: la esfera de *lo en-mí* y la esfera de *lo mío*.

Imaginemos que en este momento me asalta un dolor de muelas. Ese dolor procede inequívocamente de una parte de mi cuerpo, y no menos inequívocamente está en mí, en mi conciencia. ¿Puedo decir, sin embargo, que sea mío? En modo alguno. Lo vivo como algo brutal e incomprensiblemente surgido en mí; para mí es algo que me sobreviene, que me asalta «desde fuera». Más aún: no lo acepto en mi vida, me sublevo contra él, trato de eliminarlo de mi conciencia ingiriendo un analgésico o,

más radical y significativamente, suprimiendo de mi cuerpo la parte de que procede y en que asienta. El dolor de muelas está *en mí*, pero no es *mío*; al menos comienza por no serlo, aunque yo, carente de una expresión verbal más precisa y discriminadora, deba llamarle «*mi* dolor de muelas» cuando hable de él.

¿Qué es entonces *lo mío*? Evidentemente, lo que yo vivo como parte integrante de mi mismidad; lo que en propiedad pertenece a mi persona; lo que en mi más secreta y personal intimidad siento que me es necesario para ser y seguir siendo «yo mismo». *Lo mío* puede serme en principio grato o ingrato, aunque, en virtud de muy profundas razones antropológicas y metafísicas [7], siempre me sea más fácil considerar *míos* los ingredientes gratos —actos o sentimientos— de mi propia vida. No pocas veces caemos en la engañosa ilusión de tener por *nuestros* modos de ser o vivencias que no pasan de estar en nosotros dándonos algún placer, y de juzgar *no nuestros*, ajenos a la mismidad de nuestra persona, otros que en rigurosa propiedad, pero dolorosa o degradadoramente para nosotros, pertenecen de hecho a la constitución real de nuestro «yo mismo». Para afirmar de algo su carácter de *mío* —su *meidad*, si se me permite decirlo así—, lo decisivo no es, pues, la índole grata o ingrata de su afección a mi persona, ni los títulos biológicos o jurídicos de su adscripción a mi vida, sino la autenticidad y la última certidumbre de su pertenencia al reducto íntimo en que real y verdaderamente yo soy «yo mismo» y puedo hablar de «mí mismo».

De tres modos cardinales puede ser *mío* un acto psíquico, idea, creencia, volición o sentimiento; tres son, por tanto, las vías principales por las que llega a constituirse la «propiedad» de mi persona: la asunción, la creación y la donación.

Es *mío por asunción* todo lo que, viniendo a mi vida desde fuera de mí, es por mí activamente incorporado a mi realidad personal, asumido en ella. Así ha llegado a ser «mío», por ejemplo, mi amor a mis hijos; el cual, una vez constituído, integra sustantivamente la realidad de mi «yo mismo», y a ella sigue perteneciendo aunque mis hijos lleguen a morir o mi conciencia a veces les olvide. De igual modo puede llegar a ser

---

[7] A la postre, en virtud de la constitutiva «vocación de felicidad» del hombre en cuanto tal. Puedo alguien, es cierto, llamar «felicidad» a lo que no lo es; pero su misma equivocación demuestra que su ser se mueve, para decirlo al modo hegeliano, en el «elemento de la felicidad», y esta es la razón por la cual tendemos —errando tantas veces— a considerar «propio» lo grato.

realmente «mío» lo que ocurre en mi cuerpo. En páginas ulteriores estudiaré sumariamente la estructura de la asunción apropiadora, tan importante para entender con precisión la actitud personal del enfermo frente a su enfermedad.

Es *mío por creación* lo que surge en mi vida por obra de mi libertad creadora y como haber real y verdaderamente propio es incorporado luego a la mismidad de mi persona. Sin la ulterior apropiación de sus personales creaciones, el creador no llegará a tenerlas por verdadera y definitivamente «suyas», aunque sin duda hayan salido de él. «Esto no es mío», dicen el pintor o el poeta de la obra que repudian como malograda o espúrea; en definitiva, frente a lo que, habiendo sido producido por ellos, no aceptan como propio. Como la asunción apropia lo originariamente ajeno, el repudio y el arrepentimiento enajenan lo que había comenzado siendo propio. Lo cual no es óbice, claro está, para que la creación —en la medida en que el hombre puede ser creador— sea parte principalísima en la constitución de la mismidad personal.

Es *mío por donación*, en fin, lo que entra en mi vida desde fuera de ella y yo acepto en mi intimidad como destinado a mí. Mediante la asunción conquisto activamente como mío lo que en principio no era para mí; a través de la donación recibo aceptadoramente como mío lo que un acto de creencia me hace ver dedicado a mí, algo que una instancia exterior a mí —cualquiera que esta sea— me presenta y ofrece. Mi vocación es mía por donación, y también por donación llegan a ser efectivamente mías mis ocurrencias y mis invenciones. Todo acto de creación y aun todo hallazgo comienzan y terminan siendo, para quien los ejecuta y logra, ofrecimiento, donación, regalo.

¿Qué es, pues, lo que en mi vida ha comenzado siendo radical y originariamente *mío*? Bien poca cosa. Casi nada. Una libertad incipiente, limitada y oscura, sin más patrimonio que su esforzada o desmayada voluntad de ser; la cual, por obra de aceptación, asunción y creación ha construido paulatinamente mi «mí-mismo», ha ido edificando mi mismidad personal y constituyendo, en suma, la esfera de *lo mío*. Mi cuerpo, por ejemplo, pertenece a mi realidad por naturaleza, y en este sentido puedo y debo decir «yo soy mi cuerpo»; pero a la vez es parte de mi ser personal por aceptación, y esto, precisamente esto es lo que me permite llamarle «mío» o sentir frente a él las diversas vivencias que puede suscitar en mí lo incomprensible y ajeno: la extrañeza, el asombro o, sartrianamente, la «náusea».

He aquí el resultado de esta necesaria e informal digresión fenomenológica. Actos psíquicos verdaderamente propios son los que constituyen la mismidad de la persona, la esfera de *lo mío*, bien incrementándola por asunción, creación o aceptación, bien delimitándola por exclusión o repudio. Los «actos humanos», diría un escolástico [8], van así constituyéndose en hábitos ontológicos y psicológicos del supuesto personal. Poco importa ahora la parte respectiva que en este proceso tengan las zonas subconscientes o inconscientes de la personalidad. Ahora no importa sino advertir que la convivencia coejecutiva —esta es su inesquivable aporía; si se quiere, este es su drama— debe tener por materia los actos con que el otro edifica y afirma su mismidad personal, lo que para él es más íntimo y recoleto, más «propio» [9].

¿Cuál habrá de ser, según esto, la actividad coejecutiva del médico en su relación con el enfermo? Voy a responder a esta interrogación distinguiendo dos casos extremos y contrapuestos, la enfermedad aguda y la enfermedad neurótica, y otro intermedio, la enfermedad crónica. Más de una vez habremos de apelar a esta ordenación de los modos de enfermar, próxima en cierto modo al conocido esquema genético de von Weizsäcker: «neurosis», «biosis» y «esclerosis» [10].

En la *enfermedad aguda* —una neumonía, un cólico nefrítico inesperado—, son mínimas la posibilidad y la importancia médica de la coejecución interpersonal. Los sentimientos que patentizan el estado de enfermedad —el dolor físico, el vértigo, el embotamiento, la fatiga, etc.— pertenecen originariamente a la esfera de *lo en-mí*, no a la esfera de *lo mío*, y son radicalmente incoejecutables. El dolor de muelas es de quien lo padece, y de nadie más: en cuanto sentimiento morboso del propio cuerpo, la enfermedad aisla, y esta es la razón por la cual, en tales casos, un diagnóstico y un tratamiento meramente atenidos a la objetivación pueden ser técnicamente suficientes. En su momento lo veremos.

Pero ¿sólo *en-mí* es la enfermedad aguda? Indudablemente, no. En alguna medida y de algún modo, una enfermedad aguda puede llegar a ser, aunque yo no me lo proponga, *mía*, bien porque a la pesadumbre de padecerla yo le atribuya —más o menos conscientemente— un sentido

---

[8] Conocida es la distinción escolástica entre «actos de hombre» y «actos humanos».

[9] De nuevo remito al lector a mi *Teoría y realidad del otro*, vol. II, *passim*.

[10] Sólo en cierto modo próxima, porque ahora mi punto de vista es fenomenológico, y el de von Weizsäcker, patocrónico y genético. Por eso es ahora distinto el orden respectivo de esos tres modos típicos de enfermar.

en mi existencia personal (mérito para la vida eterna, recurso para dejar de cumplir un deber penoso, etc.), bien porque la afección no haya surgido por puro azar en mi vida terrenal, sino en virtud de un proceso genético más o menos consciente, dotado en el curso de esa vida de una significación psicológicamente comprensible (valgan como ejemplo las famosas anginas «psicosomáticas» de von Weizsäcker). Y cuando esto acontezca —cuando la enfermedad aguda sea real y verdaderamente *del* enfermo, además de estar *en él*—, la actividad coejecutiva del médico no será sólo una posibilidad, mas también un imperativo técnico. La coejecución, en tal caso, trata de captar por conjetura el sentido personal —consciente o subconsciente— de una realidad previamente conocida por objetivación. Es, si vale decirlo así, la actividad exploratoria que redondea el diagnóstico.

Bien distinto es el caso de la *enfermedad neurótica*. Imaginemos, para mayor claridad, que se trata de una psiconeurosis: una neurosis obsesiva, por ejemplo. El médico comienza por oir al neurótico el relato de su dolencia; y oyéndole, le comprende y coejecuta de algún modo en su alma lo que el enfermo está viviendo en la suya. Lo propio de estos pacientes es, entre otras cosas, que se sienten forzados a vivir como «suyas», como violenta y aflictivamente incrustadas en la estructura de «su» personalidad, aunque una y otra vez hayan de luchar contra ellas, las dudas y obsesiones que les atormentan. Pero este diagnóstico coejecutivo o comprensivo no quedaría completo si el médico no llevase a término una doble faena de objetivación: la contemplación de las ideas obsesivas del enfermo como verdaderos «objetos mentales» (diagnóstico psicológico *stricto sensu*) y —puesto que la enfermedad es siempre del cuerpo, aunque a veces su concreto desorden somático se nos escape— el descubrimiento de la alteración corporal u «objeto físico» en que tal neurosis tenga su causa inmediata [11]. Lo que ahora redondea el diagnóstico es la objetivación; la cual, según lo dicho, debe ser sucesivamente lograda con los ojos de la mente y con los ojos de la cara.

Entre la enfermedad aguda y la enfermedad neurótica —más correcto

[11] Esto no es negar la «psicogénesis»; es tan sólo afirmar que la «psicogénesis» llega a ser «psicopatogénesis» (génesis de un estado morboso) cuando la afección psíquica ha llegado a producir una alteración somática morbosa, la que sea. Recordemos la vieja y perdurable lección de Galeno: en el alma puede haber «causas externas» de enfermedad, pero no enfermedad. Y esa causa externa de enfermedad se hará causa efectiva de ésta cuando determine en el cuerpo del paciente, a modo de «causa inmediata» («sinéctica», diría Galeno), una alteración morbosa.

y exacto sería decir «preponderantemente neurótica», porque algo de neurosis tienen todas las enfermedades— hállase la *enfermedad crónica*, aquella con la cual el enfermo se ve obligado a contar para planear y hacer *su* vida. Es, pues, frente a ella, cuando la convivencia entre el médico y el paciente más imperativa y claramente tiene que ser tránsito sistemático de la objetivación a la coejecución y de la coejecución a la objetivación; por tanto, cuando la asistencia médica alcanza su máxima complejidad. Ocasión habrá de verlo; aquí no debo rebasar los términos sumarios de esta indicación preliminar. Mi propósito no era sino mostrar desde el arranque mismo de mi análisis que la convivencia entre el médico y el enfermo tiene que ser siempre la mutua y bien ordenada implicación técnica de una relación objetivante y una relación coejecutiva.

3. Mucho más brevemente debo examinar en este capítulo introductorio el problema del *vínculo propio* de la relación médica. ¿Cuál es la índole específica de la unión que mediante esa doble actividad objetivadora y coejecutiva se establece entre el médico y el enfermo? ¿Qué es en realidad lo que en el acto terapéutico une a estos?

La respuesta no puede ser unívoca, porque la índole de ese vínculo unitivo dependerá, por lo menos, de lo que sean la intención del médico y la actitud del enfermo cuando como tales se encuentran. En el capítulo próximo aparecerá ante nosotros el abanico de los distintos modos concretos que puede adoptar la vinculación terapéutica. Pero sin mengua de esa diversidad real, lo cierto es que desde los hipocráticos hasta hoy una misma sentencia viene repitiéndose cuantas veces el médico ha tratado de expresar lo que en su relación con el enfermo él juzga deseable y normativo. Dice así: *cuando la asistencia médica es lo que debe ser, el vínculo que entre sí une al terapeuta y al enfermo es el amor*. Entre las múltiples formas de la vinculación amorosa, una de ellas, determinada a la vez por el menester específico del paciente (su enfermedad) y por la específica capacidad de donación del sanador (su saber técnico), sería el *amor médico*.

La indagación histórica precedente nos ha hecho ver la sucesiva modulación de este *leit-motiv* de la asistencia médica. A través de Platón («El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad», *Lisis*, 217 a) y de los *Praecepta* hipocráticos («Donde hay amor al hombre, hay amor al arte»), los griegos enseñaron para siempre que el nexo primario entre el médico y el enfermo debe ser la amistad, la *philía*, especificada como *amistad médica*. No he de repetir aquí cuanto acerca de ella dije en la Primera Parte. El cristianismo heredó esta enseñanza, pero entendiéndola

y practicándola desde la idea cristiana de la amistad y el amor; trascendiendo personal y sobrenaturalmente, por tanto, el radical naturalismo del pensamiento helénico. Entre el terapeuta y el paciente el vínculo unitivo debe ser, se piensa ahora, *caridad técnica*, efusión de amor del médico hacia el hombre menesteroso que es el enfermo, técnicamente realizada como diagnóstico y tratamiento. La profesionalización del médico cristiano, con su necesaria consecuencia económica, no debería alterar, en principio, esta regla fundamental de la asistencia médica. La concepción de la «amistad médica» en el mundo moderno secularizado ha sido distinta, según el médico haya seguido fiel a la visión del hombre como persona o, renunciando a ésta, haya confesado otra vez —aunque, claro está, ya no a la manera helénica— una antropología pura y exclusivamente naturalista. En el primer caso, el nervio de la vinculación ideal entre el terapeuta y el enfermo sigue siendo, aunque secularizada en cuanto a sus fundamentos y perspectivas, la *amistad técnica*, una relación diagnóstica y terapéuticamente amistosa con un ser dotado de fines autónomos; en el segundo, la relación médico-enfermo ha sido concebida como una forma particular de la *camaradería*: sin menoscabo de sus intereses más o menos profesionales o científicos, el terapeuta ayuda ahora al paciente para que éste, dentro de la sociedad a que pertenece, contribuya normalmente a la realización histórica de la naturaleza humana.

La creciente vigencia del psicoanálisis ha conducido a bautizar con un nombre nuevo y a entender de manera inédita la índole del nexo que vincula entre sí al terapeuta y al enfermo: la vieja *philía* se ha convertido en *transferencia*. He aquí el texto de Freud en que por vez primera —1895— se alude a ella: «En los enfermos que se deciden a entregarse al médico y a poner en él su confianza, por supuesto que voluntariamente y sin ser requeridos a ello, no puede evitarse que, por lo menos durante algún tiempo, aparezca inconvenientemente en primer plano una relación personal con el médico, y hasta parece que tal influjo del médico sea condición indispensable para la resolución del problema (terapéutico)»[12]. La confianza del enfermo en el médico (la peculiar forma que en aquél reviste la amistad médica) es ahora concebida como una «transferencia» a la vez necesaria y perturbadora; y la voluntad de ayuda del médico, como la respuesta técnica (amistosa, por supuesto, pero según una nueva idea de la amistad) a la relación «transferencial» que con él, sin quererlo,

[12] *Studien über Hysterie*, 2.ª ed. (Leipzig und Wien, 1909), pág. 232.

ha entablado el paciente. En un capítulo ulterior —cuando temáticamente estudiemos el momento afectivo de la relación entre el médico y el enfermo— aparecerá de nuevo y será más ampliamente considerada esta importantísima contribución de la doctrina psicoanalítica a la teoría y la práctica de esa relación.

4. El cuarto momento estructural de la relación médica, es, en fin, la *comunicación propia* de quienes la constituyen, el conjunto de los principales recursos técnicos a que el médico debe apelar para que sus actos de objetivación y coejecución cobren realidad efectiva; a saber, la mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental. Para comunicarse con su paciente, el médico le mira, le habla y le escucha, pone sobre él sus manos, emplea los más diversos instrumentos exploratorios o terapéuticos. Habremos de estudiar lo que todos estos medios de comunicación representan en orden a la vinculación técnica y humana entre el terapeuta y el enfermo. Mas para ello creo necesario examinar de antemano los motivos determinantes del encuentro de uno y otro. Con otras palabras, lo que la relación médica puede ser, antes de que efectivamente exista.

* * *

Sabemos ya cuál es la situación de la relación médica en el cuadro de las relaciones interhumanas. Conocemos, por otra parte, las líneas principales de su estructura. Para estudiarla ahora sistemáticamente, he aquí, según lo expuesto, cuáles deben ser los puntos sucesivos de nuestra reflexión:

I. Los motivos determinantes de la relación médica: qué mueve al enfermo y al médico a encontrarse entre sí.

II. La comunicación entre el médico y el enfermo: la mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental como recursos técnicos para la constitución efectiva de la relación médica.

III. El vínculo unitivo entre el médico y el enfermo: el problema de la transferencia.

IV. El diagnóstico médico como expresión cognoscitiva de la relación médica.

V. El tratamiento médico como expresión operativa de la relación médica.

VI. Etica y sociología de la relación médica.

VII. Formas sociales de la relación médica en el mundo actual.

CAPITULO II

LOS MOTIVOS DETERMINANTES DE LA RELACION MEDICA

Estudiamos en el capítulo precedente la consistencia y la estructura de una relación médica ideal: la que se establece entre un médico con vocación de tal y un enfermo con auténtica voluntad de curación, sin una mentalidad mágica o supersticiosa especialmente acusada y con alguna confianza en la capacidad técnica y en la persona de quien le atiende. Puede pensarse con buenas razones que en los países civilizados es éste el tipo más frecuente de la relación médico-enfermo, además de ser el más deseable. El es, en cualquier caso, el que sirve de tácito término de referencia a la doctrina clínica de los tratados y manuales en que el médico se forma: cuando un texto de Patología especial habla del «tratamiento de la fiebre tifoidea» o del «diagnóstico de la úlcera gástrica», tal parece ser la hipótesis sobre que descansan sus indicaciones y sus reglas. Pero no es preciso pecar de pesimismo para reconocer que en la realidad empírica no son pocos los modos de la relación médica que se apartan de ese ideal y tácito esquema. Indagaciones estadísticas procedentes del Este y del Oeste de los Estados Unidos (E. Koos, R. H. Blum) han obtenido, a este respecto, los siguientes resultados:

El 64 % de los pacientes urbanos adultos critican con notorio descontento el modo como el médico se conduce en su relación con el enfermo. «A los actuales médicos les falta calor humano», suelen decir. No les desplace la calidad técnica de la asistencia médica, sino el modo de prestarla.

El 71 % de la totalidad de los pacientes adultos critican, a veces de un modo virulento, el trato que en los hospitales han recibido.

El 70 % de la población aprueba la existencia de sanadores no médicos, incluidos entre estos los quiroprácticos y los curanderos.

El 50 % de la totalidad de los pacientes ha cambiado una u otra vez de médico, por no encontrar satisfactoria la asistencia que venía recibiendo.

El 15 % de la totalidad de los pacientes deja de pagar al médico sus honorarios, casi siempre a causa de una ruptura de la relación médica con él [1].

Con las variantes de rigor, no sería difícil obtener resultados análogos a estos en medios sociales distintos del norteamericano. Sin necesidad de recurrir a estadísticas rigurosas, basta tener el oído atento cuando en una conversación social o amistosa surge el tan frecuente tema de las enfermedades y los médicos.

¿A qué se debe todo esto? Por diversas que sean las motivaciones particulares en esos y otros resultados estadísticos, una misma habrá de ser la respuesta en la inmensa mayoría de los casos: que la relación entre el paciente y el médico suele apartarse ampliamente, por una razón o por otra, del tipo que en el capítulo anterior hemos considerado ideal y canónico. La figura que en cada caso adquiere la relación médica depende en sustancia de tres momentos principales: la circunstancia histórica y social en cuyo seno médico y enfermo se han encontrado entre sí, la actitud personal del enfermo frente a la enfermedad y frente al médico, la personal situación de éste en orden al ejercicio de su arte y respecto del paciente que en aquel momento le requiere. Haciendo abstracción, por ahora, de cuanto atañe a la estructura social de la relación entre médico y enfermo, estudiemos sinópticamente cómo en la vida real se diversifican esa actitud y esta situación. Con otras palabras, cómo el enfermo y el médico pueden sentirse movidos a encontrarse, en cuanto tales, entre sí.

I. MOTIVOS DEL ENFERMO

He aquí a un enfermo que va a encontrarse con el médico. Vista desde fuera, su situación puede ser muy diversa. Puede hallarse en su lecho: se ha sentido súbitamente indispuesto, ha quedado en cama y uno de los miembros de su familia ha llamado al Dr. X., el cual de un mo-

[1] E. Koos, «Metropolis. What city people think of their medical services», *Am. J. Public Health*, 45 (1955), 1551-1557; R. H. Blum, *Hospitals and Patient Dissatisfaction*, California Medical Association, 1958, y *Physician-Patient Relationship, Survey and Action*, California Medical Association, 1956.

mento a otro va a llegar al domicilio del paciente. Puede también encontrarse en la sala de espera de un médico determinado; como suele decir nuestro pueblo, de «un especialista»: hace ya tiempo que no se siente bien, quiere añadir a la de su médico de cabecera una opinión que él juzga más autorizada, y ha pedido día y hora al Dr. Y. Puede, por otra parte, estar esperando su turno en el consultorio de tal o cual organización asistencial: no conoce ahora al médico que le va a tratar, ni siquiera sabe su nombre; sabe tan sólo que en aquel consultorio se atiende a los que padecen «del estómago» o «de los nervios». No será difícil añadir a esta breve serie de posibilidades otras distintas. Pero nuestro actual problema no consiste en describir situaciones exteriores reales más o menos típicas, sino en indagar si dentro de ellas son discernibles los varios *motivos cardinales* que han podido conducir al paciente a buscar asistencia médica. Cualquiera que sea la circunstancia real del enfermo, ¿pueden ser ordenadas en un cuadro más o menos sistemático las distintas motivaciones de su encuentro con el médico?

Tres cuestiones deben ser previamente deslindadas, si quiere obtenerse una respuesta suficiente. La primera concierne a la finalidad inmediata del enfermo: ¿qué fin le ha movido a buscar la ayuda médica a que de hecho recurre? Atañe la segunda a la situación vital —psicosomática, si se quiere— que en él ha determinado esa decisión; no a la causa final de su encuentro con el médico, diría un aristotélico, sino a la causa eficiente de ese encuentro: ¿cómo el paciente ha llegado a sentirse enfermo? La tercera, en fin, se refiere a la personal actitud del sujeto frente al sentimiento de enfermedad que ha surgido en su alma, y constituye, como es obvio, otro de los momentos integrantes de esa causa eficiente de la relación médica: ¿cómo el paciente ha respondido al hecho de sentirse enfermo? De un modo meramente indicativo, muy a sabiendas de que todos los puntos tratados necesitarían un amplio estudio clínico, estadístico, documental e interpretativo, intentaré dar respuesta suficiente a cada una de estas tres interrogaciones.

I. Primera cuestión: *¿qué fin ha movido al enfermo a buscar la ayuda médica a que de hecho recurre?* Basta la simple lectura de esta interrogación para advertir que en ella se articulan dos términos: uno relativo a la ayuda médica en cuanto tal (el hecho de que el enfermo se decida a ir *al* médico), otro referente a la singular ayuda médica a que el enfermo ha recurrido (el hecho de que vaya a *tal* médico). Y puesto que la decisión de ir al

médico no procede siempre del enfermo, la cuestión anterior debe ser últimamente dividida en tres, correspondientes a los tres órdenes de motivos que pueden operar en la solicitud de «asistencia facultativa»: motivos tocantes al enfermo mismo, al contorno social del enfermo y a la elección de médico.

1. Motivos tocantes al *enfermo mismo*. En la inmensa mayoría de los casos, la relación médica se establece porque un hombre se ha sentido enfermo y ha decidido solicitar asistencia técnica. «¿Quién está enfermo? Quien acude al médico», ha escrito von Weizsäcker. Lo cual, bajo su aparente obviedad, es a la vez una verdad profunda, porque precisamente con la decisión de acudir al médico adquiere acabamiento objetivo, subjetivo y social el «estado de enfermedad», y una verdad parcial, porque uno puede sentirse enfermo y desde el primer momento desistir, por la razón que sea, de toda posible asistencia. Tres modos principales hay de «estar enfermo»: el de quienes sienten su enfermedad y deciden recurrir al médico, el de quienes sufren una dolencia y resuelven padecerla en silencio, sin ayuda de nadie, y el de quienes, sintiéndose subjetivamente bien y haciendo una vida «normal», portan en su cuerpo, sin saberlo, una lesión —infecciosa, tumoral, degenerativa, etc.— objetivamente patológica. ¿En qué se diferencian entre sí tales modos de «estar enfermo»? Necesariamente habremos de resolver esta no leve cuestión en el capítulo consagrado al problema del diagnóstico. Por el momento, quede no más que planteada. Limitémonos aquí a considerar la única posibilidad que ahora importa —la que ofrece el sujeto que se siente enfermo y acude al médico—, y examinemos sinópticamente los posibles propósitos, conscientes o subconscientes, del que por sí mismo toma tal decisión.

Por lo general, el enfermo llama al médico con el propósito de lograr la salud. Cualesquiera que sean las eventuales ventajas accesorias que el paciente pueda obtener de su estado —la enfermedad, pronto lo veremos, es para quien la sufre tanto aflicción como recurso—, lo que de ordinario opera decisivamente en su alma es la voluntad de sanar. Conviene, sin embargo, tener muy en cuenta que en el *deseo de salud* hay grados y modos. Hay enfermos que anhelan con vehemencia, y tanto en las zonas conscientes de su psiquismo como en las inconscientes, estar de nuevo sanos. Hay otros en quienes ese deseo es tibio, bien por un descaecimiento habitual u ocasional de su vitalidad básica —no es precisa una depresión anímica francamente patológica para que la reconquista de la salud importe poco—, bien por tal o cual razón particular. Hay algunos, en

fin, en quienes puede observarse una discrepancia entre su actitud consciente frente al restablecimiento y su actitud inconsciente; en ocasiones porque bajo una aparente y afectada indiferencia respecto de la salud propia late, más o menos inconsciente, un fuerte deseo de sanar y vivir, y otras veces porque la voluntad de sanar, acaso intensa y aún aparatosa a primera vista, oculta un *tedium vitae* más o menos acusado en las zonas hipobúlicas del alma.

El tema de los grados y los modos del deseo de salud —tan importante para el establecimiento de una buena relación terapéutica y para la debida eficacia del tratamiento— se complica más aún cuando se considera la peculiaridad del estado físico que de la asistencia médica espera el enfermo. La norma es que el enfermo, el médico y la sociedad en torno coincidan en cuanto a lo que «estar sano» es y significa; mas no siempre existirá tal coincidencia. Cuenta Oswald Schwarz el caso de cierto alcohólico afecto de retinopatía grave, que acudió, quejándose de pérdida de visión, a determinada policlínica neurológica; y como el médico le instara a abandonar la bebida, porque de otro modo terminaría pronto ciego, el hombre quedó un momento pensativo y respondió: «Mire, doctor, ver, ya he visto bastante, y beber, todavía no». Sin llegar al extremo entre cómico y dramático de ese lance, no son pocos los pacientes para quienes «estar sano» —más precisamente: estar ellos sanos— es algo muy distinto de lo que el médico y la sociedad puedan pensar. Y el médico no lo será plenamente si frente a cada enfermo no sabe descubrir el grado y el modo que el deseo de salud en aquel caso reviste.

Mas no siempre es un anhelo de salud lo que principalmente mueve al enfermo a buscar asistencia médica. Junto a ese anhelo, y a veces de modo preponderante o exclusivo, en el alma del enfermo opera el propósito de «saber lo que tiene»; por tanto, un *deseo de diagnóstico*. Dos instancias se articulan en la contextura psicológica de tal deseo. Por una parte, el carácter constitutivo que la «idea de sí mismo» posee en la estructura de la personalidad humana. Para ser el que soy, yo necesito tener alguna idea de quién soy y de lo que soy. Poco importa ahora que esa idea tenga que ser siempre parcial y sea en ocasiones —casi siempre— imprecisa y errónea; ahora lo importante es tan sólo advertir: *a)* que la constitución real de mi propia personalidad exige que yo tenga una idea de mí mismo; y *b)* que el «cómo estoy» —y, dentro de él, mi estado de salud o de enfermedad— es uno de los momentos que

integran ese «lo que soy» que antes mencioné. El «encontrarse sano» y el «encontrarse enfermo» (encontrarse: *sich Befinden*) pertenecen constitutivamente a la realidad óntica de la *Befindlichkeit*, diría Heidegger. Pero esa idea de sí mismo necesita un «nombre», un «diagnóstico». Mientras no tiene nombre adecuado, todo estado anímico es siniestro, o por lo menos azorante, y muy especialmente el aflictivo estado anímico a que llamamos «enfermedad». De lo cual se sigue la interna necesidad del enfermo de «saber lo que tiene», y por tanto, el deseo de diagnóstico que —asociado al deseo de salud— le conduce a buscar la ayuda del médico.

Tal deseo de diagnóstico, ya lo indiqué, es a veces muy acusado. La intensidad que el imperativo del «saber a qué atenerse» ostenta en el hombre moderno— y más cuando el hombre moderno es, de uno u otro modo, intelectual— suele dar hoy gran relieve a este motivo de la relación médica, incluso cuando es fuerte el miedo del enfermo a la enfermedad. El hombre culto actual exige casi siempre un conocimiento preciso de su diagnóstico, y en busca de él, no sólo en busca de salud, va al consultorio del médico. No será difícil al lector, sea médico o profano en medicina, aportar memorativamente algún ejemplo bien demostrativo de esta incuestionable realidad. Ni siquiera es preciso recurrir, para descubrirlo, a la conducta de los enfermos «modernos» y «cultos». También los campesinos acuden al médico para «saber lo que tienen», aunque el lenguaje en que ha de serles comunicado tal saber no sea y no pueda ser exquisitamente técnico. Léanse, por lo que al campesino gallego se refiere, las sutiles reflexiones médico-antropológicas de D. García Sabell [2].

Dije antes que el deseo de diagnóstico es en ocasiones el único motivo del paciente en su visita al médico. Así acaece cuando al enfermo no le importa gran cosa seguir viviendo —más de uno de estos habrá conocido todo médico experimentado— y cuando reputa rigurosamente mortal o incurable la enfermedad que padece. Pocos casos tan teatralmente reveladores de tal posibilidad como uno de que Gustav von Bergmann habla en sus *Memorias:* el de cierto diplomático prusiano

---

[2] «Análisis esistencial do home galego enfermo», en *Ensaios* (Editorial Galaxia, Vigo, 1963). No será necesario añadir que la respuesta al «deseo de diagnóstico» habrá de revestir en unos casos forma preponderantemente racional y científica, y deberá adoptar en otros forma preponderantemente mítica, según sea la mentalidad del enfermo. Véase lo que sobre el tema se dirá en el capítulo consagrado al diagnóstico.

que quiso cerciorarse de la realidad y la inoperabilidad del cáncer laríngeo que padecía sólo para poner fin a su vida al término de una cena preparada al efecto. Instalado en su desesperanza —una desesperanza muda y subyacente mientras para él subsistiese la salud—, ese hombre no quería del médico sino un diagnóstico. Con la pretensión de ser total y racionalmente dueño de su propia persona, miraba la vida de su organismo como la actividad de una máquina a su servicio, estimaba la enfermedad incurable como una total bancarrota de la vida personal y ponía su cuerpo ante el médico como el dueño de un automóvil pone ante el mecánico el motor cuya avería hay que «diagnosticar». Apenas será necesario decir que en tales casos el médico no pasa de ser puro ministrante de un saber técnico, y que la «amistad médica» —si es que llega a existir— no puede ser otra cosa que la lealtad de una pura y escueta camaradería.

El deseo de salud y el deseo de diagnóstico no agotan los motivos del enfermo en orden a su encuentro con el médico. Acaece a veces lo que mil y mil veces ha sido afirmado y descrito desde hace tres cuartos de siglo: que el paciente quiere hacer de su enfermedad albergue de ocasión —*refugio en la enfermedad*, dice una expresión ya tópica—, y con este propósito, más o menos consciente en él, según los casos, busca asistencia técnica. En rigor, como pronto veremos, el estado de enfermedad es siempre, en una u otra medida, un recurso para quien lo sufre. Pero hay ocasiones en que tal posibilidad cobra importancia prevalente, y el estado morboso se constituye, como acabo de decir, en «refugio» de una vida que no sabe, no puede o no quiere afrontar esforzada y responsablemente el estado de salud. No debo ahora describir en su pormenor la situación anímica de tales enfermos, ni señalar cómo las instancias conscientes y subconscientes y los motivos «orgánicos» y «neuróticos» se imbrican en ella. Debo limitarme a recordar que tales enfermedades existen, sobre todo en el mundo del trabajo (las llamadas «neurosis de renta») y en los trances bélicos (las «neurosis de guerra», tan frecuentes desde la mundial de 1914 a 1918), y a indicar que no acuden al médico en busca de salud ni de diagnóstico preciso —persiguen consciente o inconscientemente, eso sí, un «diagnóstico ante la sociedad», «una certificación» socialmente eficaz—, sino para ser reconocidos como tales enfermos y para seguir estando enfermos con cierta seguridad vital.

Más noble es la situación personal del enfermo para quien el refugio

no es la enfermedad, sino el médico. El *refugio en el médico* —la solicitud de asistencia técnica para encontrar en el terapeuta alivio y apoyo— es norma casi constante en los enfermos: estos suelen buscar mediatamente su salud, e inmediatamente asistencia, ayuda en su menester. Pero hay casos en que el paciente, convencido de la absoluta incurabilidad de su afección, no busca en el médico la salud, sino la compañía: una compañía sustentadora, roborante, en cuyo seno late, pese a todo, una chispita de esperanza. No es ajena a esta última, desde hace varios decenios, la inmensa confianza del común de los hombres en la capacidad progresiva de la técnica moderna, la secreta o declarada ilusión del enfermo en el remedio maravilloso que para la curación de su enfermedad puede haber sido inventado aquel mismo día.

Sea la salud, el diagnóstico, un seguro refugio en su dolencia o el alivio de la compañía lo que el paciente espera del médico y hacia éste le mueve, hasta ahora hemos considerado casos en que el sentimiento de enfermedad existe realmente. No siempre es así. Hay personas que sin sentirse enfermas acuden al médico, bien para que éste confirme el estado de salud o descubra alguna lesión hasta entonces desconocida (la *exploración precautoria* que suele hoy designarse con el bárbaro anglicismo de *chequeo*), bien para conseguir el diagnóstico de la especie morbosa cuyos síntomas ellas deliberadamente fingen o, más vagamente, el de una enfermedad cualquiera *(simulación* en sentido estricto). Un ejercicio de la medicina cuidadoso y fino dará al problema de la simulación importancia considerable. ¿Dónde empieza y dónde acaba la simulación en patología? ¿Es sólo simulador el sujeto que con plena deliberación y con habilidad mayor o menor finge ante el médico una ciática o una ambliopía? Responder afirmativamente a esta última interrogación sería excesivo simplismo. En primer término, porque entre el franco simulador y el neurótico que hace de la enfermedad un refugio de ocasión hay, psicológica y clínicamente, una transición contínua. En segundo, porque la práctica de la simulación puede ser por sí misma síntoma de psicopatía; con otras palabras, porque a veces el simulador, previamente a su superchería, es de algún modo un «enfermo». En tercero, porque una *simulatio minor* —la del que dice sentirse «muy mal» siendo leve su molestia, la cefalea «táctica» del que quiere evitar un compromiso enojoso, etc.—, pertenece a lo que podríamos llamar la «normalidad» de la vida social. Sería aquí impertinente un estudio detenido del problema clínico y psicológico de la simulación.

Debo limitarme, pues, a señalar su importancia y a anunciar que el tema aparecerá de nuevo en el capítulo consagrado al diagnóstico.

El deseo de salud, el deseo de diagnóstico, el acogimiento del enfermo al refugio de su enfermedad o al refugio de la asistencia médica, la exploración precautoria y la simulación interesada y más o menos consciente son, en suma, los principales motivos típicos por los que un hombre puede, desde dentro de sí, buscar al médico. Sin tenerlos en cuenta, no podrá ser satisfactoriamente entendida la diversidad real de la relación entre éste y el enfermo.

2. Motivos referentes al *contorno social del enfermo*. La decisión de acudir al médico nace y se configura muchas veces en el alma del propio enfermo. Movido por el sentimiento de enfermedad que ha surgido en él, por un temor más o menos fundado a «tener algo» o por el mero descubrimiento casual de tal o cual anomalía en el aspecto de su propio cuerpo, él es quien por sí mismo se resuelve a buscar ayuda médica. Pero el hombre nunca está existencialmente solo, aun cuando físicamente parezca estarlo. Aunque en la isla de Robinson sólo viviesen Robinson y un médico —los análisis fenomenológicos de Scheler nos ayudarían a demostrarlo [3]—, nunca la relación médica entre ambos sería realmente, contra el aserto de Schweninger antes citado, una entrevista «en una isla desierta». Tanto menos lo será cuando el enfermo resida en un poblado cualquiera. Por muy autónoma que parezca ser, la decisión de «ir al médico» lleva siempre a *los otros* dentro de sí. En ocasiones, de un modo patente y explícito, porque en el trance de tal decisión cuenta el enfermo con ellos o los tiene presentes en su conciencia. En otros casos, de manera latente e implícita, bajo cualquiera de las formas en que la relación con «los otros» se constituye en hábito de la existencia personal y sobre ella opera, aunque la conciencia no la actualice como representación concreta. Sépalo el enfermo o no, su cónyuge, sus hijos, sus padres, acaso otras personas, están presentes en su alma —conscientemente unas veces, inconsciente o subconscientemente otras— cuando decide solicitar asistencia médica, y no será buen clínico quien no sepa preguntarse por este secreto mundillo intencional de quien ha requerido su ayuda.

Más clara es la intervención de «los otros» cuando son ellos quienes con su decisión promueven el encuentro entre el enfermo y el médico.

---

[3] Véase mi *Teoría y realidad del otro*.

Aquiescentemente en unos casos, renuentemente en otros, el paciente acude entonces al médico impulsado desde fuera de él. Pero esta impulsión exterior puede revestir y reviste de hecho dos formas muy distintas entre sí, dependientes de la mayor o menor proximidad en que el enfermo se encuentre respecto de quienes por él deciden.

La impulsión puede proceder, en efecto, de *los otros próximos;* es decir, de las personas de carne y hueso que con figura y nombre propios rodean al enfermo y se hallan en inmediato contacto con él: el cónyuge, los hijos, los padres. «Es preciso que te vea el médico», tal es entonces la fórmula habitual. Lo cual equivale a afirmar que en tal caso es el desvelo amoroso por el otro —la forma amorosa de una procura por sustitución; un *für einen Einspringen* por amor, diría Heidegger— la instancia que con más frecuencia da lugar a la entrevista médica. Con plena conformidad interior o un poquito forzado por la solicitud ajena, el enfermo acaba yendo al médico y entabla con él su personal relación. Mas no siempre será amorosa la instancia de esa impulsión hacia el médico; otros móviles harto menos nobles —el interés, el deseo de excluir pasajeramente al otro, un simple propósito de «cubrir las formas», etc.—, tendrán en ocasiones importancia decisiva, y así lo descubrirá en su práctica quien con sensibilidad y reflexión ejercite el arte de curar.

Hay que considerar, en fin, el caso en que la impulsión determinante de la relación médica procede de *los otros remotos*, esto es, de la presión que a través de tal o cual de sus instituciones o grupos ejerce sobre el individuo ese gran «otro colectivo» que solemos llamar *la sociedad.* El enfermo —o el sospechoso de enfermedad— acuden entonces al médico aquiescente o renuentemente impulsados hacia éste por la coacción a que les somete su individual modo de pertenecer al cuerpo social. Cuando en una sociedad es vigoroso el interés sanitario, el ciudadano en cuanto tal se verá obligado a someterse a esta o la otra técnica exploratoria, y por tanto, a comparecer ante el médico, primero como enfermo posible, y después, si así lo impone el resultado de la exploración, como enfermo real. Cuando es un interés económico o laboral el que socialmente predomina —la preocupación por el rendimiento en el trabajo o, más o menos solapada en esa preocupación, una política de «seguridad social»—, la obligación médica pesará sobre el ciudadano en tanto que trabajador. Otras veces será la condición de soldado el cauce social de esa impulsión de los otros remotos. Otras, en fin, la res-

ponsabilidad dimanante del puesto directivo que en la sociedad ocupe la persona en cuestión. ¿Cómo no recordar que según este esquema tantas veces se configura la relación entre un Jefe de Estado y los médicos que le atienden? Piénsese, por ejemplo, en la asistencia médica al emperador Federico III de Alemania, apenas ceñida la corona imperial, con motivo del cáncer laríngeo que causó su muerte, o en la relación de Alfonso XII, con sus médicos, tan bien estudiada por Manuel Izquierdo en su *Historia clínica de la Restauración.*

3. Motivos concernientes a la *elección de médico.* Buscando la salud, el diagnóstico, el beneficio de una asistencia técnica o un refugio en la enfermedad que siente, movido por decisión propia o impulsado desde fuera de él, el enfermo está dispuesto a «ir al médico» o a «llamar al médico». ¿A cuál irá, a cuál llamará? Grave cuestión, en orden a la definitiva constitución de la relación médica.

La tan abigarrada diversidad que en la vida real adopta esta situación del enfermo puede y debe ser ordenada, a mi juicio, según cuatro posibilidades típicas. El enfermo, en efecto, puede dirigirse selectivamente a un médico determinado, acudir a aquél que habitual o necesariamente le atiende, utilizar los servicios de tal o cual organización asistencial o, en fin, llamar al médico más próximo, a un médico cualquiera. Más concisamente: el enfermo puede recurrir «a tal» médico, «al» médico o «a un» médico, bien a través de una organización asistencial, bien directamente.

Primera posibilidad: el enfermo elige *a tal médico.* Es, por supuesto, la óptima. El prestigio público del galeno es entonces lo que lleva a pensar en él. Predispuesto por ese prestigio, sometido, por tanto, a la influencia sugestiva que la fama siempre ejerce, y más cuando se la cree justificada, el paciente se encuentra con el médico en las mejores condiciones para que su relación con él sea favorable. El renombre del terapeuta potencia la eficacia de los remedios que prescribe; renombre, conviene no olvidarlo, no necesariamente ligado a la suficiencia técnica —no siempre el médico de más éxito profesional es el que «más sabe»—, y sólo eficaz en la medida en que llegue a oídos del enfermo y sea aceptado por éste. ¿No hay acaso prestigios médicos cuasi-esotéricos, circunscritos a un reducido número de pacientes? Librémonos de pensar, sin embargo, que el prestigio garantiza seguramente la bondad de la relación terapéutica. Esta depende en último extremo de lo que real y efectivamente vengan a ser el médico para el enfermo y el

enfermo para el médico; y así, no es cosa insólita que el clínico más afamado no logre obtener un buen *rapport* terapéutico con tales o cuales pacientes. Puesto que la técnica del médico opera a través de su personalidad, alguna parte habrá de tener en la génesis de su relación con el enfermo la mutua predeterminación psicológica a que Goethe dió el nombre de «afinidad electiva».

Segunda posibilidad: el enfermo llama *al médico*. Un compromiso previo más o menos libremente adquirido —un contrato de iguala, la pertenencia a tal o cual cupo de una organización asistencial, la residencia en un poblado donde hay un solo facultativo, etc.—, canaliza hacia un médico determinado, y sólo hacia él, el menester del paciente. Este no elige entonces al técnico que va a asistirle, pero le conoce antes de requerir sus servicios, y del juicio resultante de ese conocimiento dependerá su disposición en orden a la relación terapéutica. Lo cual no supone que al médico le sea imposible conseguir, cualquiera que sea la actitud previa del enfermo, un contacto terapéutico satisfactorio.

Tercera posibilidad: el enfermo acude *a un médico que le ofrecen* y que no conoce; el que le brinda la institución asistencial a que él —como trabajador, como funcionario, como soldado, etc.—, obligatoriamente pertenece. Debo repetir, en relación con este frecuentísimo evento, lo que antes dije: que la bondad o la deficiencia del contacto terapéutico dependen en último extremo de lo que real y efectivamente vengan a ser el médico para el enfermo y el enfermo para el médico. La presencia del paciente ante el clínico es para éste, siempre, un reto que la realidad le lanza, y de su manera de hacerle frente depende ante todo el resultado. Pero cuando entre el médico y el enfermo se interpone una organización, la que sea, el crédito de ésta favorece o perturba, según sea bueno o malo, la relación terapéutica. Bien lo saben, a su costa, los médicos que quieren actuar concienzudamente en el seno de instituciones socialmente desprestigiadas.

Cuarta posibilidad: el enfermo recurre *a un médico cualquiera*, el que parece estar más a mano en el momento de necesitarlo. No puede ciertamente afirmarse que sea ésta la más deseable eventualidad para iniciar la asistencia médica; pero varias de las condiciones que en ella se reunen —menester imperioso en el paciente, carencia de toda imposición exterior en la presencia del médico, inexistencia de cualquier prejuicio en relación con él; él es tan sólo, en principio, una personificación de

«la medicina» o de la «ciencia»— en modo alguno son desfavorables para que esa asistencia transcurra aceptablemente. Suponiendo, claro está, que el clínico requerido posea una decorosa suficiencia técnica.

En la actual sociedad de masas tienden a ser más y más frecuentes las dos últimas posibilidades, con el riesgo de una relación entre el médico y el enfermo totalmente impersonalizada. Uno de mis discípulos, médico del Registro Civil y encargado, por tanto, de dar definitiva constancia legal a las defunciones, me dice que muchas veces la familia del difunto no conoce el nombre de quien ha asistido a éste en su enfermedad. Es verdad que, en teoría, un buen tratamiento puede ser establecido sin que llamen al terapeuta «don Antonio» o «don Juan». Pero ¿puede considerarse deseable una relación terapéutica en que el paciente no sepa llamar al médico por su nombre?

Algo análogo cabe decir de otro de los modos actuales de recurrir a los servicios de «un médico cualquiera»: el que practican tantos enfermos que acuden al médico, no para recibir de él asistencia diagnóstica y terapéutica, sino para conseguir la receta que les permita adquirir un medicamento previamente deseado. El enfermo se receta a sí mismo, y el médico pierde así su condición de persona y hasta su condición de técnico, para convertirse en puro dispensador de remedios. El fenómeno social que L. Albertí ha denominado certeramente «autonomía de las técnicas» —véase lo que acerca de él se dice en el último capítulo de este libro— es el causante de tan vicioso e insatisfactorio proceder.

II. Conocemos ya, siquiera sea de modo esquemático, la estructura que en concreto posee la finalidad del menesteroso de ayuda médica. De la causa final del encuentro entre el médico y el enfermo, pasemos ahora a la causa eficiente de ese encuentro, y examinemos el más importante de los momentos que la integran: el estado subjetivo que de ordinario mueve al paciente a solicitar aquella ayuda. *¿Cómo el paciente ha llegado a sentirse enfermo?* Tal debe ser ahora nuestro problema.

Basta lo apuntado para advertir que el «cómo» de esa interrogación no se refiere en primer término a las vicisitudes exteriores de la nosogénesis: si, por ejemplo, una fiebre tifoidea ha sido contraída por residir el sujeto afecto en una comarca donde tal enfermedad es endémica, o con motivo de un viaje turístico por un país subdesarrollado, o con ocasión de un brote epidémico insospechado y súbito. Todo ello puede tener importancia considerable, es cierto, en la definitiva configuración

de la enfermedad. Pero el «cómo» de mi interrogación alude ante todo al aspecto subjetivo de la génesis del estado morboso; con otras palabras, a la instauración del *sentimiento de enfermedad*, tema irrelevante para la patología y la clínica tradicionales —muy poco atentas, en principio, para todo lo que en la enfermedad no sea «objetivo»—, y cada vez más cuidadosamente estudiado por la medicina actual [4].

Desde dos puntos de vista debe ser examinado el sentimiento de enfermedad, para obtener de él una idea suficiente: el punto de vista de la estructura (cómo se halla realmente constituído el sentimiento de enfermedad) y el de la génesis (cómo ese sentimiento se establece en quien lo sufre). Estudiémoslos sucesivamente.

1. En la realidad del sentimiento de enfermedad se integran unitariamente un momento vivencial, otro neurofisiológico y otro metafísico. Ellos son, pues, los que constituyen su *estructura*.

Ante todo, el *momento vivencial* del sentimiento de enfermedad. En cuanto vivencia de un estado vital determinado y específico, ¿qué es «estar enfermo»? ¿Cómo el enfermo vive subjetivamente su condición de tal? En un hombre hasta entonces relativamente sano, se instaura una fiebre tifoidea, una úlcera duodenal, una neurosis obsesiva. ¿Cómo siente ese hombre su tránsito de la salud a la enfermedad, cómo percibe en sí mismo el estado que le moverá a llamar al médico? Basta un momento de reflexión para advertir que la respuesta a estas interrogaciones exige distinguir metódicamente: *a)* lo que en el sentimiento de enfermedad es realización individual de la vivencia genérica de «estar enfermo»; *b)* lo que en ese sentimiento pertenece específicamente, como sintomatología subjetiva, a la enfermedad de hecho padecida; *c)* lo que en él haya puesto el tipo constitucional del paciente; *d)* los ingredientes y matices dependientes de la individual personalidad del enfermo.

---

[4] Me contentaré remitiendo al lector —aparte ulteriores indicaciones bibliográficas— a los trabajos de Th. von Uexküll («Das Problem der Befindenweisen und seine Bedeutung für eine medizinische Phänomenologie», en *Psyche* V, 1951, 401-432), H. Plügge («Die Phänomenologie des Leiberlebens», en *Rencontre-Encounter-Begegnung. Contributions à une psychologie humaine dédiées au Professeur F. J. J. Buytendijk*, Utrecht-Antwerpen, 1957), J. de Ajuriaguerra («Le corps comme relation», en *Revue Suisse de Psychologie pure et appliquée*, XXI, 1962, 137-157), H. Häfner («Psychosomatische Medizin und Leibphänomenologie», en *Werden und Handeln*, Stuttgart, 1963) y J. J. López Ibor («Anatomía del intracuerpo», en *Atlántida*, 1, 1963, 5-12). Y, por supuesto, a la ya clásica *Medizinische Psychologie*, de E. Kretschmer, 12.ª ed., 1963.

El *sentimiento genérico de «estar enfermo»* —lo que genéricamente unifica todos los posibles sentimientos particulares de enfermedad: el dolor, el vértigo, el embotamiento febril, la impotencia motora, la idea obsesiva, la ansiedad, la amnesia, etc.—, no es una vivencia simple. Con preponderancia mayor o menor de una u otra, en él se integran, a mi juicio, hasta siete vivencias elementales, psicológica y fenomenológicamente bien discernibles entre sí: la invalidez, la molestia, la amenaza, la succión por el cuerpo, la soledad, la anomalía y el recurso. Estas siete vivencias constituyen el «fenómeno» de la enfermedad, en el sentido husserliano del término, y ellas son las que de ordinario mueven al enfermo a buscar asistencia médica.

Entiendo ahora por *invalidez* la incapacidad total o parcial para ejecutar alguna de las funciones o de las acciones propias de la vida humana. En cuanto «fenómeno» de mi conciencia, mi cuerpo —el «intracuerpo», de Ortega; el «cuerpo-para-mí», de Sartre; el «cuerpo fenoménico», de Merleau-Ponty; mi cuerpo en cuanto *mío*, según la distinción antes establecida— es a la vez el momento de mi realidad que me exige y me permite ser en el mundo, y el sistema de las sensaciones cenestésicas y cinestésicas en cuya virtud me es aquí y ahora físicamente posible decir «yo puedo»: yo puedo desplazarme en el espacio, ver, pensar, hablar, comer, etc. [5]. Pues bien: al fenómeno del estado vital que llamamos «enfermedad» pertenece, entre otras, la vivencia de un «yo no puedo» parcial. La muerte es el no-poder-hacer total; la enfermedad, desde este punto de vista, es un no-poder-hacer parcial; no poder trabajar, ver, andar, recordar, levantar un brazo, tratar con tales o cuales personas, encender una cerilla, exhibir una región de la piel, etc., y a esto es a lo que ahora llamo, en el más genérico y elemental de los sentidos, «invalidez». El enfermo es ante todo un inválido, un des-valido. No puede, pues, extrañar —Letamendi tuvo el acierto de descubrirlo—, que entre los varios nombres con que en los más diversos idiomas es designada

---

[5] Baste aquí esta somera indicación. El lector a quien interese el tema deberá bucear en la copiosa literatura filosófica reciente acerca del cuerpo: Husserl, Scheler, Ortega, Zubiri, Sartre, Marcel, Plessner, Merleau-Ponty, Marías... Y pasar de ella a la no menos amplia literatura médica, para lo cual puede servirle de punto de partida la mencionada en la nota precedente. Pienso que utilizando una idea antropológica de Zubiri —la concepción de la creación humana como un «hacer un poder»— es posible unificar las dos notas antes consignadas. El cuerpo sería, según esto, lo que me exige y me permite poder hacer algo en el mundo, y por lo tanto, «poder hacer un poder».

la enfermedad, uno de ellos aluda expresamente a la invalidez que el estado morboso lleva esencialmente consigo: *asthéneia* en griego, *infirmitas* en latín, *disease* en inglés, etc. [6]

Con la palabra *molestia* designo la aflicción de estar enfermo, el dolor físico *latissimo sensu;* por tanto, todo lo que en el complejo sentimiento de la enfermedad es físicamente penoso. La vivencia primaria de la salud es el «bienestar», y la de la enfermedad, el «malestar»: un malestar incomprensiblemente surgido en nuestra conciencia y del que a su comienzo no sabemos decir nada muy preciso, ni en orden a su cualidad sentimental (ansiedad, depresión, dolorimiento, apatía, desgana, desvalimiento, obtusión, desesperanza, etc.), ni respecto de su localización somática. La molestia producida por la enfermedad es, en principio, vago, difuso, impreciso, incomprensible «malestar». En la molestia morbosa es necesario distinguir, sin embargo, dos modos principales: uno *consecutivo* a la vivencia de la invalidez (la molestia de sentir que no se puede hacer algo, la aflicción que causa no poder moverse, no poder comer tal o cual cosa, no poder hablar, etc.), y otro *inmediato*, directa y originariamente emergente del hecho de estar enfermo (el mal-estar genérico y básico de la enfermedad, especificado luego en molestias dotadas de nombre: dolor, ansiedad, vértigo, etc.). No será inoportuno indicar que la molestia de estar enfermo —la sensibilidad romántica supo mostrarlo del modo más brillante— no es incompatible con la felicidad. Estar enfermo da dolor y hace imposible tal o cual placer, pero no impide ser feliz.

Junto a la invalidez y a la molestia, mejor, fundido con ellas, está el sentimiento de *amenaza*. Un cierto sentimiento del riesgo de morir pertenece habitualmente —no será necesario citar a Heidegger— a la constitución de la existencia humana, aunque tantas veces no llegue a ser en ella vivencia articulada y consciente. Sentir la propia vida es también, de un modo u otro, sentir la posibilidad de la propia muerte. Pues bien: la enfermedad —por sí misma o en virtud de la experiencia de ver morir a los otros— es uno de los más comunes y poderosos agentes para la cristalización psicológica y vivencial de ese radical sentimiento de

---

[6] El síntoma psíquico que he propuesto llamar *diselpidia* (véase mi libro *La espera y la esperanza*, 3.ª ed., Madrid, Revista de Occidente, 1962) y que, en forma vaga y mitigada, se presenta con frecuencia al iniciarse el estado de enfermedad (A. H. Schmale, «Relationship of Separation and Depression to Disease», *Psychosomatic Medicine*, XX, 1958, 1959-277), es en su raíz un «no-poder-esperar normalmente».

nuestra existencia. Sentirse enfermo es sentirse amenazado, vivir expresamente, con intensidad mayor o menor, el riesgo de morir. Desde Virchow, los patólogos suelen poner el «peligro» entre las notas esenciales del concepto de enfermedad [7]. Pero yo no me refiero ahora al «peligro» anatomopatológica o fisiopatológicamente objetivable (alteraciones celulares graves e irreversibles, afección profunda de «centros» de importancia vital, etc.), sino a la vivencia propia de la situación vitalmente peligrosa; y esa vivencia no es otra que la «amenaza». El enfermo siente radicalmente amenazada la posibilidad de ciertos proyectos de vida anteriores a su enfermedad («muerte biográfica», aniquilamiento de un poder-hacer parcial) o, si la dolencia se hace más y más grave, la posibilidad física de su misma existencia en el mundo («muerte biológica», no-poder-hacer de carácter total). Un hipertenso, por ejemplo, siente a la vez el peligro próximo de una hemorragia cerebral que le obligue a cambiar de vida, y por tanto, a morir biográficamente respecto de lo que él venía haciendo y pensaba hacer en el futuro, y el peligro último de que esa hemorragia acabe con sus días, matándole biológicamente.

La enfermedad altera desde su raíz misma la relación del hombre con su propio cuerpo. La hace, por lo pronto, penosa (no otra cosa es la molestia patológica) y problemática (tal es la situación a que inmediatamente le conduce la invalidez). Con ello, sin embargo, no queda agotado el «fenómeno» somático de la enfermedad. A él pertenece otra vivencia elemental, para la cual, por las razones que pronto diré, propongo el nombre de *succión por el cuerpo*. Se ha dicho muchas veces, y con harta razón, que la salud consiste en no sentir el propio cuerpo, y la enfermedad en sentirlo penosamente: el cuerpo del sano está «mudo» para su titular; el cuerpo del enfermo le habla, le hace aflictivamente notar, bien en su integridad, bien en alguna de sus partes, que existe [8]. La verdad es que el cuerpo sano también habla: sus palabras principales son «aquí»

---

[7] Bastará mencionar a dos patólogos post-virchowianos: Aschoff *(Vorträge über Pathologie*, Jena, 1925) y Grote *(Grundlagen ärztlicher Betrachtung*, Berlín, 1921).

[8] Entre las muchas posibles, una sola referencia bibliográfica: el trabajo de A. Garretón-Silva «El concepto clínico de la enfermedad», en el volumen *El concepto de la enfermedad* (Simposio por los Drs. Alejandro Garretón-Silva, Abraham Horwitz, Enrique Laval, Jorge Mardones e Ignacio Matte-Blanco), Universidad de Chile, Santiago, 1959. «El silencio constituye el fenómeno más singular de la salud —escribe Garretón—... Los movimientos de cualquier orden... se desarrollan en medio de un silencio impresionante y profundo» (*ob. cit.*, pág. 54).

(mi cuerpo es lo que espacializa a mi existencia), «ahora» (mi cuerpo es lo que me hace vivir mi temporalidad como sucesión de estados) y «estás pudiendo» (mi cuerpo es, como hemos visto, lo que hace que yo «pueda» algo en mi existencia real, y el «estar pudiendo sin molestia» es el nervio fenomenológico y psicológico del bienestar de la salud). Pero este «decir» del cuerpo sano, sobre ser algo así como una implícita y casi silenciosa música de fondo en el sentimiento de la existencia propia, mueve secretamente al hombre al cumplimiento de su vida personal en el cosmos, con los otros y en el mundo que solemos llamar «del espíritu»; por tanto, a trascender su propia corporalidad. He aquí el papel de la salud en la vida del hombre: que nos permite contar con nuestro cuerpo para, desentendiéndonos de él, trascenderlo, ir más allá de sus límites.

En la vida hígida —y también en la vida morbosa, porque no todo en ésta es pura anomalía—, la vivencia del cuerpo cobra localización y cualidad a favor, sobre todo, de la intención: si yo me propongo mover un brazo o si pongo mi atención en una determinada zona de mi organismo —la atención no es a la postre sino la resuelta y polarizada intención de percibir—, mi brazo o esa región orgánica se me hacen subjetivamente presentes. López Ibor ha tenido el acierto de subrayarlo en su análisis del llamado «esquema corporal» [9]. Diríase entonces que el intracuerpo llega a serme patente «desde arriba», como el suelo de una habitación oscura bajo el cono de luz de una linterna sorda. Surge en mi conciencia, pues, por obra de mi libertad. Bien distintas son las cosas en estado de enfermedad. Mi cuerpo, en tal caso, se me hace localizada y cualitativamente patente desde él mismo y como consecuencia de un proceso que para mí se halla dotado de forzosidad incomprensible. Quiéralo yo o no, mi cuerpo, cuando enferma, se me enajena, me llama hacia sí con voz insólita y doliente, se subleva contra mí como un personaje en busca de autor. No es ahora el suelo oscuro que parcialmente va iluminando la lumbre de mi intención, sino la inesperada presión o el vacío insospechado que el temblor de tierra en la oscuridad pone sobre mí. Lo cual me fuerza a vivir pendiente de la sensación de mi propio cuerpo. Vivo entonces, en definitiva, sorbido por mi cuerpo, obligado a verterme psíquicamente hacia él. La «succión por el cuerpo» es así una de las vivencias elementales del sentimiento de enfermedad.

---

[9] Véase el trabajo mencionado en la nota (4) de este mismo capítulo.

Tal es la causa profunda de la peculiar *soledad* del enfermo. Hay, por supuesto, muchos modos de soledad: la soledad del que no puede dejar de estar solo, como Robinson en su isla y el Mowgli de Kipling en la selva; la del que ha perdido la compañía; la de quien vive en el seno de una multitud masificada (el *lonely crowd* de Riesman); la del que por hedonismo o por ascesis ha querido y podido quedarse solo [10]. Hay también, distinta de todas ellas, la soledad no querida en que la enfermedad físicamente nos sume: quien está enfermo se siente penosamente solo, y esto acrece su aflicción y su desvalimiento. Scheler y Ortega han subrayado con acierto y energía la total incomunicabilidad de los sentimientos vitales relativos a nuestro cuerpo. El sentimiento gustoso de saciar la sed y el sentimiento desplaciente del dolor de muelas son de quien los experimenta y de nadie más, a diferencia de las alegrías y las penas de carácter espiritual, que pueden ser real y efectivamente convividas o con-sentidas. El dolor somático es «el dolor de cada uno», según la certera expresión de Osvaldo Loudet. La enfermedad aisla, y no sólo porque impide al paciente de un modo más o menos absoluto el trato normal con los otros hombres, sino porque clava su atención sobre sentimientos penosos que él y sólo él puede padecer; en definitiva, porque le hace vivir enojosamente «sorbido» por su cuerpo. De ahí la habitual disposición ambivalente de los enfermos frente a la compañía: aunque la necesitan y piden, aunque la agradezcan muy sinceramente, nunca la compañía de los sanos llega a contentarles, y en ocasiones hasta les produce una chispa de irritación. Los *kubu* de Sumatra dejan ritualmente solo al enfermo; los antiguos asirios veían en el hombre afecto de enfermedad un hombre indigno de participar en el culto público, un ser a quien había que apartar de la comunidad religiosa, un «excomulgado». Una y otra práctica parecen expresar social y objetivamente aquella esencial operación «aisladora» del enfermar. Diríase que la enfermedad prepara al enfermo para dar por sí solo cuenta de su vida.

La vivencia de *anomalía* es el correlato subjetivo de la «anormalidad» que en su descripción de la enfermedad consigna la patología objetiva. A través de su «idea de sí mismo», la convivencia crea en el individuo humano la tácita o expresa vivencia de su semejanza habitual con todos los restantes individuos de la especie; semejanza tanto más acusada,

[10] Vea el lector mi *Teoría y realidad del otro*.

cuanto más próximo a él sea el grupo a que tales individuos pertenecen. El sentimiento de la salud es también, si se me permite decirlo así, un sentimiento de «nomalía», de pertenencia en la figura y en la conducta a un *nómos* o ley general. El enfermo, en cambio, se siente anómalo respecto de los individuos sanos próximos a él, y vive su anomalía según una de estas dos contrapuestas posibilidades; o como degradación (así sintieron la enfermedad los antiguos griegos y los antiguos semitas, aunque desde bien distintos puntos de vista antropológicos y religiosos) [11], o como distinción (tal es el término a que conduce una de las formas de la actitud romántica ante la enfermedad) [12].

Pero la enfermedad es con frecuencia —si se afina la mirada, siempre— algo más que invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad y anomalía; es también *recurso*, y como tal es soterrañamente vivida. El enfermo siente que su dolencia, además de invalidarle, afligirle, amenazarle y aislarle, le sirve para algo. A veces, del modo más primario y elemental, porque la enfermedad puede ser, es a veces secretamente placentera, como un misterioso episodio nupcial del vivir humano en que el *érôs thanatikós*, el «instinto de la muerte» (Freud, Nóvoa Santos), fuese protagonista. Otras, de manera harto más mediata y elaborada. En efecto: puesto que la salud no es sólo bienestar, mas también quehacer, y aun quehacer penoso, el enfermar nos sirve a veces para evadirnos de los quehaceres que la salud impone o para descansar de ellos, y entonces es vivido como «refugio»; refugio subconscientemente buscado en las enfermedades histéricas (háblase en ellas de una «huída a la enfermedad»), y subconsciente o conscientemente descubierto y utilizado en las dolencias que sobrevienen por azar dentro de la existencia de quien las padece. En cuanto refugio, la enfermedad permite la evasión hacia ella. Pero no sólo para huir de los quehaceres que impone la salud sirve la enfermedad. Hay ocasiones en que ésta llega a ser «instrumento» para la creación de una vida nueva. *Ex vale-*

---

[11] Los griegos, desde su radical naturalismo; los semitas (asirios y babilonios, hebreos), desde su extremado personalismo. Véase mi libro *Enfermedad y pecado* (Barcelona, Ed. Toray, 1961).

[12] Apenas será necesario indicar que tal actitud tiene una secreta raíz cristiana. Cristianamente concebido, el sufrimiento ennoblece. Sobre este tema, véanse mis ensayos *Mysterium doloris. Hacia una teología cristiana de la enfermedad* (Madrid, 1955) y «La enfermedad como experiencia», en el libro *Ocio y trabajo*, así como *Le mal et la souffrance*, de L. Lavelle (París, 1940), y el libro colectivo *La souffrance, valeur chrétienne* (Tournai-París, 1957).

tudine, vita nova. Pascal compuso una *prière pour demander à Dieu le bon usage des maladies;* Novalis propugnaba el cultivo del «arte de utilizar las enfermedades»; y ni uno ni otro aludían por modo exclusivo al provecho espiritual de sufrirlas con resignación y ofrecimiento. También en orden a la existencia terrena puede servir de «instrumento» la enfermedad. ¿Cuántos son —valga este único ejemplo— los intelectuales y los artistas a quienes una inmovilidad forzosa de origen patológico ha permitido ampliar y perfeccionar su obra? En tales casos, como en aquellos en que la enfermedad es refugio, es seguro que hubo frente a ella un primario y elemental «sentimiento de recurso». «No hay mal que por bien no venga», suele decir nuestro pueblo. La realidad empírica es antimaniquea, y nunca, ni siquiera cuando aflige, se nos muestra como «mal absoluto».

Invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad, anomalía, recurso: tales son las vivencias integrantes del sentimiento genérico de «estar enfermo». Con predominio más o menos visible de unas u otras, todo enfermo las lleva en su alma; pertenecen, como dije, al «fenómeno» de la enfermedad, y por tanto, al «siempre» de ésta. Pero en el sentimiento de «estar enfermo» hay algo más que vivencias genéricas; hay también, como indiqué, vivencias específicas, típicas e individuales que, siquiera sea muy sumariamente, conviene ahora describir.

El *factor específico del sentimiento de enfermedad* se halla constituído por la sintomatología subjetiva de la especie morbosa padecida; no de «la enfermedad en cuanto tal», sino de «tal enfermedad»: el dolor de estómago pertenece a la úlcera gástrica y no a la diabetes sacarina; la ansiedad se presenta con frecuencia en la enfermedad de Basedow y no en la cirrosis hepática, etc. Ya el viejo Ortner supo destacar el gran valor semiológico y diagnóstico de la sintomatología subjetiva. Aquí debo contentarme subrayando que estos sentimientos, dotados, por lo general, de cualidad afectiva perfectamente discernible y denominable («dolor punzante», «vértigo», «sed», etc.), y de localización somática bien precisa («aquí», «se me extiende de tal parte a tal otra», «en todo el cuerpo», etc.), son de ordinario consecutivos al sentimiento genérico de «estar enfermo», y surgen en la conciencia, paulatinamente unas veces, súbitamente otras, como cristalización psíquica de él: así, por ejemplo, la vaga e inicial «desgana» va trocándose en el «embotamiento» y el «quebrantamiento» de la fiebre infecciosa. Apenas será

necesario decir que la forma clínica de la especie morbosa en cuestión y la condición típica e individual del enfermo otorgan una variabilidad considerable a la sintomatología subjetiva específica.

En el sentimiento de enfermedad debe ser asimismo discernido un *factor típico* o, como suele decirse, *tipológico*, la modulación que en él introducen el «tipo» biológico o constitucional y el «tipo» cultural a que pertenece el paciente: su sexo, su edad, su raza, su biotipo, su peculiaridad histórica y social. Aun padeciendo la misma enfermedad, no «sienten» lo mismo el varón y la mujer, el viejo y el niño, el blanco y el negro, el leptosomático y el pícnico, el parisiense y el hindú. Algo viene haciendo la investigación clínica contemporánea para conocer empírica y racionalmente esta realidad, pero mucho menos de lo que a mi juicio debe hacerse. Y esto mismo cabe decir en cuanto a la influencia del *factor individual* (tipo y carácter individuales, biografía propia, etc.), en el sentimiento de estar enfermo. Pronto habrá que volver sobre el tema.

Tal es, sinópticamente descrito, el momento vivencial del sentimiento de enfermedad. Pero la estructura real de este sentimiento no quedaría satisfactoriamente estudiada si por modo complementario no considerásemos en ella sus momentos neurofisiológico y metafísico.

Llamo *momento neurofisiológico* del sentimiento de enfermedad, como es obvio, a la actividad de las formaciones anatómicas que nos permiten percibirlo: receptores extero y propioceptivos, sistema vegetativo, sustrato anatómico del llamado «esquema corporal», sustancia reticular, hipotálamo y centros mesencefálicos, cerebro interno. Sería aquí de todo punto impertinente exponer en su pormenor la neurofisiología de la percepción del cuerpo propio. Remitiré al lector al libro *Cerebro interno y mundo emocional*, de Juan Rof Carballo, y a la ulterior bibliografía, ciertamente no escasa, acerca del tema [13]. El momento vivencial del sentimiento de enfermedad es el aspecto «fenoménico» o subjetivo de la

---

[13] El libro de Rof Carballo, excelente y todavía actual, fue publicado en 1952. Bibliografía ulterior acerca de la neurofisiología del «esquema corporal», se hallará en el segundo volumen de mi *Teoría y realidad del otro*. Véanse, además, los trabajos de R. Alberca, «Datos para el estudio de la psicopatología de lo espacial», *Revista de la Universidad de Madrid*, XI, 1963, 187-227, y de P. Gómez Bosque, «Topología de la intimidad. Los fundamentos ontológicos y morfo-funcionales de las relaciones psicosomáticas», *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, XIX (1960), 149-193, y «Alma, cuerpo y persona», *Revista de la Universidad de Madrid*, XI (1963), págs. 31-79.

percepción del cuerpo propio enfermo; el momento neurofisiológico de tal sentimiento es, por su parte, el aspecto «objetivo» o científico-natural de esta percepción. Ambos órdenes de saberes, ¿deben ser considerados como construcciones mentales meramente yuxtapuestas, en cuanto que pertenecientes a dos mundos incomunicables entre sí? El diálogo entre neurofisiólogos, por un lado, y fenomenólogos y psicólogos, por otro, ¿es no más que el coloquio imposible de quienes hablan y tienen que hablar lenguas distintas? No lo creo. Frente al proceder de Heidegger, que temáticamente parece desconocer la realidad del cuerpo humano, al de Sartre, para quien los datos de la ciencia experimental no pasan de ser simple ilustración o mero pretexto en el curso de sus análisis, y al de aquellos neurofisiólogos que en las descripciones de los filósofos no quieren ver más que un juego verbal obvio o artificioso, pienso que, en la medida de lo posible, ambos dominios y modos del saber deben ser unitariamente integrados. Tales han sido y vienen siendo el punto de vista y el proceder de Bergson, Merleau-Ponty, Zubiri y Ferrater Mora, entre los filósofos, y de von Weizsäcker y sus seguidores, Thure von Uexküll, Plügge, Rodríguez Delgado y no pocos más —para no remontarnos hasta von Monakow y Sherrington—, entre los fisiólogos y patólogos. ¿Cómo tiene que estar constituída la realidad objetiva de mi cuerpo para que yo la viva como efectivamente la vivo? ¿Cómo puede llegar a ser conocimiento subjetivo, conciencia, el proceso neurofisiológico por el cual el hombre, y en cierto modo los animales superiores, perciben su propia realidad corporal? Tales deben ser, para filósofos y fisiólogos, las interrogaciones ineludibles.

La faena de darles adecuada respuesta conducirá, en lo que a nuestro problema atañe, a descubrir y tratar el *momento metafísico* del sentimiento de enfermedad. ¿Qué es estar y sentirse enfermo, dentro de lo que es «ser hombre»? ¿Cómo tiene que estar constituída la realidad del ser humano para que en ella pueda existir un sentimiento de enfermedad? Dos vías hay, como en el caso del saber empírico y descriptivo, para resolver —o intentar resolver— este problema filosófico: la vía seguida por las diversas metafísicas que de un modo u otro consideran la realidad desde el punto de vista de *lo que es* (la metafísica de Aristóteles, la de Leibniz, la de Kant, etc.), y la de los pensadores que a partir de Husserl adoptan de manera metódica, para conocer ontológica y metafísicamente la realidad, el punto de vista de *lo que soy*, en último extremo el punto de vista de *el que soy*. Para el aristotelismo medieval, valga este ejemplo,

el sentimiento de enfermedad es el modo como primariamente se expresa en el alma la afección que en una sustancia primera corpórea y racional ha producido el peculiar accidente modal que para tal sustancia es el hecho azaroso de haber enfermado. Para un analista post-husserliano de la existencia humana, en cambio, el sentimiento de enfermedad es la expresión que cobra en mi conciencia la condición mundana, dolorible, mortal y menesterosa de mi existencia personal, y por lo tanto de la existencia humana. Lo cual planteará —ahora metafísicamente— el problema de la posible integración o la posible complementariedad [14] del modo objetivo y el modo vivencial en la empresa de conocer filosóficamente la realidad del hombre. Problema ante el cual no puedo ni debo hacer aquí otra cosa que enunciarlo [15].

2. Después de haber estudiado la estructura del sentimiento de enfermedad, hay que examinar con algún pormenor la *génesis* de este sentimiento: cómo llega a constituirse en la conciencia del enfermo. Para lo cual, como frente al tema de la estructura, será conveniente distinguir los varios momentos que integran la realidad de tal proceso genético. Cinco son, a mi juicio, los principales: el momento vivencial, el neurofisiológico, el histórico-cultural, el económico-social y el individual.

En su aspecto *vivencial*, la génesis del sentimiento de enfermedad es el tránsito subjetivo del «bienestar» propio del estado de salud al «malestar» del estado morboso. En otro lugar [16] he discernido con cierto detenimiento las distintas etapas por que atraviesa la conciencia psicológica de las alteraciones del cuerpo propio: son, en mi terminología, el autosentimiento, la autovislumbre y la noticia configurada. No he de repetir ahora lo que entonces dije. Diré tan sólo que, así considerado, el proceso genético del sentimiento de enfermedad no es sino la aparición en la conciencia de un «malestar» en el que laten o incoan su patencia las vivencias propias del «estar enfermo» (invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad, anomalía, recurso), y la más o menos rápida transformación ulterior de ese «malestar» morboso en la autovislumbre

---

[14] En el sentido que los físicos actuales dan a esta palabra.

[15] En alguno de mis cursos no publicados he abordado según esta actitud intelectual el empeño de construir una metafísica de la enfermedad adecuada a la actual situación del pensamiento médico y de la especulación filosófica. No abandono el propósito de acometerlo un día con cierta calma.

[16] *La historia clínica* (2.ª ed., Salvat, Barcelona, 1961), págs. 597 y ss.

y la noticia configurada del cuerpo enfermo. Cuándo el paciente, en su camino a través de esos diversos estados psicosomáticos, decidirá comunicar a los demás la novedad que en él ha percibido y recurrir al médico, es cosa que, pronto veremos, depende de los ingredientes histórico-cultural, económico-social e individual del sentimiento de enfermedad.

Examinada según su *momento neurofisiológico*, la génesis del sentimiento de estar enfermo consistirá en la estimulación de los propioceptores por la alteración biofísica y bioquímica de las células y los humores en que radica la causa inmediata de la enfermedad —su «causa sinéctica», diría el viejo galenismo—, y en la integración central, por obra, principalmente, del cerebro interno, de los diversos estímulos que ha suscitado ese inicial desorden somático. Todo ello unido, según el esquema weizsäckeriano del «círculo figural», a la modificación del cuerpo que a través de los sistemas efectores promueven las representaciones «centrales». Importante tema, que ahora comienza a penetrar en los tratados de fisiopatología.

En la configuración del sentimiento de enfermedad tiene considerable importancia su *momento histórico-cultural*; con otras palabras, la peculiaridad que sobre el enfermo ha impreso, bajo forma de hábitos y creencias, su pertenencia a una determinada cultura y a uno o a otro de los diversos niveles en que tal cultura se realiza. El hecho de que en el alma de un hombre determinado predomine una actitud mágica, o religiosa en sentido estricto, o racionalizada y científica, ¿puede no influir sobre la manera como ese hombre llegará a sentirse enfermo, sometido a tal o cual acción nosógena? Los tongas de Africa consideran que los vermes intestinales son necesarios para la digestión humana, y en ciertas tribus de América del Sur no se atribuye carácter morboso, sin duda por su frecuencia y su relativa levedad, al *pinto*, una espiroquetosis discrómica [17]; lo cual determina, como es obvio, que las sensaciones subjetivas producidas por entrambas afecciones —incuestionablemente morbosas para nosotros— sean tranquilamente soportadas como «normales». No es preciso recurrir a las culturas primitivas para encontrar actitudes semejantes. Hasta hace bien pocos años, quizás hasta hoy mismo, entre los aldeanos griegos, según las investigaciones médico-sociológicas de Law-

[17] E. W. Ackerknecht, «The role of medical history in medical education», *Bull. Hist. Med.*, 21 (1947), 135-145.

son: *a)* no son tenidas por morbosas, sino consideradas como accidentes de la vida normal, ciertas afecciones indudablemente patológicas (el tracoma, por ejemplo); *b)* son concebidas como favorables para el buen curso de la existencia individual algunas enfermedades leves (*verbi gratia*, el acné puberal); y *c)* son estimadas como socialmente denigrantes, y por consecuencia ocultadas y negadas, determinadas dolencias graves (la tuberculosis pulmonar, entre otras) [18]. Y quien —a la manera de San Francisco frente al mal de sus ojos— crea y piense que la aflicción causada por su enfermedad «es prenda de la felicidad eterna» [19], ¿sentirá la expresión subjetiva de esa enfermedad como aquellos para quienes el dolor carece de todo sentido? Configurado por la situación histórico-cultural del paciente, el sentimiento de estar enfermo —el sentimiento mismo, no sólo la interpretación que de él se haga— varía de unos individuos a otros.

No es menor la influencia que sobre tal sentimiento ejerce el *momento económico-social* de su génesis. Koos ha investigado estadísticamente la relación entre la clase social a que el sujeto pertenece y la atribución de carácter morboso a determinados síntomas: pérdida de apetito, dolor lumbar reiterado, tos pertinaz, dolores articulares y musculares persistentes, menorragia excesiva, etc. He aquí algunos de sus resultados: en las clases elevadas, un 57 % de quienes la sienten atribuye carácter morboso a la pérdida de apetito; en las clases medias, un 50 %; en las clases bajas, un 20 %; y todavía más significativas son las cifras relativas a la tos pertinaz (77 % entre las clases altas, 23 % entre las bajas), a los dolores articulares y musculares (80 %, 19 %) y a otros síntomas subjetivos y objetivos [20]. Inevitablemente vendrán a la memoria del lector los incisivos textos de Platón contra los que por su vida muelle y la abundancia de sus medios de fortuna recurren a la «medicina pedagógica» y por la menor molestia llaman al médico [21].

Queda por considerar, en fin, el *momento individual* de la génesis del sentimiento de enfermedad; momento en el cual se entrelazan factores típicos y constitucionales (sexo, raza, edad, biotipo) y factores individua-

---

[18] J. C. Lawson, *Modern Greek Folklore and Ancient Greek Religion*, Cambridge Univ. Press, London, 1910.

[19] *Florecillas de San Francisco*, I, cap. 18.

[20] E. L. Koos, *The Health of Regionville*, Columbia Univ. Press, New York, 1954.

[21] Acerca de la relación entre enfermedad y clase social, se hallará amplia información y bibliografía extensa en M. Pflanz, *Sozialer Wandel und Krankheit* (Enke, Stuttgart, 1962).

les en sentido estricto, bien preponderantemente somáticos (constitución individual, pasado morboso, etc.), bien preponderantemente psíquicos (educación, vicisitudes biográficas diversas). ¿Cómo desconocer, por ejemplo, que la sensibilidad al dolor físico no es igual en la mujer que en el varón, o que hay sujetos especialmente sensibles respecto de su propio cuerpo, hasta llegar a la hipocondría, o que los sentimientos de culpa hacen más intenso el sentimiento de enfermedad? La investigación psicológico-clínica tiene aquí un ancho campo, que yo debo limitarme a señalar [22].

III. Un hombre ha comenzado a «no sentirse bien». Súbita o lentamente, en él ha aparecido un sentimiento de enfermedad y con éste una situación nueva en su vida. Lo cual nos plantea la tercera de las cuestiones anteriormente deslindadas: *¿cómo el paciente responde al hecho de sentirse enfermo?* Previamente a su decisión de acudir o no acudir al médico, ¿qué ha pasado en su alma, en relación con el sentimiento de enfermedad que en ella ha surgido? Sin tener en cuenta la índole y el contenido de tal respuesta, nunca podría ser bien entendida y nunca podrá ser bien conducida la relación terapéutica entre ese hombre y su médico.

La reacción del paciente al sentimiento de enfermedad depende, como la génesis de ese sentimiento, de instancias histórico-culturales, económico-sociales, constitucionales e individuales. Compare el lector *in mente* cómo suelen responder íntima y exteriormente al hecho de sentirse enfermos el hombre de la gran ciudad y el del campo, el francés o el alemán cultos y el yogui del Indostán, la *prima donna* y la imitadora de Santa Teresa de Jesús. Pero tanto como apuntar ese condicionamiento de la respuesta me importa ahora mostrar y describir sumariamente los varios aspectos en que se manifiesta su estructura: los cuales son en esencia tres, uno afectivo, otro interpretativo y otro operativo.

En su *aspecto afectivo*, la respuesta del paciente a su sentimiento de enfermedad puede ser enormemente variada. La rebeldía contra la dolencia sentida, la aceptación resignada de ella, la depresión, la apatía, la ansiedad, el miedo, la desesperanza, el gozo larvado, la infantilización; tales son, entre otras posibles, algunas de las más frecuentes reacciones afectivas del enfermo a la vivencia de su estado morboso.

[22] No pocos datos valiosos encontrará el lector, para todo lo concerniente a este apartado, en R. H. Blum, J. Sadusk y R. Waterson, *The Management of the Doctor-Patient-Relationship* (McGraw-Hill, New York-Toronto-London, 1960).

He aquí, por ejemplo, el sentimiento de dolor. ¿Cómo responde a él quien lo padece? M. Zborowski ha estudiado cómo en los hospitales de los Estados Unidos se conducen frente al dolor los miembros de distintos grupos culturales de la población norteamericana: italianos, judíos, irlandeses y «viejos americanos». Los italianos y los judíos «exageran» la expresión de su dolor; para ellos, quejarse no es cosa que socialmente descalifique. Los irlandeses suelen sufrirlo más estoicamente, y soportan bien no ser compadecidos: manifestar aparatosamente el dolor no les parece «decoroso». En fin, los «viejos americanos» —entendiendo por tales los descendientes de personas que varias generaciones atrás ya residían en los Estados Unidos, cualquiera que fuese su nacionalidad, su raza y su confesión de origen— tratan de conducirse «objetivamente» frente al dolor. Todo lo cual, como el propio Zborowski explícitamente subraya, influye de una manera decisiva en la relación del enfermo con el médico que le atiende [23].

Otra frecuente reacción afectiva a la enfermedad sentida: el miedo. Cuatro son, según la experiencia de R. H. Blum, las formas principales de este miedo reactivo al sentimiento de estar enfermo: miedo a que la enfermedad en cuestión impida el cumplimiento de los proyectos y deseos más inmediatos del paciente; miedo al dolor o a la molestia de estar enfermo; miedo a lo desconocido (al curso ulterior de la enfermedad, al resultado del tratamiento, etc.); miedo a la muerte. La índole de la dolencia padecida, la singularidad temperamental del paciente, su previa experiencia y, por supuesto, su instalación religiosa y cultural en la vida, decidirán la intensidad de ese miedo a la enfermedad que él ha empezado a sentir y la orientación del afecto hacia una u otra de las cuatro posibilidades antes indicadas [24].

La apatía, el desinterés o la indiferencia frente a los eventos y estímulos del mundo en torno, es otra de las posibles respuestas al sentimiento de enfermedad. Hay, por supuesto, una apatía primaria, emergente de la afección de la vitalidad del paciente por la *causa morbi*: antes la mencioné.

---

[23] Mark Zborowski, «Cultural components in response to pain», *J. Social Issues*, 8 (1952), 16-30. Hace notar el autor que la relación con el médico es más satisfactoria entre los enfermos griegos, rusos, judíos e italianos de los Estados Unidos, que entre los pacientes ya «americanizados».

[24] Véase el libro de Blum antes mencionado; y, por otra parte, *The Meaning of Death* (McGraw-Hill, New York, 1959). El miedo a la muerte juega, según H. Rosenthal, un papel importante en la cura psicoterápica («The fear of death as an indispensable factor in psychotherapy», *Amer. J. Psychother.*, 17, 1963, 619-630).

Mas también puede haber una apatía reactiva, bien como expresión de la desesperanza vital del enfermo (Bernebeu, Spitz) [25], bien —finamente lo apunta Blum, recogiendo su experiencia de médico norteamericano— por «una exagerada conformidad con el papel de ser buen paciente», esto es, persona que sabe soportar ejemplarmente la situación de estar enferma.

Baste aquí la rápida exposición de estos pocos ejemplos. Con ellos he pretendido ante todo mostrar cómo se diversifica afectivamente, según la peculiaridad del enfermo y la índole de la enfermedad padecida, la reacción determinada por el sentimiento inmediato de ésta; mas también he querido hacer ver la creciente preocupación de los clínicos actuales por este problema psicológico, tan importante para el establecimiento de una correcta relación terapéutica y, en definitiva, para hacer máxima y óptima la eficacia del tratamiento.

La respuesta del enfermo tiene, por otra parte, un *aspecto interpretativo*. El hombre siente su vida y la interpreta. Su conocimiento de la realidad —no constituye excepción el conocimiento de su propia realidad— no es y no puede ser sólo visión y conceptuación; tiene que ser también interpretación, hermenéutica, inserción de lo conocido en un contexto hipotético que le otorga pleno sentido para el sujeto cognoscente. Así acaece con ese primer grado del conocimiento de la enfermedad que es el hecho de sentirla. En cuanto peculiar modo de vivir, la enfermedad es primariamente sentida como invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad, anomalía y recurso. Pero sólo a través de alguna interpretación puede incorporarse ese sentimiento a la existencia de la persona que lo sufre, y tal es una de las más comunes respuestas de ésta al hecho de sufrirla. La interpretación es, pues, el camino recto o tortuoso por el cual *lo en-mí* puede llegar a hacerse *mío*.

En un ensayo acerca de la participación de la enfermedad en la experiencia de la vida [26] he distinguido las cuatro interpretaciones típicas que a lo largo de su historia ha dado el hombre a la vicisitud de enfermar: el castigo, el azar, el reto y la prueba. El hombre ha pensado —o ha creído— que está enfermo para expiar una culpa (Grecia antigua, Asiria y Babilonia, antiguo Israel; mas también en el mundo actual perduran

---

[25] E. Bernebeu, «The effecte of severe crippling on the development of a group of children», *Psychiatry* 21 (1958), 169-194; R. Spitz, «Hospitalism», en *Psychoanalytic Study of the Child*, I (Intern. Univ. Press, New York, 1945).

[26] «La enfermedad como experiencia», en mi libro *Ocio y trabajo*.

vestigios de esta interpretación), como consecuencia de una necesidad azarosa e incomprensible (la enfermedad como in-fortunio o *a-tykhía*; así en el *Encomio de Helena*, de Gorgias, y en *La peste*, de Camus), como un reto lanzado a la capacidad inventiva y técnica del hombre (tal es en Occidente, desde los hipocráticos, la interpretación subyacente al *éthos* del médico científico) o como una prueba frente a la cual puede alcanzarse mérito o caerse en demérito (actitud cristiana). Vea el estudio aludido el lector a quien interese el tema.

Ahora debo añadir que cada una de estas cuatro interpretaciones puede recibir versiones distintas; y no sólo por su contenido (la interpretación de la enfermedad como castigo fue materialmente distinta en la Grecia arcaica y en Assur; el reto que ante la *atykhía* de la Naturaleza sentía en su alma el griego antiguo es distinto del que frente a la Naturaleza misma siente el hombre moderno, etc.), mas también por su formalidad y su sentido. Tres son, a mi juicio, las formas cardinales que reviste la interpretación del hecho de enfermar: la forma mágica, la forma religiosa *stricto sensu* y la científica. Apenas será necesario decir que en la realidad empírica pueden las tres combinarse entre sí del modo más variado y pintoresco. Describiendo lo que en China es una epidemia de cólera, el antropólogo Hsu ha escrito que el chino acepta la ciencia cuando la ciencia se disfraza de magia, y el occidental la magia, cuando la magia se disfraza de ciencia [27]. Lo cual indica que en las ideas científicas del chino iletrado y del occidental inculto han de mezclarse con frecuencia, bajo uno u otro ropaje, la ciencia y la magia. Súmese a esto la parte que en el proceso mental tantas veces pondrá una visión religiosa del mundo (cristiana, budista, musulmana, etc.), y se tendrá la clave de las incontables versiones populares que esas cuatro interpretaciones cardinales de la enfermedad —el castigo, el azar, el reto y la prueba— pueden recibir en el alma del enfermo.

Pero el enfermo no se limita a responder afectiva e interpretativamente al sentimiento de su enfermedad; responde también operativamente, haciendo algo para salir de la situación en que se encuentra o para acomodarse a ella, y esto otorga a la respuesta su *aspecto operativo*. El enfermo comunica o no comunica su estado a los demás, decide guardar cama o seguir en pie, emprende ésta o la otra práctica mágica (hasta en las zonas

---

[27] F. L. K. Hsu, «A cholera epidemic in a Chinese town», en *Health, Culture and Community*, de Benjamín Paul (Russell Sage Foundation, New York, 1955).

más cultas de la sociedad occidental perviven vestigios de ritos mágicos), o religiosa (véase, por lo que a los cristianos primitivos se refiere, el precepto de Santiago en su Epístola V, 14), o científica (toma, por ejemplo, una tableta de aspirina), resuelve llamar o no llamar al médico, etc. Este aspecto operativo de la respuesta del enfermo a su sentimiento de enfermedad —condicionado, como es de rigor, por la índole de la dolencia que padece, por el medio cultural y social en que se ha formado y vive, por su individual personalidad y por la ocasional situación en que se encuentra— es la instancia inmediata, por parte del enfermo, para el establecimiento de su relación con el médico.

Consideremos un momento la situación del paciente en este trance. Se ha sentido enfermo. Ha respondido afectiva e interpretativamente a ese sentimiento suyo. Después de esta o la otra práctica, ha decidido ir al médico; mas precisamente, *a tal* médico, *al* médico o *a un* médico. ¿Cuál será su *actitud previa* frente al hombre que técnicamente va a tratarle?

Tal actitud dependerá de muy diversos factores. Por lo menos, de éstos: *a)* cuando el enfermo conoce al médico o ha oído hablar de él, de su juicio acerca de la capacidad técnica y de las cualidades personales de ese hombre; *b)* si el enfermo no conoce al médico, de su mayor o menor confianza en la medicina que en su medio se practica y de su juicio —o su prejuicio— acerca de la institución asistencial a que debe acudir (Seguro de Enfermedad, hospital, etc.); *c)* de la experiencia anterior del paciente en orden a la asistencia médica, y muy especialmente respecto de la recibida durante la infancia, y acaso desde entonces sólo subconscientemente recordada [28]; *d)* de la personal postura del enfermo, en cuanto tal enfermo, frente a la sociedad de que forma parte: si opera en él la conciencia de un derecho a la asistencia o si acepta resignado y sumiso su situación menesterosa; si junto a la conciencia de ese derecho hay en él o no hay el sentimiento de ciertos deberes sociales, etcétera [29]; *e)* de su relación, en cuanto tal enfermo, con las personas que inmediatemente le rodean. No será tiempo perdido el que el médico

---

[28] No será necesario subrayar aquí la decisiva importancia de los primeros meses de la vida para la configuración de la personalidad. Hay actitudes frente al médico cuya raíz está precisamente en esos primeros meses. Véase el libro *Urdimbre afectiva y enfermedad*, de J. Rof Carballo.

[29] Véase lo que acerca de este importante tema se dice en los capítulos ulteriores, y principalmente en los dos últimos.

dedique a conocer cómo sus pacientes se conducen en relación con todas estas instancias, tan eficaces en la determinación de la actitud que cada uno de ellos adoptará ante él.

II. MOTIVOS DEL MEDICO

Sea quieta espera del paciente a quien ha de asistir o apresurado caminar hacia él, la situación del médico previa a su relación efectiva con el enfermo puede adoptar muchas figuras típicas: la del especialista que en su consultorio privado u oficial dice rutinariamente a su enfermera: «Que pase el primero» o «Que pase el siguiente» [30]; la del médico de cabecera que asciende con esfuerzo la escalera de una vivienda urbana modesta o camina por una trocha rural; la del médico de hospital que se acerca a la cama en que yace el paciente recién ingresado; la del médico militar que sobre el mismo campo de batalla ha de asistir a un herido. Pero como ante el caso del enfermo, mi propósito actual no consiste en describir desde fuera una serie de situaciones típicas, sino en discernir, dentro de todas ellas, los diversos motivos cardinales por los que el médico va a prestar su asistencia técnica. Cualquiera que sea la situación empírica de éste, ¿pueden ser reducidos a esquema sistemático los posibles motivos de su encuentro con el enfermo? Interrogación que, como primera providencia, exige desglosar el tema en tres cuestiones distintas: 1.ª Cómo el médico siente y realiza su condición de tal. 2.ª Cómo el médico es persona. 3.ª Cómo el médico se halla dispuesto frente al enfermo a que va a asistir.

I. Del que practica el arte de curar importa en primer término su *modo de ser médico*. ¿Hasta qué punto puede un hombre ser buen médico sin ser buena persona? Con su bien conocida definición —*vir bonus medendi peritus*, «hombre bueno perito en el arte de curar»—, los antiguos querían dar a entender que la bondad humana del galeno es presupuesto o condición previa de su pericia en el arte. Mucha verdad hay en ello, y pronto comenzaremos a verlo. Pero lo que la sociedad y el enfermo piden ante todo del médico es que lo sea con suficiencia técnica; que sea «médico

---

[30] Bajo el título de «Der nächste Patient», W. Schulte ha diseñado un fino análisis de este trivial suceso de la práctica médica (*Werden und Handeln*, págs. 249-262).

de veras», si vale la redundacia. Ahora bien: en el modo de ser médico hay que distinguir varios motivos esenciales, que reduciré a tres y concisamente llamaré vocación, formación y profesión.

Es indudable que en las sociedades civilizadas la *vocación médica* puede presentarse y se presenta de hecho con una relativa distinción respecto de otras posibles vocaciones: hay personas, en efecto, con vocación de médico y sólo con ella [31]. ¿En qué consiste, vista por dentro, la vocación del médico? «La Medicina —ha escrito Marañón en las leidísimas páginas de *Vocación y ética*— tiene dos aspectos que la colocan en el rango de las actividades que exigen una vocación de superior categoría, aquella que hemos comparado con el amor, y que, por lo tanto, requieren atracción intransferible hacia su objeto, espíritu de sacrificio y aptitudes específicas. Esos dos aspectos son: su práctica gratuita y entrañable en los pobres (y quizá en los que no lo son), tantas veces comparada al sacerdocio, y su estrecha alianza con la investigación científica pura. Se asemeja en lo primero, en lo que tiene, o teóricamente debe tener, de ejercicio desinteresado, a la profesión militar y a la de la abogacía. Pero supera a ambas en la casi ineludible necesidad de investigar que el médico tiene, y que es, en el abogado o en el militar, contingencia muy accidental» Yo diría, perfilando un poco estas certeras palabras, que en la vocación médica se integran, con predominio mayor o menor de una o de otra, dos instancias: una inclinación del ánimo, espontánea en unos casos, suscitada en otros, a la ayuda del menesteroso, y por tanto del enfermo, y una afición, si se quiere deportiva, a vencer cognoscitiva y operativamente, mediante un saber científico técnicamente realizado y poseido, las dificultades y los problemas que presenta o impone la naturaleza. Sólo aquél en quien se junten estas dos instancias vocacionales podrá ser un médico cabal, aunque él, por sí mismo, diste mucho de ser un investigador.

La vocación médica puede presentarse con toda pureza en plena adolescencia. Pero —como el propio Marañón indica— no es infrecuente su aparición tardía. Como todas las vocaciones, la de médico puede ser paulatinamente suscitada, y en no pocos casos dependerá de la «buena voluntad» con que sea cumplido el trabajo propio de la profesión correspondiente; en este caso, el de tratar enfermos. Lo habitual es que la rutina

[31] Sobre el problema del nexo entre vocación y profesión, véase el ensayo de Ortega «Sobre las carreras», *O. C.* V, 167. Sobre el problema de la vocación médica, dentro del cuadro de las distintas vocaciones, *Vocación y ética*, de Marañón.

familiar y la idea de que la medicina es económicamente «una buena profesión» —y junto a ellas, claro está, el azar de esta o la otra circunstancia social—, sean las instancias determinantes del que decide matricularse en una Facultad de Medicina. Lo cual no es óbice para que la adecuada educación del estudiante y la ulterior práctica del joven graduado vayan promoviendo poco a poco la constitución de una vocación médica muy firme y honda. Así acaece que el número final de los galenos verdaderamente vocados a la medicina sea de ordinario muy superior al número de los estudiantes que sólo por vocación se inscribieron en la Facultad médica.

Quiere ello decir que la *formación del médico* debe hallarse orientada por dos propósitos distintos: la enseñanza técnica y el alumbramiento de la vocación. La primera pide ante todo competencia y método; el segundo requiere, muy en primer término, el ejemplo. Mucho habría que decir acerca del método que hoy exige la formación técnica del estudiante de Medicina y del médico joven. No es éste el momento [32]. Me conformaré con subrayar, por lo que al segundo de esos dos propósitos atañe, que las Facultades de Medicina deben ser concebidas, no sólo como centros para la capacitación técnica de sus alumnos, sino como institutos para la suscitación de verdaderas vocaciones médicas; y que, respecto de este último fin, el ejemplo de sus profesores —la efectiva capacidad de éstos para ser verdaderos maestros— será siempre el recurso fundamental y decisivo.

Con la vocación y la formación entra en juego el tercero de los motivos esenciales del ejercicio médico, la *profesión*, el modo como el médico entiende y socialmente practica la medicina. No se trata ahora de consignar los distintos modos sociales del ejercicio profesional —práctica libre, asistencia hospitalaria, pertenencia al cuadro de un Seguro Médico, etc.—, sino de discernir con precisión los varios intereses que en nuestras sociedades «civilizadas» orientan ese ejercicio. Cuatro son, a mi juicio: el dominio científico de la naturaleza, el afán de lucro, el deber de funcionario y la voluntad de ayuda.

Hay médicos para los cuales son fines primordiales el conocimiento

---

[32] ¿Cómo debe ser técnicamente formado el médico, cuando tan decisiva importancia tienen los aspectos preventivos y sociales —en el más amplio sentido de uno y otro término— del ejercicio de la Medicina? Grave problema, con el cual se debaten hoy muchas mentes alertadas. Entre nosotros ha dedicado al tema muy agudas reflexiones Juan Rof Carballo.

científico de la naturaleza y el dominio sobre la realidad natural que ese conocimiento concede. Instalados ante el enfermo en su «yo cognoscitivo» —el «yo sujeto» de la razón teorética kantiana; si se quiere, en un *ego sapiens*—, se afanan ante todo por lograr un diagnóstico objetivo y riguroso; y, conseguido éste, creen poder y deber limitarse a tratar al paciente con remedios de eficacia científicamente comprobada. Si tales remedios, por una razón o por otra, les faltan, ¿qué harán? En principio, nada: dejar que la naturaleza del enfermo se las componga como pueda. «Nihilismo terapéutico» llamaron a este proceder en la Viena de 1850, la Viena de Skoda y Rokitansky. En tal caso, el enfermo es en primer término —recuérdese lo dicho páginas atrás— *objeto de conocimiento racional.*

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

Arrolladoramente frecuente va siendo en la sociedad actual el médico que como tal trabaja al servicio de una institución, estatal o no, encargada de dar asistencia técnica a los enfermos; por tanto, como funcionario de esa institución, como sujeto a quien está encomendado un *officium* en la colectividad civil de que es parte. El «yo oficial» o «yo funcional» desde que el terapeuta contempla y trata ahora a sus pacientes puede muy bien ser llamado *ego fungens* (*fungor*: desempeñar un cargo); y si no median otros intereses más profundos y personales, en el enfermo se ve ante todo su condición de *objeto operante en la sociedad*, su papel de pieza eficaz en la «máquina social», en la «organización».

Debe ser en fin mencionado —*last, but not least*— el médico que actúa movido en primer término por una sincera voluntad de ayuda técnica al paciente que ha recurrido a él. El yo desde que ese médico practica su profesión es ahora un *ego adiuvans*; y si su vocación y su voluntad de ayudar al enfermo con su arte son profundas y consecuentes, no le tratará última y definitivamente como a un «objeto», aunque en su relación médica con él se vea con frecuencia obligado a objetivarle, sino como a

una *persona doliente y menesterosa.* Desde los hipocráticos hasta hoy, éste es el modo más noble de ejercer la medicina.

Apenas será necesario indicar que en la realidad individual y concreta de cada médico se entraman casi siempre dos o tres de estos motivos, acaso los cuatro, aunque de ordinario prevalezca sobre los restantes uno de ellos y sea éste el que otorgue al ejercicio de la profesión lo más visible de su estilo. Como no hay «hombres de una pieza», contra el brutal y simplista timbre de gloria de quienes de ello blasonan, tampoco puede haber «médicos de una pieza», profesionales de la medicina sólo movidos por uno de esos cuatro intereses cardinales: ni tan inhumanos que todo sea para ellos conocimiento científico, servicio al Estado u ocasión de lucro, ni tan angélicos que sólo ejerzan su arte por amor a éste o a los hombres. Para que la práctica de la medicina sea humana y moralmente admisible, y supuesta una mínima competencia técnica en quien la ejerce, bastará que no sean la sed de lucro, el afán de prestigio, la comodidad personal o un frío y deshumanizado apetito de saber las instancias decisivas de la conducta, cuando con ellas haya de competir la pura voluntad de ayuda al menesteroso.

II. Todo ello está diciendo a las claras que, respecto del modo de ser médico, dista mucho de ser indiferente el *modo de ser persona.* No trato ahora de afirmar que el ejercicio de la medicina exige la posesión de una determinada personalidad. Requiere, eso sí, ciertas aptitudes mínimas de inteligencia, sensibilidad, capacidad de acción y habilidad manual; poseídas las cuales, cualquier hombre —leptosomático o pícnico, introvertido o extravertido, jovial o melancólico, taciturno o locuaz— podrá ser, a su modo, excelente médico. Mas tampoco esto excluye otra verdad, a saber, la existencia de un peculiar modo de ser hombre en el médico ideal; modo de ser en el que tiene su fundamento físico y moral la capacidad técnica de éste y del cual reciben algunos de sus motivos la eficacia real y el buen éxito social del terapeuta. Más brevemente: la existencia de una «personalidad médica».

En tres rasgos principales me atrevería yo a cifrar la peculiaridad de ese modo de ser persona: uno temperamental, otro mental y otro ético.

¿Cómo desconocer que hay personas nativa y temperamentalmente dotadas para ser buenos médicos? A ellas pertenece y de ellas irradia una intensa simpatía vital, una suerte de halo caliente y acogedor, bené-

fico, dentro del cual todos o casi todos llegan a sentirse inmediatamente cómodos: la cualidad que los alemanes llaman *gemütlich*, los ingleses *cosy* y los españoles de Asturias —Ortega puso en circulación esta palabra local— *atopadizo*. Si a ese don ingénito se une otro, ingénito también, un espontáneo brío para la lucha contra la dificultad exterior —ese como optimismo natural de las personas que no por táctica, ni por educación, sino porque «les nace de dentro», no saben rendirse ante los embates y las resistencias del mundo—, se tendrá el temperamento óptimo del médico. Recuerdo haber visto hace años una piececita teatral alemana, *Der kluge Mensch*, cuyo tema era el conflicto entre un médico científicamente bien formado y su padre, curandero de torrencial simpatía vital a quien seguían prefiriendo los enfermos de la aldea. Cabría decir, abusando una vez más de Tertuliano, que ese curandero era hombre *naturaliter medicinalis*.

Junto a las dotes vitales, pero más susceptibles de promoción que ellas, las dotes mentales del buen médico: capacidad de observación comparativa y sensibilidad para la coejecución de la vida anímica ajena. No será sin esfuerzo buen médico quien previamente a cualquier adiestramiento no sea capaz de reconocer una leve asimetría facial o de distinguir dos matices del mismo color próximos entre sí. Y si se quiere un ejercicio cabal y actual de la medicina, quien no se halle bien dotado para penetrar con sutileza en el alma de los demás.

En tercer lugar, los rasgos éticos de la personalidad: la habitual renuencia del ánimo frente a lo ilícito, la buena disposición constante para la práctica de lo lícito y beneficioso, la prontitud, tan diestra y reiteradamente señalada por Marañón, para la invención del deber no escrito. Quede aquí el tema, en espera del capítulo consagrado a los aspectos éticos de la relación entre el médico y el enfermo.

Sin formación técnica adecuada, poco hará, ciertamente, una buena personalidad de base. Pero al servicio de una formación técnica cuidadosa, no tardará tal personalidad en hacer del «médico» un «buen médico». Mucho ayudará a lograrlo la firme voluntad de quien, aún no poseyéndola nativamente, se esfuerce día a día por conseguir esa favorable condición. Respecto de los rasgos éticos de ésta, nada más evidente: salvo en el caso de ciertos psicópatas y enfermos mentales, forzados por la constitución de su cuerpo al desorden habitual de la conducta que los ingleses llaman *moral insanity*, es moralmente bueno quien de veras quiere serlo, aunque para algunos sea más fácil que para otros el camino per-

sonal hacia la bondad. Mas también es posible hacer algo en orden a los rasgos vitales y mentales del carácter. *Quod natura non dat, Salmantica non praestat*, dice un viejo refrán académico; y no poca verdad hay en él, porque no existen Salamancas capaces de convertir en genio intelectual al romo de nacimiento, ni en vitalmente cálido al nativamente frío. Mas también cabe decir, con verdad complementaria: *Quod natura non dat, bona voluntas praestat*, y muy especialmente en lo tocante a ese modo de ser persona que vengo llamando «personalidad médica». Basta tender la vista en torno para adquirir certidumbre de ello.

III. Unas palabras, en fin, acerca de la tercera de las cuestiones más arriba deslindadas: la personal *disposición del médico frente al enfermo a que va a asistir*. Dos casos típicos deben ser distinguidos. En el primero, el médico conoce previamente al paciente con quien va a encontrarse. Cuando esto ocurre, será la experiencia anterior la que decida acerca de esa previa disposición: mucho tendrá que poner de su parte el clínico para entablar desde el primer momento una buena relación terapéutica con un sujeto respecto del cual está pensando: «Vaya, otra vez el pesadísimo Fulano». En el segundo caso, el médico no conoce al paciente a quien va a tratar. Nada sabe de él. ¿Será, como suele decirse, un «buen enfermo»? ¿Qué problema clínico traerá, una dolencia diagnóstica y terapéuticamente bien dominable, o una afección de diagnóstico difícil, un «hueso», según la jerga entre nosotros habitual? La situación y la ocasión son las instancias que ahora condicionan la previa disposición del médico respecto del enfermo. La situación: que el clínico se halle cómoda o incómodamente instalado en el modo de su ejercicio profesional (consulta privada, entidad asistencial, hospital de beneficencia, etc.). La ocasión: el singular momento de la vida del clínico en que tal encuentro médico va a celebrarse. No será necesario decir que tanto en uno como en otro caso tendrá decisiva importancia la personal actitud íntima del galeno respecto de su propia suficiencia técnica. ¿Cuántas veces no llega a establecerse una buena relación con el enfermo porque el médico no se siente muy seguro acerca de su saber o de su experiencia?

* * *

Cada uno con sus múltiples motivos posibles y, por lo tanto, con sus múltiples posibilidades respectivas, médico y enfermo van a encontrar-

se entre sí. Los personajes están ya dispuestos, y va a levantarse el telón. ¿Qué comedia feliz o qué infausto drama resultarán de tal encuentro? No es posible decirlo cuando éste se inicia. Algo sabemos, sin embargo; que el médico va a explorar a su paciente, y por lo tanto a mirarle, a hablarle y escucharle, a poner las manos sobre su cuerpo, a utilizar este o el otro instrumento exploratorio. Tratemos de entender lo que todo esto es y significa en orden a la relación entre ambos.

CAPITULO III

LA COMUNICACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO

Médico y enfermo se han encontrado entre sí. ¿Qué va a resultar de su mutuo encuentro? En el mejor de los casos, una genuina amistad médica, realizada bajo forma de diagnóstico y tratamiento. En el peor, la ruptura violenta de la relación que ese encuentro inicia y prefigura: un pleito judicial, acaso una agresión criminal del médico por parte del enfermo o de sus deudos. Entre uno y otro extremo, mil varios eventos son posibles.

En el capítulo próximo consideraremos sinópticamente los tipos principales de la relación médica. En éste, seguiremos ateniéndonos al modo de esa relación que antes llamé ideal o canónico. Más atrás quedaron consignados sus presupuestos. Su término inmediato es, acabo de indicarlo, la instauración de una amistad médica genuina. ¿Cómo se llega a ésta? ¿Qué deben poner, para alcanzarla, el médico y el enfermo? Conocemos los términos iniciales de la respuesta: aquél debe poner suficiencia técnica y buena voluntad; este otro, confianza en la medicina y en el médico. Vamos a estudiar ahora cómo estos tres motivos principales —la suficiencia técnica, la buena voluntad, la confianza— van adquiriendo realidad expresa. Con otras palabras, cómo médico y enfermo, siempre en la hipótesis de una relación ideal entre ellos, se comunican entre sí: cómo se miran, cómo se hablan y se escuchan, cómo la exploración técnica —anamnesis clínica, exploración manual, exploración instrumental— puede ser fuente, cauce y resultado de tal amistad, además de ser, según lo que los libros de semiología enseñan, recurso principal del diagnóstico y fundamento científico del tratamiento. Examinemos sucesivamente la mirada, la palabra y el silencio, la exploración manual y la exploración instrumental, y estudiemos cómo a través de estos cauces se constituye la relación médica.

I. LA MIRADA

En un consultorio público o privado, en una sala de hospital o en otro lugar cualquiera, un médico y un enfermo se encuentran entre sí. ¿Qué sucede entre ellos? Por lo pronto —salvo excepciones fácilmente imaginables— que mutuamente se miran [1]. Lo cual nos obliga a considerar lo que en cuanto medio de comunicación médica es la mirada.

Partamos de lo sabido y consabido: la mirada es ante todo un acto expresivo, una *expresión*. Mirando —a otro hombre, a una parcela del mundo exterior, al vacío—, yo puedo querer hacer muchas cosas, pero en todo caso hago una: manifestar, queriéndolo o no, lo que siempre soy (mi condición humana, mi personalidad) y lo que entonces estoy siendo (el estado de mi alma). Mi mirada me expresa, y lo hace porque mis ojos se han constituido ocasionalmente en centro vector de mi expresión.

Llamo *centro vector de la expresión* a la región del cuerpo en que la actividad expresiva adquiere su intensidad máxima y su más acusada y explícita significación. Cuando quiero expresarme sonriendo, el centro vector de mi expresión es mi boca. Cuando guiño el ojo, mi párpado y mi ceja. Cuando doy a otro un codazo significativo, mi codo. Uno se expresa —queriéndolo o no— con todo el cuerpo; pero en la realización expresiva de éste hay siempre dos planos principales: el primer plano que constituye el centro vector de la expresión y un segundo plano, constituido por el resto del cuerpo. Aquél es, utilizando analógicamente el conocido término biológico de Spemann, el «organizador» de la actividad expresiva, la zona somática en que más eminentemente se actualiza el sentido de tal actividad y desde la cual se organiza el papel que en aquel momento desempeñan las restantes. Más allá de este segundo plano está el «mundo» de la expresión, la situación local y temporal (tal habitación, tales circunstancias, tal momento histórico y biográfico) de que la expresión ha surgido y a que como parte de algún modo pertenece.

Habitualmente coinciden expresión e intención: uno expresa entonces lo que con mayor o menor deliberación quiere expresar, y el centro vector es la región del cuerpo a que más directa e inmediatamente se aplica la

[1] Las excepciones principales son dos: la exploración de un enfermo en coma y la relación con el enfermo ciego. Algo diré acerca de la primera de ellas en el capítulo consagrado al diagnóstico. En cuanto a la segunda, véase el apartado subsiguiente.

ntención expresiva. No siempre es así. Hay ocasiones en que uno expresa lo que no quiere expresar —cuando la emoción es fuerte, cuando uno, por la razón que sea, no es suficientemente dueño de sí—, y entonces la expresión tiene dos centros vectores: uno real, aquél en que se manifiesta lo que verdaderamente somos y a la sazón estamos siendo, y otro ficticio o artificioso, aquél en que la intención expresiva se proyecta y realiza. El teatro y el cine han explotado infinidad de veces esta posible discrepancia entre la expresión real y la intención expresiva.

Bastan, creo, estas sumarias nociones propedéuticas [2], para advertir: *a)* que no hay miradas «puras» o «exentas»; toda mirada pertenece a una totalidad expresiva, de la cual son partes principales la expresión verbal, el gesto del rostro y la actitud; *b)* que sólo puede ser comprendida una mirada poniéndola en relación con la situación de que surge, a través de la totalidad expresiva a que pertenece; nada más equivocante —y nada, por tanto, más azorante— que el empeño de comprender lo que unos ojos por sí mismos nos dicen; y *c)* que la comprensión de la mirada —la aprehensión del sentido que la determina e informa— requiere tener en cuenta la posible discrepancia entre la expresión real y la intención expresiva.

Volvamos ahora a nuestro punto de partida. Un médico y un enfermo se encuentran y se miran. Por un momento, sus ojos se hacen centros vectores de su recíproca comunicación. Más tarde, acaso tras una breve fracción de segundo, la expresión oral —la palabra— asumirá esa función central y organizadora de la comunicación interpersonal; pero, aunque en segundo plano, los ojos no dejarán de participar en ella. Como protagonista primero, y luego como secuaz y acompañante, la mirada interviene decisivamente en la comunicación entre médico y enfermo. Preguntémonos, pues, de nuevo: cuando un médico y un enfermo mutuamente se miran, ¿qué sucede entre ellos?

Debemos ante todo evitar que nuestra respuesta sea un eco más de la resonancia inmensa —a mi juicio, desmedida— que en el mundo entero han logrado los agudísimos análisis fenomenológicos y ontológicos de Sartre, primero en *L'être et le néant* y luego en la pieza teatral *Huis clos*.

---

[2] Más amplio tratamiento del problema psicológico y biológico de la expresión, y una selección de la bibliografía a él pertinente, en *Teoría y realidad del otro*, II, págs. 48-51 *et passim*. Especialmente recomiendo los estudios de Bühler, Oehme y Strauss allí citados. Y, por supuesto, los bien conocidos ensayos de Ortega y la *Metafísica de la expresión*, de Nicol.

Según Sartre, la mirada de dos hombres que se encuentran entre sí es *en su esencia* un conato de objetivación recíproca, una pugna entre dos libertades en que cada una trata de convertir a la otra en «naturaleza», y por tanto en «objeto». «Toda mirada —ha escrito, por su parte, Ernst Jünger— es un acto de agresión»; y la forma más elemental y genérica de esa acción agresiva sería la objetivación del otro, más ampliamente de «lo otro».

¿Es así? En parte, sí, y a veces —cuando uno se sitúa en la hipótesis del ejemplo que sirve de punto de partida a Sartre: el paseante solitario en el parque al que mira otro paseante inesperado— de manera bien eminente. Mirando la realidad exterior, sea ésta árbol, nube o cuerpo humano, esa realidad muestra su figura ante mí, la dispara hacia mi alma, me la hace ob-jetiva. Objeto, *ob-iectum*, muchas veces ha sido esto recordado, es, etimológicamente, lo que está lanzado hacia mí. Tal vez no sea ocioso subrayar aquí, en espera de nuestro análisis de la exploración manual del enfermo, que en la objetivación visual del mundo éste me ofrece su «figura», y no, en el sentido fuerte del término, su «realidad». La concreta realidad del mundo, en este sentido fuerte y psicológico del vocablo «realidad», me la hace descubrir el tacto. Cuando yo veo algo, y mientras no lo toque —mejor dicho: mientras no crea que puedo tocarlo—, ¿quién me dice que lo que estoy viendo no es pura «visión», apariencia fantasmal?

Bien. Pero mirar a otro hombre, mirar a los ojos de otro hombre y ser mirado por ellos, ¿es *sólo* esto? No he de repetir aquí lo que en otras páginas he escrito [3]. Me limitaré a recordar que en la mirada —siempre concebida como centro vector o punta de flecha de una totalidad expresiva no sólo «mirante»— es preciso distinguir su intención y su profundidad, y que cada uno de estos dos respectos principales permite aislar, más o menos puros, varios modos típicos de mirar.

Desde el punto de vista de la *intención* —por tanto, desde el punto de vista de la actitud y la zona de mi ser desde que miro—, la mirada puede ser inquisitiva, objetivante en sentido estricto (con las mil posibles especies de la intención objetivadora: miradas táctiles, prensiles, retadoras, envolventes, fascinantes, concesivas, irónicas, despectivas...), receptiva o abierta, petitiva o instante, efusiva o autodonante. Aunque mirar sea siempre, en alguna medida, objetivar, la mirada puede tener y tiene con frecuencia una intención más radical que la pura objetivación —tal

[3] *Teoría y realidad del otro*, II, 150-156.

es el caso de quien mira a otro para efundirse hacia él a través de la mirada—, y esa intención es entonces la que otorga último sentido a la operación objetivante. Cuando el amante se encuentra con la amada, ¿podrá hacer suya la descripción del «ser mirado» que Sartre ofrece como canónica?

Son distintas las miradas, por otra parte, según la *profundidad* a que en la realidad del otro intentan llegar. Miro a otro desde cierta zona de mí mismo y hacia o hasta cierta zona de él mismo, y de esto depende la «profundidad» de mi mirada. Tres me parecen ser, desde este punto de vista, los tipos principales: la mirada a los ojos o, más ampliamente, la mirada al cuerpo, a la superficie del cuerpo («¡Mírame a la mirada y no a mí!», dice Angel a Eufemia en *La esfinge*, de Unamuno); la mirada al alma (a lo que en aquel momento «contiene» la conciencia del otro: pensamientos, sentimientos, etc.), la mirada al fondo del alma (al hondón o manadero de sus intenciones, a la zona de su ser en que se está actualizando su libertad). Al fondo del alma de Pedro debió de mirar Cristo en casa del sumo sacerdote, según el testimonio de San Lucas: «Y volviéndose el Señor, miró a Pedro» (22, 61).

Esto supuesto, ¿cómo se miran entre sí, cuando se encuentran, el enfermo y el médico? ¿A qué tipo, entre los mencionados, pertenecen de ordinario las miradas de uno y otro?

El *enfermo* en cuanto tal mira al médico —cuando va hacia él o cuando desde su lecho le ve acercarse— con una mirada *petitiva*: con ella expresa su menester y la apertura receptiva de su persona hacia la incalculable fuente de ayuda que para él es la persona del médico. Más que un objeto dotado de precisión espacial y temporal, éste es entonces una realidad fontanal no susceptible de cálculo. El médico, en suma, y supuesta una relación médico-enfermo ideal, no pertenece para el paciente al mundo del proyecto, sino al mundo de la esperanza. Aunque, claro está, la esperanza del enfermo, como toda esperanza, por alta e inefable que sea, haya de actualizarse en proyectos para ser eficaz.

Pero la relación médica no es siempre ideal, y no sólo confianza y esperanza hay, de ordinario, en el alma del enfermo. La previa confianza en la medicina y en el médico puede ser indecisa, e incluso ceder, en ocasiones, a una franca desconfianza; de la cual, si esto sucede, nacerá una mirada antes evasiva y recelosa que petitiva. Puede también el enfermo —caso frecuentísimo hoy— acercarse al médico exigentemente instalado en el pedestal de su dolor (cuando el dolor sirve al que lo padece

para exigir llorosa o imperativamente la solicitud de los demás) o en el pedestal de su derecho (cuando la enfermedad es vivida como origen de un derecho subjetivo a la subvención y a la asistencia técnica). En tales casos, el médico tiende a ser para el enfermo puro dispensador de técnicas, y su realidad va haciéndose menos «fontanal» y más «objetiva». Con lo cual la mirada, sin dejar de ser petitiva, se hará exigente, objetivadora y hasta retadora. Cabe, en fin, que el paciente viva y acepte el dolor de su enfermedad con íntimo y callado heroismo. La dolencia es en tal caso sentida como penosa distinción, bien con espíritu formalmente religioso (la resignación oblativa del santo), bien con alma secularizada (la elegancia en el sufrimiento del hombre de mundo), y la mirada a los demás, incluido entre ellos el médico, cobra entonces un matiz distinto de la petición y la exigencia, se hace en alguna medida autodonante y efusiva. Desde la dignidad no merecida de su dolor —terrible dignidad, a veces— el enfermo se derrama dilectivamente hacia los demás, y así lo declaran sus ojos [4].

¿Cómo es, cómo debe ser la mirada del *médico* en su encuentro con el enfermo? Pienso que en ella deben hacerse expresas las siguientes intenciones principales:

1.ª Una intención *envolvente*. La mirada del médico —la expresión del médico, a través del centro vector de su mirada —debe ante todo procurar un ámbito de refugio a la existencia doliente y menesterosa de quien le pide ayuda técnica. Hay la mirada-prisión de quien trata de encerrar al otro dentro de los límites de un conocimiento sólo objetivante, por el estilo del que el entomólogo busca en el insecto. Mas también hay la mirada-regazo del que con ella envuelve al otro en una atmósfera de acogimiento y protección: una atmósfera que puede ser —inicialmente, basta con esto— «su casa».

2.ª Una intención *inquisitiva*. Con su mirada, el buen médico no sólo acoge, también busca. Busca algo, desde su encuentro con el enfermo, en la superficie visible de éste, bien en toda ella (el hábito somático del paciente, su actitud, las acciones en que se expresan su motilidad y su motórica), bien en alguna de sus partes (una región anatómica determinada, el rostro y sus gestos, una zona de su piel, etc.). Tales son los objetivos de la actividad exploratoria a que los libros de semiología suelen

---

[4] Quede aquí meramente nombrado un problema especial: el de la mirada del enfermo mental.

dar el nombre de «inspección». Pero la intención inquisitiva de la mirada del médico debe ir —va siempre, de hecho— más allá de la superficie somática del paciente. A través de esta —y, por supuesto, a través de los gestos y las palabras con que el paciente expresa su personalidad y su situación—, el médico trata de llegar al alma del enfermo (con otras palabras: trata de aprehender el contenido de su conciencia; tal es la meta de las que Dilthey llamaba «formas elementales de la comprensión»), e incluso al fondo del alma del enfermo, al centro vital, más o menos consciente, de sus intenciones íntimas (simulación o autenticidad del estado morboso, apropiación o no apropiación de la enfermedad, etc.; el término a que en el caso del médico aspiran las «formas superiores de la comprensión», de Dilthey).

3.ª Una intención *objetivante*. Cuando el médico encuentra lo que en su inquisición busca —o cuando topa en ella con algo que no buscaba: una alteración visible en el cuerpo del enfermo, tal sentimiento o tal idea en el alma de éste—, el hallazgo aparece objetivamente ante él, y su mirada expresa, tiene que expresar tal intención. La relación médica, como vimos, *exige* la objetivación. Dos salvedades hay que hacer, sin embargo, a este indiscutible aserto: que en el buceo de las intenciones del otro no cabe ya la objetivación (sólo la conjetura coejecutiva es frente a ella posible) y que la intención objetivante debe hallarse psicológica y éticamente ordenada —terapéuticamente ordenada, si uno quiere atenerse a los fines de la relación médica— en el seno de la intención que antes llamé envolvente. Mediante ésta, primariamente expresada en la mirada, puede y debe el médico ser efusivo con el enfermo. «Lo peor de los médicos es que le miran a uno como si uno no fuera uno mismo», dice una sutil y honda greguería de Ramón Gómez de la Serna. Sabiéndolo o no, el escritor está hablando ahora del médico que sólo sabe contemplar al enfermo con mirada inquisitiva y objetivante. Cuando la mirada es efusiva y envolvente y cuando, por añadidura, tiene como término el fondo del alma, el enfermo siente que el médico le mira a «él mismo».

En suma: el médico, mediante su mirada al enfermo, percibe algo en el cuerpo de éste y da algo a su persona. Por una parte, *percibe*: *a)* Alteraciones estáticas del cuerpo del enfermo, bien relativas a la totalidad somática, bien tocantes al aspecto de una parte de ella (color, forma, volumen, actitud, etc.). *b)* Alteraciones dinámicas del cuerpo de carácter no inmediata o habitualmente expresivo (el temblor de la esclerosis en placas, el nistagmus, etc.). *c)* Expresiones estáticas: actitudes y for-

mas expresivas más o menos estáticamente fijadas, concepción de la forma corporal como expresión de un modo permanente de ser (morfología romántica, Kretschmer, Klages, etc.). *d)* Expresiones dinámicas, movimientos de carácter expresivo: la mímica, el gesto voluntario (aquél en que la expresión y la intención son conscientes y deliberadas), el gesto involuntario, la expresión de la mirada del enfermo [5]. Por otra parte, *da* al enfermo —más exactamente, debe darle— un ámbito de refugio y seguridad previo a todas las ulteriores vicisitudes de su relación con él y, en la medida en que esto sea posible y deseable —porque hay pacientes que no desean ni admiten ser consolados—, consuelo.

No me parece del todo impertinente, después de lo expuesto, postular la necesidad de una *opsitécnica clínica.* Al médico se le enseña a percutir y auscultar, a explorar los reflejos, etc. No menos debe enseñársele a mirar al enfermo: un mirar que no sea sólo la inspección que describen los manuales de semiología, que tenga en cuenta, además, la condición humana, personal, de la realidad mirada. Si la clínica auténtica es, como ha escrito Jiménez Díaz, la que ejercita un hombre frente a otro hombre, el arte de la mirada —pedantescamente: la opsitécnica, en el más plenario sentido de esta palabra— debe ser el primero de los saberes de todo médico que no quiera olvidar su condición humana [6].

II. LA PALABRA Y EL SILENCIO

A la vez que mutuamente se miran, acaso una fracción de segundo después de haber comenzado a mirarse, médico y enfermo se hablan entre sí. «¿Qué le trae a Vd. por aquí?», «¿Qué le pasa a este hombre?»: estas u otras parecidas suelen ser las palabras que inician el coloquio del médico con el enfermo. La comunicación, que había comenzado siendo visual, hácese así auditiva y verbal. Con lo cual el centro vector de la

[5] Junto a los estudios clásicos de Darwin y Piderit —y, entre nosotros, los ensayos de Ortega—, véanse los abundantes trabajos consagrados estos últimos años al problema de la expresión y el gesto en la vida del hombre y en la enfermedad, empezando por el difundidísimo de Lange *El lenguaje del rostro.*

Creo que el conocimiento de la conexión entre forma, actitud y expresión avanzará no poco cuando el Dr. Sergio Rodríguez, de Santiago de Chile, se decida a publicar las investigaciones y reflexiones que ha consagrado al tema.

[6] Remito al lector deseoso de ampliar estas sumarias indicaciones a *Teoría y realidad del otro,* I, 152-156 (la comprensión en Dilthey), y II, 72-75 (psicología de la percepción de los movimientos expresivos).

expresión, tanto en el enfermo como en el médico, pasa del ojo a la palabra.

Conviene recordar aquí lo que ya sabemos: que el diálogo entre el médico y el enfermo es *a la vez* y *siempre* diagnóstico y terapéutico. Cuando aquél hace a éste una interrogación que parece ser sólo exploratoria («¿Es Vd. fumador?», «¿Ha tenido Vd. escarlatina?»), en alguna medida está haciendo psicoterapia verbal —o psicoagresión verbal, «antipsicoterapia», si por su contenido o por su forma es torpe la pregunta. Y, por otra parte, cuando le habla con intención sugestiva, la respuesta del paciente posee siempre, si bien se la observa, alguna significación diagnóstica. Lo cual no es óbice para que una exigencia de carácter metódico obligue a distinguir técnicamente entre la *anamnesis* (el diálogo en que predomina la intención diagnóstica) y la *psicoterapia verbal* o *logoterapia* (el coloquio de intención preponderantemente terapéutica). Mis reflexiones van a atenerse ahora a la primera. En el capítulo consagrado al tratamiento reaparecerá el tema de la psicoterapia verbal [7].

Creo que en el coloquio anamnéstico hay que distinguir, como primera providencia, su *formalidad* y su *contenido*. Más claramente: el hecho de que la expresión comunicativa del médico y el enfermo sea ahora la palabra y, por otra parte, lo que con su palabra dicen uno y otro. Y puesto que la intencionalidad es nota esencial del acto psíquico, nuestras preguntas habrán de ser, sucesivamente: 1.ª ¿Cuál es la intención subyacente al coloquio anamnéstico, por el hecho de ser éste formalmente comunicación verbal? 2.ª ¿Qué intenciones se expresan en lo que médico y enfermo dicen —se dicen— en ese coloquio?

I. Desde el punto de vista de su *formalidad*, en la anamnesis hay que considerar por separado —aunque sin perder nunca de vista la unidad comunicativa que el diálogo anamnéstico constituye— el habla del enfermo y el habla del médico.

1. Apenas iniciado su contacto con el médico, *el enfermo*, bien espontáneamente, bien respondiendo a las interrogaciones que le hacen, habla. Dejemos por ahora en suspenso el problema de lo que el enfermo *dice* con su habla; atengámonos tan sólo, como he advertido, a la pura formalidad verbal de su expresión. Así considerada la expresión anamnés-

[7] Este apartado tiene como presupuesto y complemento las reflexiones que acerca de la anamnesis hice en *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico* 2.ª Ed. (Salvat, Barcelona, 1961).

tica del enfermo, ¿qué hay en ella? A mi juicio, tres elementos principales: las expresiones sonoras paraverbales, la expresión verbal *sensu stricto* (la palabra) y el silencio. Examinémoslos sucesivamente.

Llamo *expresiones sonoras paraverbales* —o *formas paralingüísticas* del lenguaje— a todos los elementos fonéticos no configurados como palabras que surgen en la conversación y de algún modo intervienen en esta. Cuando hablo con otro, no sólo me expreso con palabras y gestos. Junto a las palabras propiamente dichas, queriéndolo yo, unas veces, sin quererlo, otras, voy profiriendo sonidos muy diversos: suspiros o conatos de suspiro, respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, arrastre de consonantes, nasalización de esta o la otra sílaba, interrupción súbita y breve de una frase o una palabra, etc. En su concreta realidad no hay palabras «fonéticamente puras». Pues bien, todos estos sonidos no estrictamente verbales, intermedios, en cierto modo, entre la palabra y el gesto, tienen parte considerable en la comunicación verbal: son, como he dicho, los elementos paraverbales de la expresión.

Dos psiquiatras norteamericanos, R. E. Pittenger y J. Danehy, y un antropólogo lingüista, Ch. F. Kockett, han demostrado mediante la más cuidadosa observación empírica la gran importancia que en la entrevista clínica, sobre todo en sus primeros minutos, poseen estos fonemas paraverbales de la comunicación interpersonal [8]. Un estudio de la minuciosa investigación de dichos autores permite llegar a las conclusiones siguientes: 1.ª Junto a los «hábitos verbales» de la comunicación (las palabras) hay en ésta el mundo de los «hábitos paraverbales», en cuya emisión y configuración tienen parte el medio social en que se ha formado el sujeto, la personalidad de éste y la particular situación en que se habla. 2.ª Las expresiones sonoras paraverbales son unas veces voluntarias y otras involuntarias, y manifiestan la situación emocional del sujeto, tanto respecto del tema por él tratado como en relación con la persona a que entonces está hablando. 3.ª La relación entre el médico y el enfermo está en todo momento condicionada por las experiencias previas de

[8] R. E. Pittenger, J. Danehy y Ch. F. Kockett, *The First Five Minutes. A Sample of microscopic Interview Analysis* (Paul Martineau, 1961). Entre nosotros ha dado a conocer estas investigaciones J. Rof Carballo en «Los primeros cinco minutos de la entrevista médica», *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, vol. II, núm. 2, marzo de 1962. Véase también el libro del mismo autor *Urdimbre afectiva y enfermedad*, así como su estudio «La teoría de la comunicación en la medicina contemporánea», *Anales de la Sociedad de Ciencias Médicas de Las Palmas*, vol. I, curso 1961-1962.

cada uno de los interlocutores en otras situaciones análogas. 4.ª Los modos de la relación entre médico y enfermo hoy tópicamente llamados «transferencia» y «contratransferencia» se establecen de ordinario muy rápidamente, ya en los cinco primeros minutos de la entrevista clínica, y así lo demuestra la observación de los hábitos paraverbales, cuando estos son metódicamente convertidos por el explorador de «sonidos» en «señales».

Sería muy pobre cosa pensar que estas investigaciones son tan sólo curiosidades psicológicas o experimentos de micropsicología recreativa. La investigación neurofisiológica y bioquímica más reciente (neurofisiología de la formación reticular y del hipotálamo, estudio de la eliminación de catecolaminas y 17-hidroxicorticosteroides en los estados de ansiedad y en la entrevista terapéutica: trabajos de Hoagland, Dell, Elmadjan, etcétera) enseña —como por lo demás era de esperar, porque todo lo «psíquico» es a la vez «somático»— que en la expresión paraverbal es muy honda la participación del cuerpo. Y, por otra parte, un estudio puramente empírico y pragmático de la relación médica (por ejemplo, el ya mencionado de R. H. Blum, J. Sadusk y R. Waterson) muestra la importancia de esos primeros momentos del diálogo clínico en la configuración de cuanto tras ellos acaece entre el médico y el enfermo. Sin postular, claro está, que el clínico lleve sistemáticamente a término un análisis lingüístico tecnico y detenido de la comunicación verbal con sus pacientes, esta conclusión se impone: que no puede haber una clínica fina si el que la practica no ha aprendido, mucho más sutilmente que hasta ahora, a oir.

Lo dicho no puede ni debe rebajar la importancia preponderante de la *expresión verbal* «*sensu stricto*», esto es, de la palabra. Por el hecho de ser palabra, independientemente, por tanto, de lo que con ella se diga, ¿qué significa, qué dice la palabra? En otros términos: ¿qué función cumple la palabra en la vida del hombre?

Es ya clásica la descripción de Karl Bühler. El gran psicólogo vienés ha distinguido en la expresión verbal tres funciones principales: una vocativa, apelativa o de llamada *(Appellfunktion)*, otra expresiva o notificadora *(Kundgabe)* y otra nominativa o representativa *(Darstellungsfunktion)*. Quien habla a otro le llama, le notifica y nombra eso que le notifica, y en ocasiones, llama, notifica y nombra a la vez. «Doctor, padezco de vértigos», dice un enfermo al médico; y con estas palabras *llama* al médico, aunque no pronuncie su nombre, le *notifica* la existencia de un

particular estado psicosomático de su persona y *nombra* con precisión la peculiar índole de ese estado, pronuncia para designarlo el nombre de «vértigo». Nada más patente, nada más orientador.

Pero yo entiendo que el tan valioso esquema de Bühler debe ser completado en dos sentidos. Ante todo, porque a esas tres funciones del lenguaje es preciso añadir otra, su función *seductora*. Quien habla a otro, y sólo por el hecho de hablarle, le subyuga o seduce (o le anti-seduce, le dispone aversivamente respecto de él, si su expresión es hiriente o torpe). Cuando la seducción es intensa, llega a hacerse «fascinación»: tal es la que con su palabra ejercen los grandes oradores y los magos de la conversación. Cuando es menos intensa, se muestra como «persuasión», y constituye el ingrediente emocional o extra-lógico de la convicción. No sólo la fuerza lógica de lo que me dicen me lleva a estar convencido de ello, también el hecho de que me lo digan y el modo de decírmelo. Hablando a otro, siempre, aunque uno no se lo proponga, se le persuade o se le disuade, y a veces —si vale decirlo así— se le contra-suade o anti-suade. La palabra dicha a otro, ha escrito sutil y certeramente Sartre, es siempre «sacra» para quien la pronuncia y «mágica» para quien la escucha. Sacra, porque algo de sacral tiene para el hombre el hecho de dar nombre a la realidad y, en cierto modo, dominarla con la palabra. Mágica, porque modifica a distancia el ser del oyente, y en la *actio in distans* tiene la intención mágica su rasgo principal [9].

Algo más hay que añadir, pienso, al esquema de Bühler. Este, en efecto, considera solamente la acción intramundana del habla, la función que la palabra cumple en quien la escucha y, como diría Hegel, en el mundo del espíritu objetivo. Pero esa acción intramundana tiene como complemento otra de carácter intraanímico, la función que el hecho de hablar desempeña en la intimidad del que habla, y de ella nada dice Bühler. En consecuencia, hay que poner junto a cada una de esas cuatro funciones elementales del lenguaje la que correlativamente, y a modo de reverso íntimo y pasivo, ella promueve y realiza en el alma del locuente.

La función vocativa tiene como reverso o correlato íntimo otra, que yo he propuesto llamar *sodalicia* o de compañía (*sodalis*: el compañero); el hecho de llamar a alguien nos hace vivir incipientemente en su com-

[9] Véanse mis libros *Teoría y realidad del otro*, *La historia clínica*, *La empresa de ser hombre* (capítulo «La acción de la palabra poética») y *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*.

pañía; quien llama a otro, y sólo por el hecho de llamarle, le acompaña y es acompañado por él. El envés psicológico de la función notificadora está constituido por una función *liberadora* o *catártica*: quien comunica algo a otro siente que su alma se desembaraza y aquieta; queda, pues, subjetivamente liberado y, en cierto sentido, «purificado». Tal es el fundamento natural o psicológico de la confesión sacramental. Quien nombra adecuadamente un contenido de su conciencia o de su subconsciencia —la imagen de un objeto contemplado, la realidad anímica de un sentimiento o una idea—, percibe que su mundo íntimo se esclarece, articula y ordena; lo cual pone en evidencia que a la función nominativa o representativa del habla corresponde, alma adentro, otra *ordenadora*, *esclarecedora* o de articulación interior. A la función seductora o suasoria del lenguaje corresponde, en fin, otra de autoafirmación: por la virtud de esta función *autoafirmadora* de la palabra, quien habla a otro, y a la vez que le persuade o le disuade, se afirma a sí mismo, vive subjetivamente la realidad y el valimiento de su propia persona.

Traslademos ahora todo esto a nuestro problema. Cuando el enfermo en cuanto tal enfermo, habla al médico, le llama, le notifica algo, nombra con precisión mayor o menor lo notificado y le persuade, disuade o contrasuade; y, por otra parte, da y recibe compañía (la recibe, esto es lo decisivo), logra cierto sosiego interior, se esclarece íntimamente a sí mismo y, en cierto modo (a veces con orgullo de enfermo), se autoafirma, vive la importancia de su propia persona. Todo ello, por el mero hecho de hablar, independientemente de lo que con sus palabras diga. Quien conserve vivo el recuerdo de alguna enfermedad propia, vea si en su alma no existieron, cuando hablaba a su médico, todos estos sentimientos. Y quien como médico sea sensible a la experiencia de la anamnesis, diga si no es esto lo que en el alma del enfermo acaece, aun cuando él, en cuanto explorador sólo atento a la intención diagnóstica del coloquio, no haya llegado a proponérselo explícitamente. Como ya dije, el diálogo entre el médico y el enfermo es siempre y a la vez diagnóstico y terapéutico.

Pero no sólo fonemas verbales y fonemas paraverbales hay en la anamnesis clínica; como en toda conversación, cualquiera que sea su propósito, hay también *silencios*, tanto por parte del enfermo como, por parte del médico. Examinemos, pues, lo que el silencio del enfermo formalmente significa.

Difícilmente podría exagerarse la importancia del silencio en la vida

del hombre. El ser humano, desde Grecia viene diciéndose, es un animal dotado de habla; pero también es cierto que pasa la mayor parte de su vida silencioso, y que el poder callar pertenece al hablar tanto como el poder hablar pertenece al callar. El hombre es a la vez *animal loquax* y *animal taciturnum*; y así, lo que en el orden expresivo constituye su esencia no es tanto el *lógos* puro y simple, la capacidad de hablar, como la capacidad simultánea de hablar y callar, la contraposición polar y complementaria —*enantiôsis*, diría un griego antiguo— que entre sí forman la palabra y el silencio.

Cuando el silencio no es mero descanso de hablar, puro efecto del sueño o de la inconsciencia o declarada incapacidad verbal, cuando cumple una función en la vida expresiva del hombre, puede adoptar, a mi juicio tres principales modos formales:

1.º El *silencio presignificativo*, el fondo de silencio sobre el que se levantan y configuran las palabras. Fonéticamente, una palabra pronunciada es como un edificio sonoro alzado sobre el suelo del silencio. Significativamente, el silencio es como el humus en que germinan y cobran sentido las palabras pronunciadas, cuando estas son algo más que algarabía gárrula, cuando la *Rede* (el habla), diría Heidegger, no se ha trocado en *Gerede* (habladuría). Como se habla de «música de fondo», podría también hablarse de «silencio de fondo»; tal es el que ahora vengo llamando «presignificativo».

2.º El *silencio significativo*: aquel con el cual se quiere expresar algo. «El que calla, otorga», dice un conocido refrán. Pues bien, el silencio de quien así procede posee carácter significativo, porque lo que con él quiere el silencioso es dar a entender su personal aquiescencia a lo que otro ha dicho o hecho. La vida del hombre está llena de silencios semejantes a éste. En ellos, la mirada y el gesto —o, más simple e inmediatamente, el puro «no hablar»— son el cauce principal de la intención expresiva.

3.º El *silencio transignificativo*. Desde dos puntos de vista distintos, aun cuando sutilmente conexos entre sí, debe ser entendida esta expresión. Alude, por una parte, al silencio en que la significación de las palabras cobra acabamiento o plenitud dentro del alma de quien las escucha. El sentido intencional de la palabra —lo que con ella se quiere decir— nace en y del silencio; su sentido impletivo —lo que con ella efectivamente se dice a quien la percibe—, en el silencio, a su vez, logra perfección. Sólo callando puede entenderse con suficiencia lo que se ha dicho o se ha

oído. Refiérese tal expresión, por otra parte, a la actitud de la persona frente a lo que, por afectar a las ultimidades de su existencia —a lo «perfectamente serio», diría Antonio Machado—, es rigurosamente inefable para el hombre. En el silencio significativo, calla el locuente porque quiere callar; en el silencio transignificativo, el locuente calla porque no puede decir aquello a que el silencio se refiere, sintiendo, por añadidura, que esa es la más adecuada actitud posible frente a lo que entonces vive su alma. Ha dicho Ortega en uno de sus escritos póstumos: «Y luego habrá quien nos diga: Vamos a hablar *en serio* de tal cosa. ¡Como si eso fuese posible! Como si hablar fuese algo que se puede hacer con última y radical seriedad, y no con la conciencia dolorida de que se está ejecutando una farsa, a veces, noble, bien intencionada, inclusive *santa*, pero, a la postre, farsa! Si se quiere, de verdad, hacer algo *en serio*, lo primero que hay que hacer es callarse».

Pienso, por mi parte, que eso que a veces hay que hacer «en serio» —bien porque así se quiera, como Ortega dice, bien porque no quepa otra cosa, y tal es el caso frente a lo inefablemente serio— puede revestir tres formas distintas y exigir, en consecuencia, tres distintos modos de silencio: *a)* El silencio de la *evidencia:* aquél a que nos sentimos movidos para poseer plenamente la verdad descubierta por nuestra inteligencia. Sólo en silencio puede el hombre entender plenamente lo que en realidad entiende. *b)* El silencio de la *comunión interpersonal:* aquél en que la vinculación amorosa de dos personas se hace realmente íntima y plenaria. El ser personal se comienza a dar mediante obras y palabras; sólo en el silencio puede acabarse de dar. *c)* El silencio del *abismamiento:* aquél en que la existencia del hombre se sitúa frente a su ultimidad; y de modo eminente, frente a su propia muerte. El riesgo o la imaginación de la muerte propia —cuando tal imaginación es algo más que puro juego retórico o dialéctico— exigen del modo más perentorio callar.

Basta lo expuesto para advertir la considerable diversidad semiológica de los silencios del enfermo. Este, como toda persona, comenzará a decir algo partiendo de un silencio presignificativo, y callará a veces para dar a entender algo con su silencio. Todo clínico experto sabe que en ocasiones calla el paciente para decir sin palabras, valga la expresión, sucesos o realidades que le es penoso o molesto manifestar abiertamente, o acaso para evitar que entonces oiga otra persona lo que el médico tácitamente es capaz de comprender. La enfermedad, por otra parte,

hace vivir con frecuencia, realmente en unos casos, imaginativamente en otros, el riesgo de la propia muerte; y cuando esto sucede, el enfermo cae en ese silencio que acabo de llamar «del abismamiento», con resignación oblativa, si es verdaderamente religioso, o con resignación desesperada, acaso con sordo resentimiento, si en realidad no lo es, aunque así lo confiese o lo proclame.

Pero el silencio del enfermo puede adoptar, junto a estas formas positivas, otras netamente negativas o defectivas, situadas, por tanto, al margen de la significación. En él puede darse, sobre todo cuando el nivel o la formación de su inteligencia son escasos, el silencio del *no saber decir*, la incapacidad de expresión verbal por carencia de los recursos expresivos que conceden la inteligencia y el aprendizaje: el enfermo que calla por no entender lo que el médico le pregunta o por no acertar con las palabras que en aquel momento necesita. Es posible también en el enfermo el silencio del *no poder decir*, ora por incapacidad somática (mudez patológica, afasia), ora por incapacidad psicológica (vivencias no susceptibles, por su vaguedad, de expresión verbal unívoca y articulada). Cabe, en fin, y no es infrecuente, el silencio del *no querer decir*, la mudez táctica resultante de una resuelta voluntad de ocultación. En todas estas posibilidades deberá pensar el clínico ante la ocasional taciturnidad de sus pacientes. Y cuando parezca que estos callan por no querer hablar, deberá preguntarse cuál es en aquel caso la causa real del silencio voluntario: la simulación, un pudor mal entendido, la desconfianza, etc.

2. Debe ser ahora estudiada, desde el punto de vista de su formalidad, la expresión verbal del *médico*, la significación que en él, en cuanto tal médico, pueden y deben tener los sonidos paraverbales, las palabras y el silencio.

Dije antes que no hay palabras «fonéticamente puras»: todas llevan, tan pronto como son pronunciadas, un halo más o menos notorio de expresiones sonoras paraverbales. No puede el médico constituirse en excepción de esta regla general, ni siquiera cuando más técnica y reflexivamente habla con el enfermo. Pero —puesto que las expresiones sonoras paraverbales pueden ser, como sabemos, voluntarias o involuntarias—, es necesario indicar que el médico, ya desde la iniciación del coloquio anamnéstico, debe procurar: *a)* limitar al máximo las expresiones paraverbales de carácter involuntario: su expresión no debe en principio manifestar otras emociones que las que él voluntaria

y técnicamente quiera manifestar; *b)* hacer tenues, en cuanto a su intensidad, sus expresiones paraverbales voluntarias, sean estas sonoras o gestuales: nada más inconveniente, para una buena relación con el enfermo, que una expresividad aparatosa del médico, aunque ésta trate de ser y efectivamente sea «simpática»; y *c)* elegir expresiones sonoras paraverbales (inflexiones y cadencias de la voz, pausas en la elocución, etcétera), que hagan patente su voluntad de acogimiento, su deseo, en cuanto médico, de ofrecer un «ámbito de refugio» al menester del enfermo. Recuérdese lo dicho al hablar de la mirada.

La *expresión verbal* del médico, su palabra, cumplirá, queriéndolo él o no, las cuatro funciones activas o *ad extra* (vocativa, notificadora, nominativa y suasiva) y las cuatro funciones pasivas o *ad intra* (sodalicia, catártica, esclarecedora y autoafirmadora) que más atrás quedaron consignadas. Pero es evidente que su voluntad técnica debe ordenarse exclusiva y principalmente a las cuatro primeras. Puesto que hablar es llamar y el llamar concede compañía, procurará que sus palabras al enfermo nombren a éste de manera expresa —bien con su nombre propio, bien con el vocablo apelativo («amigo», «mujer», «señora», etcétera), que la situación haga más adecuada y eficaz— y, en todo caso, que el paciente las sienta dirigidas a él. La «palabra impersonal» debe ser excluída de la relación médica, por muy socializada que ésta llegue a estar. La notificación del médico suele adoptar, en principio, tres modos formales: la interrogación, la indicación y la orientación. El médico debe gobernar su diálogo con el enfermo, y para ello interroga («¿Es usted fumador?», «¿Ha padecido usted la escarlatina?»; evitando siempre, como en los tratados de semiología suele advertirse, que la pregunta sugiera la respuesta del paciente), indica (da instrucciones acerca de lo que realmente quiere él saber) y orienta (evita suave y discretamente que el enfermo se vaya en sus respuestas y explicaciones, como suele decirse, «por los cerros de Ubeda») [10]. No es de necesidad absoluta que el médico nombre sus hallazgos ante el enfermo; más aún, con frecuencia deberá callarlos muy cuidadosamente, so pena de causar desórdenes iatrogénicos. Pero habrá ocasiones en que al paciente la hará bien oir una designación precisa del síntoma que padece o del signo que en él se haya puesto de manifiesto (a veces, porque esto resol-

[10] Véanse entre otros libros: Barilari y Grasso, *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis.* (Buenos Aires, 1948), Jiménez Díaz, *El médico explorando al enfermo* (Madrid, 1954) y mi *Historia clínica.*

verá una duda que le atormenta; otras, más elementalmente, por la virtud esclarecedora que la nominación posee), y entonces convendrá nombrar total o parcialmente ante aquél el resultado de la exploración. Volveré sobre este importante tema en el capítulo consagrado al diagnóstico. El médico debe tener en cuenta, por fin, que toda palabra dirigida a otro cumple una función suasoria, aun cuando la intención principal de quien la pronuncia no sea sugestiva; y en su caso, que el diálogo anamnéstico ejerce *también*, quiéralo él o no, una acción psicoterápica o psicoagresiva, si es torpemente conducido. Con otras palabras: que si el tratamiento comienza para el enfermo antes de que se produzca su encuentro con el médico, debe comenzar para éste desde el momento mismo en que como médico se encuentra con aquél.

Queda por considerar el *silencio* del médico. Importante capítulo para el establecimiento de una buena relación terapéutica entre él y el enfermo. El médico debe, por supuesto, saber hablar a sus pacientes; pero este «saber hablar» no sería enteramente correcto si a él no perteneciese un atinado «saber callar». Debe ser el silencio del médico significativo y transignificativo. No sólo con palabras, también con silencios hará notar al paciente una disposición acogedora y comprensiva, ante todo para la mera presencia de éste (el *saber recibir* del médico), e inmediatamente después para su expresión verbal, hasta donde esto sea técnica o compasivamente necesario (el atento y silencioso *saber oir*). Oyendo con atención y benevolencia, el médico conoce (porque, como antes dije, sólo en el silencio se descubre plenamente el sentido de las palabras dichas u oídas) y cura (porque nada alivia tanto como el regazo de un silencio significativamente abierto para la persona del que habla y sólo para ella). La función catártica del habla logra pleno acabamiento cuando así es oído el locuente, y nadie lo sabe mejor que el enfermo, sea o no neurótica la afección que padece. El médico deberá con frecuencia impedir la digresión inútil del paciente, pero sin olvidar esta sutil operación terapéutica que siempre tiene el buen oír.

El silencio del médico será en otras ocasiones estrictamente transignificativo. Cuando por el alma del enfermo pasan como estremecedoras *umbrae silentes* el temor o la imaginación de la muerte, y el médico sabe que aquello «va de veras», y que cualquier palabra de consuelo tópico o de evasión táctica sería entonces ociosa o perturbadora, lo mejor en su conducta será un silencio de respeto y hermandad: el grave silencio transignificativo de quien sabe ser *medendi peritus* sobre el plinto de un

vir bonus. La técnica exige dispensar el consuelo, cuando su ejercicio tiene como término la realidad de un ser humano; y el consuelo, a veces, no será óptimo a través de un «decir» más o menos exquisito, sino a través de un hondo «no saber qué decir». Aunque luego ese silencio haya de quedar envuelto por palabras que en él tengan, tácitamente también, su más íntimo presupuesto.

II. La palabra significa algo por el puro hecho de ser palabra: acabamos de verlo. Pero con esta significación formal de la expresión verbal se integra unitariamente la que en ella imprime su *contenido*. Además de hablar, médico y enfermo se dicen algo. ¿Qué es lo que médico y enfermo se dicen entre sí en su coloquio anamnéstico? ¿Qué significa eso que se dicen en orden a la relación que entre ellos se establece? Tratemos de verlo.

1. Ante todo, lo que con su palabra y su silencio dice el *enfermo*. ¿De qué habla el enfermo al médico cuando con él conversa, a qué realidades aluden sus fonemas y sus silencios? Cuando no divaga abusivamente, el enfermo habla de su enfermedad, de lo que a su juicio tiene que ver con su enfermedad y de lo que en relación con ésta el médico le pregunta. Habla, en suma, de sí mismo en cuanto enfermo y de todo cuanto en su vida tiene relación con la dolencia que padece. Y puesto que su vida, sin mengua de la radical y permanente unidad que la constituye y ordena, se realiza en tres ámbitos formalmente distintos entre sí —el mundo en que él existe, su cuerpo, su intimidad personal—, el enfermo hablará al médico de cuanto en su mundo, en su cuerpo y en su intimidad parezca tener relación con la enfermedad que a él le ha llevado.

Dentro de cada uno de estos tres ámbitos, el enfermo —no en cuanto tal enfermo, claro está, sino en cuanto hombre— ha ido haciendo su vida, se ha ido haciendo a sí mismo. Ahora bien, en tal actividad autopoética, si vale llamarla así, es preciso distinguir, con Zubiri, tres modos fundamentales. Puede el hombre ser, por una parte, *agente* de sí mismo, y tal es el caso en sus diversas operaciones fisiológicas y psicológicas (digestión, automoción, etc.); puede ser también *actor* de sí mismo, ejecutor del papel que biográficamente cumple en el teatro del mundo; puede ser, en fin, *autor* de sí mismo, creador, cuasi-creador, más propiamente, de lo que en su vida posee originalidad personal. En cuanto su enfermedad pertenece a su vida, el enfermo es respecto de aquélla

—de alguna manera, en alguna medida— agente, actor y autor. En páginas ulteriores veremos cómo.

Pero no acabaríamos de entender la realidad del accidente morboso, ni la conducta del enfermo respecto de él, si, como en el caso del esquema de Bühler, no completásemos éste de Zubiri considerando el reverso pasivo o *ad intra* de cada uno de esos tres modos de operación. Además de hacerse a sí mismo como agente, actor y autor, el hombre se vive a sí mismo de tres modos distintos, respectivamente correspondientes a los de su actividad autopoética. En las operaciones de que es agente, el individuo humano es a la vez *paciente* de sí mismo: cuando digiere, por ejemplo, adquiere alguna experiencia de su propia digestión, la vive en alguna forma, y lo mismo cuando respira, levanta un brazo o ejecuta cualquier otro acto voluntario. Siendo, por otra parte, actor de su vida, es también, pasivamente, *espectador* de ella, y así, viéndose a sí mismo, puede contemplar y describir su propia biografía. De análogo modo, a su condición de autor de sí mismo corresponde pasivamente otra, por obra de la cual es *intérprete* o *hermeneuta* de su propia vida, perceptor más o menos certero y lúcido de la significación que para él y dentro de él poseen los proyectos y las acciones en que ha ido desgranándose esa condición suya de autor de sí mismo, de autopoeta.

Respecto de su propia enfermedad, por tanto, el enfermo no es sólo agente, actor y autor; es también —primariamente, en este caso— paciente, espectador e intérprete o hermeneuta de ella. Como paciente, vive en su alma el sentimiento de su enfermedad: recuérdese lo expuesto en el capítulo anterior. Como espectador de su vida, el enfermo contempla dentro de su biografía el espectáculo de su propia enfermedad y el de su condición y su conducta de hombre enfermo. Como intérprete o hermeneuta de sí mismo, percibe e inventa —la percepción en este caso, pronto lo veremos, tiene que ser a la vez invención —el significado que para él tiene el hecho de estar enfermo como él lo está y cuando él lo está.

Imaginemos ahora que el enfermo tiene que hablar al médico acerca de sí mismo, en cuanto tal enfermo. ¿Cómo lo hará? Evidentemente, diciéndole cómo padece su enfermedad, lo que su enfermedad es en su vida y en el mundo de que él es parte, lo que para él su enfermedad significa. Ahora bien, su actitud en los dos primeros casos será la misma: la del testigo de su propia vida, la del hombre que nombra o describe lo que en sí mismo o en torno a sí mismo siente y ve. En el tercer caso, en cambio, no dirá nominativa o descriptivamente lo que siente y ve,

porque la significación y el sentido de las acciones vitales no pueden ser «vistos», sino la «teoría», valga la expresión, a que haya llegado en su personal condición de intérprete. La notificación del enfermo durante la anamnesis adopta, por tanto, dos modos cardinales, uno que llamaré *testifical*, en que el paciente actúa como testigo de sí mismo, y otro a que reservaré el nombre de *interpretativo*, en el cual el locuente es, en el rigor de los términos, intérprete o hermeneuta de su propia enfermedad. Testigo e intérprete, en cuanto enfermo, de su mundo, de su cuerpo y de su intimidad personal: tal es, en apretado esquema, la condición del enfermo en la anamnesis clínica.

Estudiemos con mayor detalle la *notificación testifical* del enfermo. Situándose como testigo frente a su enfermedad, pone intencionalmente a ésta en la esfera fenomenológica y psicológica de lo-en-mí. Ya sabemos lo que esto significa. El sujeto se distancia de su dolencia y objetiva los fenómenos en que ésta se manifiesta, una mancha en la piel o un sentimiento de dolor punzante en el interior del abdomen. Como diría Ortega, el enfermo se instala en el segundo yo de la fórmula «Yo soy yo y mi circunstancia», y en «circunstancia» suya —en realidad frente a la cual se está, en objeto en torno— convierte entonces el accidente morboso.

Así considerada la enfermedad, ¿cómo hablará el enfermo de ella? Para responder a esta interrogación —y para ser fiel, por otra parte, a lo que empíricamente es la anamnesis—, hemos de tener en cuenta los tres modos principales en que pueden presentarse los contenidos de la conciencia. Ellos son, en efecto, la materia a que da expresión cualquier actividad notificadora. Desde hace más de veinte años [11], vengo distinguiendo tres modos formales en la presentación psicológica de las vivencias y, consiguientemente —puesto que desde cada uno de ellos puede pasarse al siguiente, y con gran frecuencia se pasa—, otras tantas etapas en el proceso de su paulatina configuración: el *autosentimiento*, la *autovislumbre* y la *noticia configurada*. Son mero *autosentimiento* las vivencias que no han adquirido cualidad sentimental y localización bien determinadas. El sujeto no pasa entonces de vivir como puro y vago «bienestar» o «malestar» el sentido biológico de su situación. Así se inicia en nuestra conciencia la experiencia del mundo exterior

[11] Desde mis *Estudios de Historia de la Medicina y Antropología médica* (Madrid, 1943, págs. 154 y ss.). Luego volví sobre el tema en *La historia clínica* (cap. VI, apartado «La mentalidad antropopatológica»). Vea estas dos exposiciones el lector interesado por la psicología de la anamnesis clínica.

(antes de concretarse en «objetos visuales» propiamente dichos, la percepción visiva de la realidad es vago e informe sentimiento: K. Goldstein, H. Werner, etc.), y del mundo interior (etapa inicial de la vivencia de nuestro propio cuerpo y de nuestra actividad anímica). Cuando el autosentimiento se convierte en *autovislumbre,* apuntan la cualidad sentimental y la localización de la vivencia. Y cuando la autovislumbre se trueca, acabando el proceso, en *noticia configurada,* el contenido de conciencia puede ser objetivado por el sujeto que lo vive con toda la precisión de que por su naturaleza sea aquél susceptible: ahora la percepción visual es, por ejemplo, la imagen del papel en que leo, y la vivencia de mi cuerpo, un sentimiento que pormenorizadamente puedo nombrar y describir (dolor punzante que va de tal parte a otra, tensión localizada en tal o cual zona del epigastrio, etc.).

He aquí, según lo expuesto, las distintas posibilidades que ofrece la notificación testifical del enfermo:

1.ª El enfermo habla al médico como *testigo de su mundo exterior*; por tanto, como declarador de la realidad del mundo, en cuanto ésta es para él vago e indeciso sentimiento, vislumbre o noticia configurada, y mediante los tres modos ya descritos de la expresión verbal, la expresión sonora paraverbal, la palabra propiamente dicha y el silencio. Las expresiones sonoras paraverbales tienen de ordinario por contenido las vivencias que por no haber pasado del nivel del autosentimiento no pueden ser dichas de otro modo (muchas de nuestras expresiones paraverbales, en efecto, son consecuencia de sensaciones visuales, auditivas, táctiles, olfativas, etc., que operan en nosotros subliminalmente y no llegan a configurarse en nuestra conciencia como «objetos») y, por otra parte, las vivencias más o menos reprimidas, en el sentido psicoanalítico del término (si estoy hablando y ante mí aparece alguien que me molesta y cuya presencia quiero desconocer, es seguro que en mi elocución surgirán contra mi voluntad, acaso muy tenuemente, determinados sonidos de orden paraverbal). La palabra, en tal caso, nombra y describe por vía indicativa lo que en su mundo ha percibido o está percibiendo el enfermo («Se me echó encima un camión», dirá en su anamnesis, por ejemplo, un fracturado por atropello). El silencio, en fin, declara lo que el enfermo, por la razón que sea, no pudo percibir en su mundo o lo que de su experiencia perceptiva deliberadamente quiere callar.

2.ª El enfermo habla como *testigo de su cuerpo,* bien contemplándolo

desde fuera («Me salieron unas manchas rojas», «Se me hincharon los tobillos», etc.), bien sintiéndolo desde dentro (sentimiento de enfermedad, diversos síntomas subjetivos). Y como frente al mundo exterior, declarará ante el médico autosentimientos, autovislumbres y noticias configuradas (ahora en la plenitud de sentido del prefijo «auto»), mediante expresiones sonoras paraverbales, palabras y silencios. La distinción entre los dos fenómenos psicofisiológicos ahora nombrados —«percepción del propio cuerpo como objeto exterior» y «percepción del intracuerpo» o «sentimiento del cuerpo propio»— es metódicamente necesaria; recuérdese lo dicho en páginas anteriores. Sería un error, sin embargo, pensar que la percepción del cuerpo propio «desde fuera» —por ejemplo: mi visión de la mano con que ahora escribo— es enteramente equiparable a la percepción del cuerpo de los otros. Yo no veo mi mano como el anatomista ve la mano que él describe o el pintor la que él dibuja. En mi experiencia de ella —en mi vivencia de su realidad como «mano» y como «mano mía»— se funden unitariamente varias noticias, por lo menos, cuatro: la que me dan mis ojos cuando la miro, la que me depara la sensación de su apoyo pasivo sobre la mesa, la que me envía su activa contracción prensil sobre la pluma que sostiene y la concerniente a su nuda existencia (mi sentimiento de un «tengo mano»), netamente intensificada y especificada ahora por mi intención de percibirla pensando en ella. Y, por otra parte, en mis sensaciones y sentimientos cenestésicos es parte constitutiva —tenue y vagamente unas veces, intensa y precisamente otras— la representación objetiva, certera o errónea, que yo tengo del interior de mi cuerpo. En el «dolor de estómago» del anatomista está de algún modo lo que acerca del estómago él sabe, y en el del campesino, su tosca y tal vez fantástica idea de «las entrañas» del hombre; y no como un elemento sobreañadido de la experiencia dolorosa del estómago propio, sino como parte esencial de ella. Hay, pues, una percepción del cuerpo propio *preponderantemente exterior* o exteroceptiva y otra *preponderantemente interior* o interoceptiva.

Una anamnesis fina y atenta comprobará siempre —con especial claridad en ciertos enfermos neurológicos —la realidad de lo que acabo de exponer. Con predominio mayor o menor de su intención exteroceptiva o interoceptiva, el paciente comunica al médico lo que acerca de su cuerpo siente, bien en el nivel del vago autosentimiento (sentimientos de malestar, estados subyacentes a la fórmula expresiva «Es como si...»: «Es como si se me hinchase el cuerpo por dentro»), bien, ya de una

manera más explícita y descriptible, en los niveles de la autovislumbre y la noticia configurada; y, como siempre, su comunicación, que a veces no será voluntaria, tendrá sus cauces en la expresión sonora paraverbal y en la palabra y el silencio. No me parece impertinente solicitar de los semiólogos un estudio detenido de la anamnesis clínica según los puntos de vista que aquí estoy explanando.

3.ª El enfermo habla como *testigo de su intimidad.* Del mismo modo que la necesaria distinción entre percepción exterior y sentimiento interior del cuerpo propio no puede ni debe ser absoluta, tampoco la que suele establecerse entre «sentimiento del cuerpo» y «conciencia de la intimidad». Ni psicológica, ni fenomenológicamente puede haber para el hombre una intimidad ultracorpórea o acorpórea; hasta en la más «espiritual» de las experiencias de la realidad propia —la del místico, la del fenomenólogo— está presente la experiencia del cuerpo. Ni las metáforas somáticas de la poesía de San Juan de la Cruz son pura retórica ornamental y adventicia, ni la «puesta entre paréntesis» de Husserl es absoluta exención del yo respecto del mundo y total aniquilación de éste. Pero, con todo, yo puedo objetivar en mi conciencia contenidos que no hagan referencia inmediata al cuerpo —una idea, una fruición o un desplacer de carácter «espiritual»—, y cuando objetivamente los percibo y nombro me convierto en testigo de mi propia intimidad. He aquí, pues, el tercer ingrediente de la anamnesis testifical: aquél en que, a través de los cauces expresivos tantas veces nombrados, el enfermo comunica al médico lo que en su intimidad inmediatamente percibe: su tristeza, su miedo, su esperanza o su desesperación, etc. El objeto percibido adoptará unas veces forma de «idea» y otras forma de «sentimiento» o «afecto», y el enfermo dirá en aquel caso lo que piensa, y en este otro lo que siente; la experiencia de la intimidad, por otra parte, será en unos casos mero autosentimiento, y alcanzará en otros la precisión de la noticia configurada. Pero en cuanto referida a su intimidad, la expresión del enfermo planteará siempre al médico un problema delicado y con frecuencia importante: el problema de discernir si la notificación que se le hace es puramente «testifical» (si el paciente se limita con ella a decir lo que en su interior siente) o es resueltamente «interpretativa» (si el paciente le dice el resultado de una elaboración más o menos artificiosa de la experiencia de sí mismo). Lo cual nos lleva de la mano a considerar lo que en la anamnesis es, por parte del enfermo, incipiente o abierta interpretación de su enfermedad.

Comenzaré reiterando una actitud mental y una fórmula expresiva que más de una vez han aparecido en las páginas de este libro. Diré, en efecto, que ni en la anamnesis clínica ni en ningún otro modo del diálogo hay una notificación puramente testifical, entendida ésta como declaración puramente pasiva de lo que sin intervención deliberada del sujeto ha llegado a haber en su conciencia. La forma más «neutra» e impersonal de la notificación, aquella en que un sujeto comunica a otro el nombre de lo que ve —«Esto es una mesa», «Me duele el estómago», etcétera—, supone una elaboración personal mayor o menor de la realidad intrapsíquica: si ya la simple percepción es, como ha dicho Merleau-Ponty, un «comportamiento», mucho más lo será la expresa nominación de lo percibido. Con menos palabras: nombrar es, en alguna medida, interpretar; todo testigo es un intérprete, hasta cuando testifica acerca de lo que está viendo. Y como no hay imaginación sin experiencia subyacente, tampoco hay testimonio sin imaginación. La notificación, en suma, puede ser preponderantemente testifical o preponderantemente interpretativa, nunca es puramente interpretativa o puramente testifical.

Con esto a la vista, pasemos al estudio de la *notificación interpretativa* en la anamnesis clínica. En ella el enfermo dice al médico lo que para él es aquello con que se ha encontrado en su vida (el sentimiento y el hecho de su propia enfermedad; hecho a la vez psíquico, somático y social) y aquello que él, como autor de sí mismo, ha puesto en la realidad y en la experiencia de su estado morboso. En la notificación testifical, la enfermedad pertenece a la esfera de lo-en-mí; en la notificación interpretativa, la enfermedad ha entrado resueltamente en la más interior y personal esfera de lo-mío. Distinguí páginas atrás las tres vías principales por las que llega a constituirse en su realidad empírica la «propiedad» de la persona, y por tanto, esa esfera de lo-mío: la asunción, la creación y la donación. Pues bien, ahora hay que decir: *a)* que la enfermedad puede pasar de la esfera de lo-en-mí a la esfera de lo-mío por asunción (cuando el enfermo activamente la incorpora a su vida), por creación (cuando el enfermo, en la medida y en la forma que sea, es «autor» de su enfermedad y ésta posee un sentido más o menos consciente en su existencia personal) y por donación (cuando el paciente la recibe en su vida como un don que como hombre le pone a prueba y le distingue); y *b)* que en todas y cada una de esas tres vías de la apropiacian personal es recurso psicológico inexcusable la interpretación.

Sólo interpretándola —pronto veremos cómo— puede ser verdaderamente *mía* mi vida.

La actividad interpretativa del enfermo respecto de su enfermedad puede adoptar y adopta de hecho formas muy diversas: la conjetura etiológica de carácter físico («Esto me ha venido de comer tal cosa», «Esto procede de tal disgusto», etc.), o de índole religioso-moral (interpretación de la enfermedad como castigo de una conducta pecaminosa); la presunción acerca del sentido de la dolencia, bien en un orden puramente físico (por ejemplo, la «depuración» de la sangre), bien en un orden sobrenatural (el mérito para la vida eterna que procura el sufrimiento «ofrecido»); la vivencia de lo que la enfermedad o alguno de sus síntomas «significan» para la persona del paciente (la enferma de poliuria hipofisaria que describió von Weizsäcker, para la cual era motivo de remordimiento la satisfacción de la sed), etc. Pienso, sin embargo, que la interpretación supone siempre, en mayor o menor grado, el ejercicio de la imaginación, y exige del sujeto el empleo de un recurso expresivo distinto de la nominación y la descripción a que para la notificación testifical recurría: la narración, el relato.

Ante la acacia que veo en la calle puedo limitarme a nombrarla con la palabra que para ello me han enseñado —«acacia»—, o describirla con exactitud botánica y elegancia literaria mayores o menores. Haciendo una u otra cosa me conduzco como «testigo» de la realidad objetiva de la acacia; mejor dicho, de la imagen que el objeto «acacia» ha suscitado en mi conciencia. Mi actividad interpretativa o imaginativa no deja de existir en tales casos, pero es mínima. Lo mismo cabe decir del sentimiento de la sed o del dolor de estómago. Mas para que la acacia o el dolor de estómago lleguen a ser *míos*, por necesidad necesitaré de una opinión —ésta fundada, a su vez, sobre una creencia— acerca de lo que para mí uno y otra significan, y ello exige la doble faena de imaginar de algún modo lo que el mundo me es (además de yo verlo) y lo que yo soy (además de sentirme a mí mismo). ¿Cómo va a ser íntimamente *mía* la acacia (pertenézcame o no jurídicamente; *mía* en el sentido en que los enamorados llaman «nuestro banco» a aquel en que suelen sentarse), si yo, apoyado en mi experiencia de ella, no imagino el papel que su existencia representa en la mía, y por tanto, mi papel en el mundo? Otro tanto cabe decir del dolor de estómago; no tardaremos en verlo. Hasta el jayán más jayán tiene que ser «novelista de sí mismo», para usar de nuevo la precisa y preciosa expresión de Unamuno y Ortega. Sin ello,

el mundo y mi vida carecerían para mí de significación. Más radicalmente: sin ello yo no sería hombre.

¿Cuál podrá ser el modo de la expresión verbal más adecuado a la notificación interpretativa? El correspondiente a la notificación testifical se hallaba compuesto, como vimos, por la nominación mediante sustantivos y adjetivos («Siento un dolor punzante», «Me han salido unas manchas rojas») y la descripción más o menos perifrástica de lo sentido o visto; descripción que puede referirse a un estado somático o psíquico (el aspecto de la piel, un estado de conciencia) o a un proceso biográfico visto desde fuera, como cinematográficamente («Verá, doctor: iba yo por tal parte, cuando comencé a sentir...»). En suma: nominación, descripción simple o narración descriptiva. La notificación interpretativa exige otro modo de hablar. El enfermo no declara entonces algo que pone intencionalmente ante él, aunque de hecho pertenezca a su vida; no objetiva su dolencia o lo que a ella se refiere como algo situado en la esfera de lo-en-mí; habla de sí mismo, en el sentido más riguroso de la expresión. Con otras palabras: asume su dolencia en la esfera de lo-mío y la incorpora a lo que en su biografía no es mera vicisitud externa («Pasé un mes en cama con fiebre», «Me caí en el cuarto de baño y me fracturé un brazo»), sino operación más o menos creadora (léase a título de ejemplo cómo la Sra. Emmy de N. explicó a Freud el sentido de sus expresiones anamnésticas «¡Estése quieto! ¡No me hable! ¡No me toque!») [12]. Ahora no bastan la simple nominación o la narración descriptiva, y el enfermo, entregado por su propia decisión o movido por el médico a contar su biografía *desde dentro*, en lo que ésta tiene de aventura personal, debe recurrir a la narración constructiva: un relato en que la interpretación, y por tanto la imaginación y la conjetura, condicionan el contenido y el estilo de lo referido y otorgan sentido —erróneo y morboso, tal vez— a los elementos puramente descriptivos de la trama. Diciendo «Pasé un mes en cama con fiebre», el paciente describe; explicando anamnésticamente el sentido de sus propias palabras, la Sra. Emmy de N. interpreta, conjetura e imagina. Aquel enfermo es novelista de sí mismo a la manera de Zola; la Sra. Emmy de N. lo es a la manera de Proust.

En términos generales, la notificación del enfermo se hace más o menos interpretativa —o llega resueltamente a serlo, además de ser

[12] S. Freud, *Obras Completas* (Madrid, 1948), I, 27-38.

testifical— en las enfermedades crónicas y en las enfermedades francamente neuróticas; cuando el paciente, bien porque se ha visto obligado a ello, bien por obra de una intención subconsciente o porque a ello ha sido compelido, ha hecho de su dolencia algo «propio». Piénsese en la sutil, pero honda diferencia de sentido entre las palabras del griposo y las del cardiópata crónico cuando hablan de «*mi* enfermedad»: en aquel caso, la enfermedad no ha pasado de la esfera de lo-en-mí; en este otro, sin mengua de su condición penosa, acaso con incremento de ella, ha ingresado en la secreta esfera de lo-mío. Pero, apurando la finura de la anamnesis, siempre en las palabras del enfermo podrán encontrarse vestigios de este modo de notificar la enfermedad que vengo llamando interpretativo.

La interpretación del enfermo puede tener como materia principal la experiencia relativa al mundo exterior, la concerniente al cuerpo propio o la tocante a la propia intimidad. Recuérdense los ejemplos antes mencionados. Pienso, sin embargo, que más que la materia sobre que opera la actividad interpretativa importan los modos y el mecanismo de ésta. Más precisamente: importa distinguir y describir la interpretación constructiva y la interpretación simbólica.

Llamo *interpretación constructiva* —en rigor, preponderantemente constructiva, porque en la interpretación del enfermo [13] se funden la «construcción» y la «simbolización»— a aquella en que el paciente, sin dejar de serlo, pero pasando ya de la condición de puro paciente a la de autor-intérprete de sí mismo, explica al médico su personal modo de entender la significación de la dolencia que padece o de alguno de sus síntomas. Léanse historias clínicas de Freud, de Jung, de cualquier médico antropológicamente orientado en su clínica y su patología (von Weizsäcker, Vogel, Christian, Kütemeyer, Jores, von Uexküll, Rof Carballo, etc. etc.), y en el capítulo de ellas consagrado a la anamnesis se hallarán abundantes ejemplos de interpretación constructiva de la enfermedad.

¿Cómo el enfermo llega a ella? ¿Qué ha pasado en su alma hasta el momento en que así habla al médico? ¿Cómo la relativa, pero indudable «alienidad» de un sentimiento perteneciente a la esfera de lo-en-mí ha podido convertirse en la resuelta, aunque tal vez penosa «apropiación» de lo que pertenece a la esfera de lo-mío? En mi libro *La historia clínica*

[13] Y en la del sano. El enfermo no hace otra cosa que aplicar a la declaración de su enfermedad modos de operación pertenecientes al psiquismo normal.

he tratado de resolver con algún pormenor las tres cuestiones principales que plantea este proceso psicológico de la apropiación de la enfermedad y su notificación interpretativa. No debo transcribir aquí lo que el lector tan fácilmente puede encontrar en esas páginas. Pero no puedo seguir adelante en mi actual empeño sin exponer y actualizar los puntos esenciales de mi respuesta.

El enfermo convierte la pura percepción de sí mismo (en la medida en que puede haber una percepción «pura», esto es, nada interpretativa) en interpretación personal de lo que en su mundo, en su cuerpo o en su intimidad ha percibido. ¿Por qué? ¿Cómo? ¿Para qué?

Primera cuestión: *¿por qué* el enfermo pasa de la nuda percepción de sus vivencias («Siento ansiedad») a la franca interpretación de lo que siente («Esta ansiedad tiene que proceder de tal y tal cosa y para mí significa tal y tal otra»)? De un modo general, porque el hombre no puede vivir en cuanto tal hombre sin interpretar lo que vive; en otros términos, porque la inteligencia humana es constitutivamente interpretativa. Tanto como *animal rationale*, y justamente por serlo, el hombre es *animal interpretatorium sive hermeneuticum*. De un modo particular, porque en la concreta realidad de la experiencia humana hay: *a)* vivencias exigentes de interpretación o muy accesibles a ella (el bienestar y el malestar, la ansiedad, la tristeza, la sed, etc.), frente a otras en que la pertinacia del sentimiento de alienidad es más intensa (la fiebre, por ejemplo); *b)* constituciones individuales en que se hacen muy acusadas la tendencia a la interpretación de lo vivido y la sensibilidad e imaginación que tal empeño requiere; y *c)* situaciones vitales (por ejemplo, las levemente oníricas) en que se exagera la disposición a la imaginación interpretativa de la propia vida: la conciencia fría y lúcida es más objetivamente y conceptual; la conciencia soñadora, más conjetural e imaginativa.

Segunda cuestión: *¿cómo* el enfermo interpreta personalmente sus vivencias, refiéranse éstas a su mundo, a su cuerpo o a su intimidad? ¿Cómo la simple «percepción» se trueca, si vale decirlo así, en «teoría» interpretativa? Creo que en el proceso intervienen y mutuamente cooperan hasta siete instancias rectoras: *a)* La índole o *cualidad de la vivencia originaria*. El hecho de que ésta sea «ansiedad» o «sed» orientará en un sentido o en otro su ulterior interpretación. *b)* El *estado de la conciencia psicológica*, tanto desde el punto de vista de su mayor o menor «claridad» (conciencia lúcida de la vigilia, conciencia turbia de la fatiga, conciencia oniroide del *Wachträumen* o «soñar despierto», etc.), como desde el punto

de vista de su ocasional «contenido» [14]. Recuérdese lo que en el párrafo anterior acabo de decir. *c)* La *constitución psicofísica* del sujeto: no interpretan su vida del mismo modo el varón que la mujer, el blanco que el negro, el adolescente que el adulto, el leptosomático que el pícnico, el afásico que el sano [15]. *d)* El *pasado biográfico* del enfermo, bien bajo forma de «hábitos» o modos de ser adquiridos, bien bajo especie de «recuerdos» más o menos susceptibles de reproducción consciente. *e)* El *futuro posible* del paciente: sus proyectos, sus esperanzas. *f)* Las *creencias vivas* en el alma del que interpreta: creencias religiosas y morales, intelectuales, estéticas, históricas, etc. No interpretan lo mismo sus vivencias —sean estas patológicas o no— el católico que el protestante, el moralmente escrupuloso que el moralmente laxo, el español castizo que el *old American*, etc. *g)* La *idea de sí mismo* del intérprete. A la realidad concreta de la existencia humana pertenecen por modo necesario la autovisión y la autointelección; por tanto, una «idea de sí mismo» más o menos clara, penetrante y certera. Ontológicamente tienen que ver con ella los tres «existenciales» básicos de la analítica de Heidegger (el «encontrarse» o *Befindlichkeit*, el «comprenderse» o *Verstehen* y el «habla» o *Rede*); psicológicamente se halla constituida por un momento intelectivo (la «idea de sí mismo» en sentido estricto) y otro vital y neurofisiológico (sensación y sentimiento del cuerpo propio, «esquema corporal», etc.).

Inducido por las instancias mencionadas al tratar del «¿por qué?» de la interpretación, movido, a la postre, por el ejercicio de su propia libertad —aunque la deliberación voluntaria no sea en ocasiones acusada y patente—, el enfermo llega a su interpretación orientado por el mutuo juego de estas siete instancias rectoras. Con ellas a la vista, el médico podrá entender causal y comprensivamente el mecanismo de la operación interpretativa del paciente.

Tercera cuestión: *¿para qué* interpreta el enfermo sus vivencias? Mi primera pregunta —«¿por qué?»— aludía ante todo al constitutivo

[14] Al «contenido» de la conciencia pertenecen también las turbias y vagas manifestaciones que hacia ella pueda enviar el «subconsciente» o «inconsciente». Nada más erróneo que concebir el inconsciente como un «doble fondo» de la conciencia lúcida, separado de ella como el agua y el aceite en el vaso que los contiene. Lo cual indica que las zonas inconscientes de la personalidad —téngase de ellas una idea freudiana, junguiana, etc.— intervienen activamente en el contenido y en la configuración de la interpretación consciente de las vivencias, y tanto en estado de salud como en estado de enfermedad.

[15] Empleo la palabra «constitución», como está viendo el lector, en su más amplio sentido. Una afasia crónica modifica la constitución del sujeto.

impulso hacia la interpretación de sí misma que la existencia del hombre lleva en su seno. ¿Qué significación, qué sentido poseen ese impulso y su realización en el hombre enfermo? Diré en primer término, como entonces, que, en cuanto actividad constitutiva de la existencia humana, la interpretación de lo vivido realiza y manifiesta una radical tendencia de la persona a la apropiación; en definitiva, a la autoposesión. Desde el fondo mismo de su ser, el hombre tiende y aspira a autoposeer, y el peculiar modo de su inteligencia —el carácter «sentiente» de ésta (Zubiri), la esencial condición somática y orgánica de su ejercicio— impide una posesión puramente intuitiva de la realidad propia y ajena (la que nos daría un «ver» que a la vez fuese entender y poseer) y exige el rodeo y la limitación de la posesión interpretativa. Ni siquiera lo penoso, y tal es el caso de la enfermedad, queda en principio excluido de esta honda tendencia de nuestro ser. El enfermo, en suma, interpreta su dolencia para poseerse, para ser plenamente «yo mismo»; y queriéndolo o no, lo hace cuantas veces la enfermedad, por una razón o por otra, ha echado raíces en su vida: en ocasiones, como no buscada ocasión de mérito (interpretación soteriológica de la propia existencia, imaginación más o menos creyente de lo que en otra vida «pueda ser de uno»); en otros casos, como castigo más o menos merecido (interpretación punitiva del dolor, relación entre sentimiento de enfermedad y sentimiento de culpa), como *arrangement* o expediente de ocasión (interpretación neurótica de una enfermedad más o menos psicogenética o azarosamente padecida) o, ya en un orden más operativo y pragmático, como recurso para planear racional o soñadoramente el curso ulterior de la propia vida. Sólo en tales casos estará real y verdaderamente justificada en boca del enfermo la expresión «mi enfermedad».

Doy el nombre de *interpretación simbólica* —en rigor, preponderantemente simbólica, porque nunca en las interpretaciones de los enfermos falta la construcción, entendida ésta en el sentido que acabo de exponer— a aquella en que el paciente compendia consciente o inconscientemente en una expresión-símbolo su personal actitud frente a la enfermedad que padece y la significación que el estar así enfermo tiene en su existencia. El psicoanálisis freudiano ha hecho populares los varios símbolos de carácter sexual con que la interpretación psicológica de la vida y de la enfermedad puede a veces manifestarse; el psicoanálisis junguiano, a su vez, ha descrito las muy diversas fórmulas simbólicas de que para expresarse se vale, tanto en el hombre sano como en el enfermo, el incons-

ciente colectivo (mandalas, etc.). Junto a la «teoría personal» de la interpretación constructiva, incluido a veces en ella, aparece ante el médico el «símbolo» a que conduce la interpretación simbólica del proceso morboso. No sólo nos comunicamos verbalmente con los demás mediante nombres, narraciones descriptivas y narraciones constructivas, también mediante expresiones interjectivas (quede aquí meramente aludido el sugestivo problema psicológico de la interjección) y mediante símbolos. Y el enfermo, por supuesto, no puede quedar excluido de esta regla general.

No debo ampliar ahora estas sumarísimas indicaciones. Diré tan sólo que entre la «teoría personal» de la narración constructiva y el «símbolo» de la interpretación simbólica hay un dominio intermedio, constituido por la «metáfora». Una metáfora, en efecto, es una expresión medianera entre el inexcusable rodeo discursivo de aquélla y la apretada y convencional concisión de éste; y como toda interpretación, sirve en primer término para entender y poseer mentalmente la realidad [16]. ¿Cómo en el enfermo surge y se configura la expresión metafórica de su propio cuerpo? Acaso las metáforas de los poetas puedan ofrecernos una vía indirecta hacia la respuesta. Dice, por ejemplo, Baudelaire:

Et quand nous respirons, la mort dans nos poumons
descend, fleuve invisible, avec des sourdes plaintes.

Para expresar el sentimiento que le envía su propio cuerpo, cuando en su alma se actualizan transparentemente viejos recuerdos del pasado personal, otro poeta más reciente escribe, por su parte:

¿Quién templó su cristal hasta la brisa?

Un poeta siente la penetración del aire en sus pulmones como la invasión de estos por la corriente de un río invisible, silencioso y letal. Otro percibe su cuerpo como una realidad leve, tenue y diáfana, como un cristal hecho aire, que permite sin resistencia la actividad memorativa del espíritu. Y como sorprendido por este hallazgo, se pregunta, azorado, quién podrá ser el autor de la maravilla. ¿Cómo han podido nacer estas dos metáforas? ¿Cómo el estro poético de sus respectivos autores ha convertido el sentimiento de su realidad corporal en interpretación metafórica? No trato de explicar psicofisiológicamente la invención poé-

[16] Puede leerse una introducción al problema de la psicología de la metáfora en mis ensayos «Poesía, ciencia y realidad» (*Mis páginas preferidas*, Madrid, Gredos, 1958) y «La acción de la palabra poética» (*La empresa de ser hombre*, 2.ª ed., Madrid, Taurus, 1963).

tica; nada más lejos de mi pensamiento. Pero tengo por seguro que sin un minucioso examen de esas dos expresiones según todas y cada una de las siete instancias rectoras que antes mencioné —cualidad de la vivencia originaria, estado de la conciencia psicológica, constitución psicofísica, pasado biográfico, futuro posible, creencias vivas, idea de sí mismo— no podrá obtenerse una respuesta satisfactoria a las interrogaciones ahora formuladas. ¿Cómo no relacionar la expresión de Baudelaire con la agobiadora importancia de la tuberculosis en la sociedad europea de 1840 a 1860, y por tanto con los recuerdos más inmediatos del poeta? ¿Cómo no pensar, por otra parte, en la pesimista concepción bichatiana de la vida —«la vida es el conjunto de las funciones que resisten a la muerte»—, tan vigente en las mentes francesas cultas durante la primera mitad del siglo XIX? Y en cuanto a la segunda metáfora, ¿cómo no ponerla en relación con el ocasional estado de la conciencia del autor y con la peculiar índole de la experiencia que él en ese momento recuerda, por tanto con su pasado personal y acaso con su constitución psicofísica? Pasando ya de lo poético a lo morboso —de lo poéticamente sano a lo poéticamente morboso—, éste habrá de ser, *mutatis mutandis*, el camino del médico que quiera comprender con alguna finura las expresiones metafóricas de los esquizofrénicos, de ciertos neuróticos y de tantos enfermos que con psiquismo normal son sensibles e imaginativos respecto a la realidad de su propio cuerpo o, más ampliamente, respecto a la experiencia de su enfermedad.

Si tenemos en cuenta que la notificación del enfermo, sea testifical o interpretativa, puede tener como objeto la realidad de éste en el momento en que habla (autoinspección) o lo que él fue en tal o cual momento de su pasado (autorretrospección), creo que cuanto llevo expuesto acerca de la actividad notificadora del enfermo durante la anamnesis clínica puede ser reducido a los dos siguientes esquemas:

1.º El enfermo habla al médico como

testigo	de su mundo	inspectivamente	manifestando autosentimientos	mediante expresiones sonoras paraverbales
	de su cuerpo		manifestando autovislumbres	mediante la palabra
	de su intimidad	retrospectivamente	manifestando noticias configuradas	mediante el silencio

2.º El enfermo habla al médico como

intérprete	de su mundo	inspectivamente	manifestando autosentimientos	a través de una interpretación constructiva
	de su cuerpo	retrospectivamente	manifestando autovislumbres	a través de una interpretación simbólica
	de su intimidad		manifestando noticias configuradas	

2. Hemos estudiado en las páginas anteriores el contenido de las expresiones verbales del enfermo durante la anamnesis. Debemos considerar ahora el contenido de las expresiones del *médico*. ¿De qué habla el médico al enfermo cuando con él anamnésticamente conversa, a qué realidades se refieren sus palabras y sus silencios? El enfermo habla de su enfermedad, y por lo tanto de sí mismo. El médico no tiene por que hablar de sí mismo; más aún, no debe hacerlo. Durante la anamnesis habla del enfermo en cuanto tal enfermo: por tanto, de la enfermedad de éste y de cuanto a su juicio con ella se relaciona. Habla a otro, en suma, de la realidad de ese otro. ¿Cómo? Este es el problema.

Para resolverlo con algún método, tal vez sea conveniente examinar, siquiera sea por vía indicativa, y dejando a cada lector la tarea de completar con ejemplos idóneos los distintos epígrafes de la indicación, el contenido que de ordinario albergan los varios modos formales de la expresión del médico. Son estos, por lo menos, los siguientes:

a) La interrogación. El médico interroga al enfermo. ¿Sobre qué versan sus preguntas? Evidentemente, sobre la vida del enfermo, en cuanto ésta tiene que ver con la génesis, la configuración o la significación de la enfermedad: episodios, sentimientos y pensamientos del pasado y del presente, datos relativos a la personalidad, etc. Hay preguntas que se repiten uniformemente de un paciente a otro; atañen, como suelen decir los juristas, a «las generales de la ley». Fuera de ellas, todas deberán estar motivadas por la singular realidad del enfermo en cuestión y llevar en su seno una anticipación diagnóstica (más o menos confirmada luego por la respuesta del enfermo y la exploración ulterior) y una tácita intención terapéutica (la de dar confianza, ánimo y apoyo al paciente).

b) La incitación. Además de interrogarle, el médico incita con frecuencia al enfermo a proseguir un relato comenzado o a completar con datos nuevos lo que hasta ese momento declaró.

c) La orientación. Otras veces, el explorador se verá obligado a interrumpir la digresión del enfermo, si ésta es irrelevante para el diagnóstico, y a orientar en otro sentido la marcha de su discurso. La firmeza en la dirección del coloquio anamnéstico no deberá, sin embargo, excluir la delicadeza de las palabras con que el médico lo encauce y oriente.

d) La sugestión. La palabra del médico debe ser sugestiva en doble sentido. En orden al diagnóstico, sugerirá cuando esto sea necesario —y, por supuesto, sin predeterminar la respuesta— el campo hacia el cual debe dirigirse la atención del paciente. En orden al tratamiento, y sin necesidad de constituirse formalmente en psicoterapia verbal, tratará de conseguir la acción roborante de que antes hablé. Pero el buen médico no deberá olvidar jamás lo que ya enseñaron los hipocráticos: que a los ojos del enfermo se convertirá en el peor de los médicos si «no promete curar lo curable y promete curar lo incurable» (*de morbis*, I, 6; L. VI, 150). «No prometa por sí mismo la salud, porque entonces usurpará el oficio divino y hará ofensa a Dios, antes prometa fidelidad y diligencia», oímos decir a Arnaldo de Vilanova. No diga el médico con excesiva frecuencia *Of course*, diga más bien *I will do my best*, recomienda en nuestro tiempo R. H. Blum.

e) La orden. La exploración exige a veces ordenar algo al paciente: «Diga Vd. treinta y tres», «Respire Vd. hondo», «Repita las cifras que voy a decirle», etc. Apenas parece necesario indicar que en tales casos la palabra del médico debe ser más bien «invitación» que orden propiamente dicha. Por el hecho de estar enfermo, el enfermo tiende a obedecer, pero no por ello hay que abrumarle imperativamente con aquella «divina grosería» que hace más de cien años practicaba Schönlein.

f) El silencio. Este, como sabemos, puede ser presignificativo, significativo y transignificativo. Pero acerca del silencio del médico ha quedado dicho lo suficiente. «Si el médico quiere diagnosticar y tratar al enfermo según lo que éste realmente es, si quiere, por tanto, que su medicina sea humana y amistosa sin dejar de ser técnica —he escrito en otra parte—, por necesidad habrá de moverse, como reza el bello título de un libro de Juan Rof Carballo, entre el silencio y la palabra. O tal vez, si es cierto todo lo que llevo dicho, entre el silencio y el silencio

a través de la palabra» [17]. Aquél es el silencio presignificativo del puro ver; este otro, el silencio transignificativo del momento en que el paciente siente en su alma el primer paso de la muerte. Porque el médico debe saber curar al enfermo, pero también debe saber acompañarle humanamente, cuando las posibilidades de la actividad terapéutica han llegado a su límite.

No creo inadecuado proponer que, en su relación verbal con el enfermo, el médico se atenga a esta linda consigna de San Agustín en el tratadito *de catechizandis rudibus*: «Lo que dices, dilo de tal manera que aquel a quien hablas, oyéndote, crea, creyendo, espere, y esperando, ame». Lo cual acaecerá cuando en la persona del que habla se hagan realidad patente dos hábitos anímicos: la vida en la verdad y el amor. En el caso del médico, un ejercicio profesional que, sin detrimento de su inexcusable condicionamiento económico, tenga como fundamento primero la voluntad de saber y la voluntad de ayudar.

3. El examen a que metódicamente he sometido la anamnesis clínica —formalidad de la expresión verbal y contenido de esa expresión en el enfermo y en el médico— lleva consigo una artificiosa partición de algo que en sí mismo es unitario. Como todo diálogo auténtico, unitario es, en efecto, el que entre sí sostienen médico y enfermo. No constituye el resultado de sumarse «lo que dice el enfermo» y «lo que dice el médico». Al contrario: lo que uno y otro dicen se halla condicionado por la previa intención unitaria que en cada momento concibe, promueve y establece el médico en la cuasi-díada que él forma —que él debe formar— con su paciente. Ella es la que expresivamente se diversificará en el decir y el callar de uno y otro.

Algo más debe añadirse. El coloquio entre el enfermo y el médico deberá ser, por parte de éste, un continuo tránsito de la objetivación hacia la coejecución interpretativa, y de ésta hacia aquella. En *Teoría y realidad del otro* he estudiado con algún pormenor las dos formas del diálogo a que la anamnesis clínica debe recurrir: la comunicación verbal con el otro-objeto y la comunicación interpersonal en sentido estricto [18]. No será para el lector tarea difícil acomodar cuanto allí expongo al caso particular de la anamnesis. La cual, por lo demás, no quedaría íntegra-

[17] «El silencio y la palabra del médico», en *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología médica*, vol. XIII, 1961, pág. 40.

[18] Vol. II, págs. 219-226 y 250-258. Volveré sobre el tema en el capítulo consagrado al diagnóstico.

mente descrita ni podría ser plenamente entendida, si no se tuviese en cuenta la frecuencia con que «el otro» —un deudo, un acompañante del enfermo— interviene como testigo o como participante en el coloquio. El constitutivo carácter «social» de la relación médica, perceptible siempre en todos los actos en que tal relación se establece, cobra así incipiente y a veces perturbadora realidad fáctica.

Al término de mi análisis de la mirada postulaba yo la introducción de una opsitécnica entre las disciplinas semiológicas del médico. Con mayor razón debe figurar entre ellas una *logotécnica clínica* —para no llamarla, como sería lo tradicional, «retórica médica»: un arte de hablar al enfermo, no sólo en el sentido de la psicoterapia verbal (la «logoterapia» de Frankl), mas también en orden a la anamnesis exploratoria. La consigna platónica de un *lógos kalós* o «bello discurso» como ingrediente de la relación entre el médico y el enfermo debe ser actualizada. No para hacer de los médicos oradores floridos e ingeniosos conferenciantes ante el enfermo, ni para reducir a una preceptiva de reglas fijas su conducta verbal, sino para cumplir en nuestro tiempo y a la altura de nuestro tiempo las dos exigencias fundamentales del *lógos kalós* de Platón: adecuación real a las necesidades del paciente y empleo de la palabra «según arte», diciéndola bien y sabiendo en todo momento qué se dice con ella y por qué es precisamente eso lo que entonces se dice.

III. EL CONTACTO MANUAL

Inmediatamente después de la anamnesis, a veces durante ella, el médico explora con sus manos al enfermo. Esto es, pone sus manos sobre el cuerpo del paciente para ejecutar en él los tres procedimientos clásicos de la exploración manual: la percusión, la tactación (palabra más adecuada en este caso que la de «tacto») y la palpación. No sólo pone sus manos. A veces, también su oído, puesto que todavía no ha perdido vigencia la práctica de la auscultación inmediata. Los tratados de semiología indican ampliamente cómo el médico debe realizar cada una de estas técnicas exploratorias y exponen los diversos hallazgos que con ellas pueden ser obtenidos. No debo yo entrar en ese tema. Pero sí debo estudiar con algún detalle —completando antropológicamente la exposición puramente científico-natural que ofrecen los tratados de semiología— lo que el contacto manual entre el explorador y el enfermo representa en

la total estructura de la relación médica. Para lo cual examinaremos en primer término la experiencia táctil del médico y luego la del paciente.

I. Bien para percutir un tórax, bien para palpar un riñón o un hígado o para realizar un tacto vaginal o rectal, el médico aplica sus manos sobre la superficie del enfermo. Además de darle algunas noticias acerca del estado físico del cuerpo que explora (aumento de volumen, endurecimiento, hipertermia, etc.), ¿qué es lo que ese contacto manual le ofrece? Más ampliamente: cuando la palpación y la tactación son intencionales y activas, y tal es el caso del médico, ¿en qué consiste la vivencia del tocar?

El contacto sensorial con el mundo en torno ofrece o impone al hombre, nos ha dicho Zubiri, una «impresión de realidad». El animal no vive en un «mundo», aunque desde J. von Uexküll sea habitual llamar *Umwelt,* «mundo circundante» o «perimundo», al fragmento del cosmos que específica e individualmente le rodea; el animal vive en el seno de un «medio externo» que opera sobre él como una sucesión configurada de estímulos específicos. El medio externo del hombre, en cambio, se constituye para él como «mundo» y se le manifiesta como ordenada «realidad». El estímulo se convierte así en «impresión de realidad», y el medio en «realidad sintáctica» o «sintaxis de realidades» (Zubiri).

Esto sentado, hay que añadir inmediatamente que esa «impresión de realidad» no es la misma en los distintos modos de la percepción sensorial: la vista, el tacto, el oído, etc... Pasando de un dominio sensorial a otro, la impresión de realidad varía en cualidad y en intensidad. El mundo nos es real, por ejemplo, a través de la vista y el tacto, pero el modo como nos es real no es idéntico en uno y en otro caso. En primer lugar, por la distinta cualidad fenomenológica y psicológica de la impresión (la vista nos da «presencias» y el tacto, «resistencias»); en segundo, por la diferente intensidad con que la condición de «real» es en cada caso vivida.

Ciñamos ahora nuestra consideración a este último problema. Basta no más que plantearlo para advertir que la impresión de realidad es máxima en el caso de las sensaciones táctiles. Más aún: que el tacto es por excelencia el sentido por el que se nos patentiza la efectiva realidad del mundo exterior. Si ésta se nos ofrece primariamente como «resistencia» (Dilthey, Scheler, Ortega), es natural que se nos haga ante todo patente a través de la actividad sensorial por la que más específica y directamente

descubrimos la condición resistente del mundo. Tal es la razón de esa poderosa fuerza significativa que en el lenguaje habitual posee el adjetivo «tangible»: cosas tangibles, ganancias tangibles, etc. Comparemos mentalmente dos realidades: una visible y no tangible (por ejemplo, un efecto de luz) y otra tangible y no visible (por ejemplo, la presión del viento). ¿Cómo evitar, frente a la primera, una impresión de irrealidad o fantasmagoría, cómo descartar la índole meramente «espectral» de lo que entonces vemos? La segunda, en cambio, nos es indiscutiblemente, contundentemente real, aunque no la veamos: es para nosotros «realidad tangible». Gran acierto fenomenológico y metafísico de la psicología clásica, el de atribuir al tacto condición de sentido primario, de «protosentido».

Ahora bien, la mano es por excelencia el órgano del tacto. No es éste lugar idóneo para un estudio detenido del problema antropológico de la mano, constante desde los griegos (recuérdese la tesis de Anaxágoras y su discusión por Aristóteles: si el hombre es inteligente porque tiene manos o si tiene manos porque es inteligente) en la historia de la cultura occidental[19]. Me limitaré a decir que la mano cumple en la vida del hombre tres funciones principales: una función *prensil* y *posesiva*, en cuanto nos concede la vivencia y la señal de poseer lo que con ella tomamos y tocamos (la que otorga su peculiar sentido a la expresión «tener en la mano»); una función *técnica*, en cuanto con ella actuamos sobre el mundo racionalmente, *metà logou*, según la clásica definición de la *tékhnê* de Aristóteles (la mano ejecutora de *tékhnai* que describe Galeno en el libro I del escrito *de usu partium*), y una función *noética*, en cuanto nos ayuda a conocer la realidad del mundo y algunas de sus cualidades (la mano a que alude Aristóteles cuando compara con el tacto la actividad propia del *nous poiêtikós*, la concepción del entender como un «tocar»). Puesto que el médico, cuando explora manualmente el cuerpo del enfermo, no intenta poseerlo ni modificarlo, sino tan sólo conocerlo, haremos aquí caso omiso de las funciones prensil y técnica de la mano y consideraremos no más que su función noética.

---

[19] «Lengua sin manos, cómo osas hablar», dice Pero Vermuez en el Poema del Cid. Como para mostrar que el tema de la mano posee para los españoles una singular importancia, son varios los que entre nosotros recientemente lo han tratado: Gaos, desde un punto de vista filosófico, Rof, como problema de la educación del médico, y Cortejoso, con intención a la vez médica y estética. En cuanto a la bibliografía no española, me contentaré remitiendo al lector al capítulo de Buytendijk en el *Handbuch der Neurosenlehre*, de Frankl, von Gebsattel y Schultz.

¿Cómo la mano nos permite conocer el mundo? Además de hacernos percibir su realidad, ¿qué nos dice acerca de él? La experiencia táctil del mundo nos hace distinguir en él dos órdenes de realidades, y por tanto dos órdenes de la realidad:

1.º La realidad tangible de la materia inerte. Esta se nos presenta táctilmente como una resistencia elástica dura o blanda, firme o deleznable, suave o áspera, pegajosa o suelta, caliente o fría, húmeda o seca, pero siempre calculable y, por lo tanto, previsible. Resistencia elástica *calculable* y *previsible*: tal es la fórmula que expresa nuestra experiencia táctil de la realidad inerte.

2.º La realidad tangible del cuerpo viviente del hombre. Ahora el mundo exterior se nos presenta táctilmente como una resistencia elástica *imprevisiblemente reactiva*. Puesto que el otro nos es, en principio, un «recíprocante imprevisible» (Ortega), reactiva e imprevisible resistencia elástica habrá de ser para nosotros nuestro contacto con él. Piénsese a título de ejemplo en la experiencia del apretón de manos. Aún cuando conozcamos bien a la persona cuya mano vamos a estrechar, ¿podemos calcular con seguridad cómo esa mano responderá cuando nos la haga perceptible y real nuestro movimiento de presión? Tocar el cuerpo viviente de un hombre es ante todo adquirir una experiencia táctil de la libertad ajena. Que el lector lo compruebe haciendo por sí mismo un sumario análisis fenomenológico del juego de «la gallina ciega» y distinguiendo en la experiencia del vendado los dos momentos que la constituyen: «lo que toco es *un* hombre» y «lo que toco es *tal* hombre» [20].

De ahí que podamos tocar las realidades de nuestro mundo exterior, comprendida entre ellas la del cuerpo humano, según dos intenciones principales. Podemos proceder, en efecto, con la intención de tocar una realidad inerte (aunque lo que realmente toquemos sea un cuerpo humano) o una realidad humana (aun cuando lo que entonces toquemos sea un cuerpo animal: tal es el caso de la solterona cuando acaricia a su

---

[20] Véase *Teoría y realidad del otro*, II, 160-162. Alguien preguntará, tal vez: ¿y la experiencia táctil del cuerpo animal? ¿Qué pasa en mí cuando percibo el revoloteo impotente y el apresurado latido del corazón del pájaro que retengo en mi mano, o cuando bajo mi mano siento el run-rún gatuno o las contracciones musculares del lomo del *fox-terrier*? Permítaseme ser muy breve y decir que la tactación del animal es la experiencia táctil de una espontaneidad vital interpretada antropomórficamente (vivencia del pájaro en la mano como homúnculo) o mecánicamente (la consideración racional del animal como mecanismo: Descartes, Malebranche). Más detalles en *Teoría y realidad del otro*, II, 145-149.

pequinés). Porque en quien tiene experiencia y uso de razón las vivencias «tocar materia inerte» y «tocar cuerpo humano» no son sólo un resultado, pueden ser también una intención. He aquí, pues, los dos modos intencionales de tocar el cuerpo de un hombre:

a) Palpación y tactación del cuerpo del hombre como *cuerpo puramente objetivo*; si se quiere, como pura materia inerte. En la estructura del fenómeno táctil se integran en tal caso tres momentos principales: uno cognoscitivo, otro operativo y otro afectivo. El primero hace saber al tangente (así debemos llamar al que toca) que ese cuerpo existe realmente y cuáles son las notas de su peculiar resistencia elástica (duro o blando, áspero o suave, etc.). El segundo depende del desplazamiento local del cuerpo tocado, bien en su conjunto, bien en una de sus partes. El tercero, en fin, se manifiesta como complacencia o como desplacencia. Pensemos en la primera posibilidad: es la que se realiza cuando alguien toca un cuerpo humano para lograr con ello alguna fruición. «La delectación, y sobre todo la que llega por el tacto —dice muy seria y atinadamente Santo Tomás de Aquino—, es causa de amistad deleitable *per modum finis*» (*Summa*, II-I, 31, 6 ad 3). Cediendo a un modo de escribir hoy tópico, hablaremos en tal caso de la caricia-para-mí. Es el «aspecto fruitivo» de la tactación objetivante: por la vía del tacto, el otro queda entonces reducido a la condición de objeto placentero.

b) Palpación y tactación del cuerpo del hombre como *cuerpo personal*, como vaso o morada viviente de una persona. La estructura del fenómeno táctil comprende, como en el caso anterior, un momento cognoscitivo, otro operativo y otro afectivo. ¿Qué nos da a conocer ahora la experiencia táctil? ¿Cómo el otro me manifiesta su condición de persona a través del tacto? De un modo muy incierto. En cuanto mera realidad tangible —tal es el caso en el juego de la gallina ciega—, el otro es para mí una realidad física fuertemente objetiva y muy equívocamente expresiva e intencional. Recuérdese la perplejidad en que de ordinario caemos cuando intentamos adivinar lo que alguien quiere decirnos a través del tacto. El momento operativo de nuestra experiencia procederá, por supuesto, del desplazamiento total o parcial del cuerpo tocado bajo la presión de nuestra mano; pero este desplazamiento es ahora vivido como modificación del *situs* de una existencia personal. Y puesto que nuestros dos respectos cardinales frente a la realidad de una persona son el amor y el odio, dos serán también las posibilidades básicas de nuestra operación: el desplazamiento amoroso del cuerpo del otro

(así mueve la madre el cuerpo de su hijo) y el desplazamiento odioso del cuerpo ajeno (el empujón violento y agresivo, la opresión lesiva del pellizco o del puñetazo, las acciones físicas a que aluden frases como «quitar a otro de en medio» o «deshacerle entre mis manos», etc.); y tanto en uno como en otro caso, bien para producir, con la intención que sea, tal desplazamiento somático, bien para notificar algo a la persona afectada por nuestra actividad táctil (la comunicación a través del tacto, el codazo y el apretón de manos «significativos»).

Queda por considerar el momento afectivo de la relación táctil interpersonal. Puesto que no es imaginable un médico que se conduzca con odio frente al enfermo, limitémosnos ahora a la única de las posibilidades que para nosotros cuenta: la vinculación amorosa con otro a través del tacto. Siendo esta vinculación interpersonal y cuasi-diádica, por necesidad habrá de considerar la realidad, la dignidad y el bien de la persona a que afecta. Por tanto, junto a los bienes que el desplazamiento pasivo y la activa notificación hayan podido procurar al otro, la relación táctil —el contacto, en el sentido directo y fuerte del vocablo— aspirará a depararle un bien afectivo, un bienestar: será, pues, una caricia, o al menos intentará serlo: la caricia interpersonal o auténtica, a la cual no parece inadecuado reservar el nombre de caricia-para-otro. Así es la de la madre al hijo, y así la del amante a la persona amada, cuando el amor tiene a ésta como término y no sólo a su cuerpo. En la caricia auténtica, como en todo acto verdaderamente interpersonal, quien la ejecuta da y recibe. Da placer (el bienestar con ella producido), alivio (la caricia de la madre sobre la zona dolorida del cuerpo del hijo) y apoyo (el brazo amistosamente apoyado sobre la espalda del débil o del menesteroso, la mano viril receptora de la mano femenina de la amada y protectora de ésta). Da o pretende dar, en suma, morada segura y grata a la existencia del otro; vientre materno, vida intrauterina, diría un psicoanalista ortodoxo. Como había, recuérdese, una mirada-regazo, hay también una mano-regazo; no otra cosa viene a ser la que ejecuta una caricia-para-otro. Pero quien así acaricia, también recibe. A través de la respuesta motora, muscular, del otro, éste le hace doble donación: el regalo de una libertad libre y gustosamente entregada y la impresión táctil, más o menos placentera, que su cuerpo pueda ofrecer; el ingrediente libidinal de la caricia-para-otro, diría un psicoanalista. Tal es el «aspecto fruitivo» del tacto personal, y a éste, es seguro, aludía principalmente Sto. Tomás en el texto antes transcrito.

¿Qué deben ser, según todo esto, la tactación y la palpación del médico? Pienso que estas dos cosas:

1.º Una operación objetivante y cognoscitiva. A ella exclusivamente se refieren los tratados de semiología al uso. En efecto: la exploración táctil no sería una faena técnica si el médico no redujese intencionalmente en ella el cuerpo del paciente a la condición de «objeto tangible». Lo cual no quiere decir que el cuerpo del enfermo se conduzca en la tactación y la palpación del médico como mero «objeto pasivo»; es, por el contrario, «objeto reagente», según el esquema del círculo figural *(Gestaltkreis)* de von Weizsäcker.

2.º Un acto interpersonal y amoroso, una verdadera caricia-para-otro. La exploración táctil del enfermo no sería, en efecto, una actividad humanamente técnica, si en ella el médico no tratase al cuerpo del paciente como morada personal, como organismo en el que y por el que se hace viviente y tangible una persona. Y esto, por dos razones. Una más técnica, en el sentido habitual de la expresión; porque la tactación y la palpación, que casi siempre molestan y no pocas veces duelen, deben comenzar siendo para el enfermo, en la medida de lo posible, verdaderas caricias, a fin de que por su acción se relaje la defensa muscular del sujeto explorado. Y otra —técnica también, en un sentido plenariamente médico de la palabra—, porque el contacto amoroso, la caricia, concede al que la recibe alivio y apoyo. ¿Necesitaré decir —*intelligenti pauca*— que por exigencias a la vez técnicas y morales debe el médico evitar o reducir al mínimo el ingrediente fruitivo o libidinal de la exploración táctil, en los momentos en que ésta deba hacerse caricia-para-otro?

II. Las últimas líneas nos conducen directamente a la parte segunda de nuestro tema: la participación del enfermo en la exploración táctil de su cuerpo. Bajo la mano del médico, el paciente vive de un modo pasivo la sensación y el sentimiento de «ser tocado». ¿En qué consiste —no como simple proceso neurofisiológico, sino como total experiencia humana— la sensación de «ser tocado»?

Aunque ciertos elementos fenomenológicos y psicológicos de esa experiencia se repitan invariables en todos sus posibles modos, conviene a nuestro tema distinguir previamente en aquella dos tipos principales, dependientes de la situación y la actitud del sujeto tocado: el contacto aceptado y el contacto renuente. En el primero, la tangencia—tactación o palpación— es recibida sin resistencia o con fruición por aquél sobre

quien se ejecuta. En el segundo, éste se defiende más o menos intensa y conscientemente de la tangencia a que se le somete, no la acepta [21]. Al primero de ellos pertenecen casi todos los enfermos; la repulsa consciente o subconsciente de la exploración manual es posible en clínica, pero no constituye la regla. Consideraremos exclusivamente, pues, la experiencia del contacto aceptado, y distinguiremos en ella los cuatro momentos que a mi juicio la integran, sus cuatro «partes integrales», como diría un filósofo escolástico:

1.º Una vivencia de *autoafirmación*. Quien amorosamente es tocado por otro, y aunque no acepte en su intimidad la tangencia de que es objeto, vive de un modo explícito e intenso la realidad de su propia persona; experimenta, diría Zubiri, la impresión de su realidad propia. ¿Por qué? Fundamentalmente, porque se vive a sí mismo como algo que en alguna forma «resiste» a la presión que sobre él se ejerce. En la vivencia elemental del «resisto» o «soy resistente» se articulan, cuando el contacto es amoroso, hasta tres instancias distintas, que intelectual y artificiosamente convertidas en fórmulas lógicas, a la manera cartesiana, podrían expresarse así: «Hay otro, luego hay yo»; «Resisto, luego existo»; «Me acarician, luego valgo». La caricia, en efecto, hace patente a quien la recibe, no sólo su realidad propia, mas también su valor. Diestra y amorosamente sometido a una exploración táctil, el enfermo se autoafirma como persona.

2.º Una vivencia de *relajación*. La palpación diestra relaja el cuerpo del enfermo. Los psicoterapeutas actuales —continuando y perfeccionando la tan meritoria obra de J. H. Schultz— van estudiando con atención creciente la psicología de la relajación, lógrese ésta por los métodos de Jacobson (relajación progresiva) o de Schultz (autorrelajación concentrativa) [22], o bien, más modesta y elementalmente, mediante el masaje, en definitiva mediante la palpación acariciante. Pienso que la vivencia de la relajación se halla fenomenológica y psicológicamente integrada por

---

[21] Trátase de casos «puros». Hay otros menos «puros», más ambiguos. Por ejemplo, el del sujeto que conscientemente rechaza el contacto —porque cree «deber» rechazarlo— y subconscientemente lo acepta; o, viceversa, el de quien conscientemente quiere aceptar el contacto y subconscientemente lo rechaza. Buen tema, para la elaboración integral de una psicología y una sociología de la caricia.

[22] Véanse las actas del *symposium* «La relaxation», dirigido por el propio J. H. Schultz; y en ellas, muy especialmente, la comunicación de J. de Ajuriaguerra y Michèle Cahen, «Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation».

tres instancias: *a)* La regresión a la infancia y la realización intencional, más o menos consciente, de algunas de las posibilidades en ella frustradas. «La regresión fugaz —dice ingeniosamente Nacht, aludiendo a la que otorga la relajación— concede *vacaciones* al hombre que lucha tanto, sin saberlo, por hacer callar al niño que llora en él» [23]. El masaje infantiliza. *b)* La abertura al mundo, a través de la persona por la cual la relajación es conseguida. La resolución de las defensas musculares del paciente es en el fondo un signo de abertura y entrega al mundo y al otro. *c)* En definitiva, la fusión extática con el mundo. «Este momento es vivido por el enfermo —dicen Ajuriaguerra y Michèle Cahen, resumiendo sus observaciones psicoterapéuticas— como *fuera de la duración*, como una experiencia de fusión con el mundo, que se hace uno con él, y, a través de ella, con el compañero privilegiado que entonces llega a ser el terapeuta». Recuérdese cómo Kamala, la niña-lobo de Midnapore, sólo por obra del masaje a que la sometía la señora Singh quedaba realmente consolada de la soledad en que le sumió la muerte de su hermano y podía re-vincularse al mundo de «los otros» [24].

3.º Una vivencia de *alivio* y *compañía*, estrechamente conexa con la de relajación. Cuando es diestro, cuando la buena intención del que toca no es por él torpemente cumplida, el contacto amoroso alivia y otorga compañía roborante, y más cuando la persona del tangente posee a los ojos del tocado valor y dignidad muy notorios. La «imposición de manos» como fórmula ritual religiosa o mágica tiene en su base este fenómeno psicológico y natural. Es seguro que los reyes de Francia no curaban a los escrofulosos a quienes en solemne rito imponían sus manos, pero no menos seguro es que psicológicamente —y también somáticamente, por modo consecutivo— les aliviaban.

4.º Una vivencia de *placer*, genéricamente realizada como bienestar y específicamente modulada por la región sobre que el contacto amoroso recae. Es el «aspecto fruitivo» de la caricia que se recibe.

Todo esto requiere tiempo, habilidad manual, delicadeza moral y delicadeza estética. La exploración táctil del médico con prisa nunca podrá ser caricia-para-otro; y tampoco la del médico a quien falten las tres cualidades que acabo de nombrar. Analizando la excelencia de la mano del cirujano a la luz de una bella expresión hipocrática (el precepto de

[23] Citado por Ajuriaguerra y Cahen.

[24] Véase *Urdimbre afectiva y enfermedad*, de J. Rof Carballo, y mi *Teoría y realidad del otro*, II, 121-122.

«la eurritmia de las manos»: *de habitu decenti*, L. IX, 236), decía yo en otras páginas [25] que esa excelencia lleva en su seno tres ingredientes: uno neuromuscular, la *eucinesia* o destreza en el movimiento de las manos, otro intelectual, la *eunoia*, el «saber hacer» de la mano del quirurgo, en cuanto órgano ejecutivo de una inteligencia científicamente formada, y otro moral, la *eubulia*, la buena voluntad de quien lúcidamente procura el bien del otro. ¿Cómo no extender a la mano que explora estos mandamientos relativos a la mano que opera? Junto a la opsitécnica y a la logotécnica, al mismo nivel que ellas, la educación del médico exige la construcción y la enseñanza de una *quirotécnica* o arte de usar las manos y —dentro de ella— una *haptotécnica* o arte de tocar.

IV. LA RELACION INSTRUMENTAL

Terapéuticamente, la relación entre el médico y el enfermo viene teniendo carácter instrumental desde el comienzo mismo de la medicina. Exploratoriamente lo tiene desde que en los siglos XVII y XVIII empezaron los médicos a contar el pulso mediante relojes y a medir la temperatura corporal mediante termómetros. No será necesario ponderar cómo desde entonces ha ido aumentando, hasta hacerse abrumador, el número de los instrumentos que requieren la exploración y el tratamiento del paciente. Recorra el lector con su vista o con su mente el índice de los tratados generales y especiales de semiología y de técnica terapéutica. Limitada a su función de recurso o cultivada por la utopía, la comodidad o el afán de lucro —los tres móviles por los que inventiva o miméticamente suele ampliarse sin necesidad el empleo de «aparatos»—, la tecnificación instrumental de la medicina es una de las notas más visibles, tal vez la más visible, de la asistencia médica de nuestro siglo. En los capítulos finales estudiaremos lo que en el orden económico-social representa esta progresiva «instrumentalización» del arte de curar. En éste vamos a examinar tan sólo lo que el instrumento es y significa en orden a la comunicación entre el médico y el enfermo.

El estetoscopio, el esfigmomanómetro, el aparato de rayos X, el oftalmoscopio, el electrocardiógrafo, los diversos objetos del quirófano...

---

[25] Discurso de contestación al de ingreso del Prof. Vara López en la Real Academia Nacional de Medicina («El problema del edema cerebral») Madrid, 1962.

¿Qué significa todo esto para el enfermo en cuanto tal enfermo, qué nota nueva añade ese arsenal a su relación con el médico? Pienso que, genéricamente considerado, el instrumento exploratorio o terapéutico puede ser para el paciente en quien se emplea un recurso técnico, un recurso mágico, un objeto simbólico y un muro de separación.

Ante todo, lo que el instrumento exploratorio o terapéutico por sí mismo es: un *recurso técnico* para la ampliación de las posibilidades cognoscitivas y operativas del médico, algo con lo cual se prolongan y afinan los ojos y las manos de éste. El estetoscopio y los rayos X permiten ver lo que hay en el interior del tórax; el oftalmoscopio, lo que hay en el fondo del ojo; el electrocardiógrafo, lo que pasa en la intimidad de las paredes cardiacas; una aguja electrocoagulante es capaz de llegar hasta zonas del cuerpo inaccesibles a la mano del cirujano, etc., etc. El instrumento exploratorio o terapéutico sirve para ver y tocar lo que sin él no podría verse o tocarse, y —esto es lo importante ahora— el enfermo lo sabe [26].

Así considerado el «aparato», tal es el nombre que habitualmente se da a todos ellos, cumple la función de aumentar la confianza del enfermo en la medicina, y por consiguiente en la persona de quien con tales recursos le explora y trata. No pocos pacientes,y no siempre intelectualmente rudos, se entregan con mayor confianza previa a los médicos y a las clínicas que disponen de muchos «aparatos». Nada hasta aquí es extraordinario, nada se aparta de lo que debe ser. Puesto que el instrumento técnico amplía las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del médico, nada más natural que esa actitud del enfermo ante él.

[26] Es posible que en este momento reaparezca en la mente del lector un reparo surgido en ella al leer páginas anteriores. Las vías para la comunicación entre el médico y el enfermo son, he dicho, la mirada, la expresión verbal *lato sensu*, el contacto manual y la relación instrumental; y ahora añado que los instrumentos médicos prolongan y afinan los ojos y las manos del médico. A la vista de esto, alguien podrá preguntarse: «¿Y el oído del médico? ¿Es que el médico no oye del enfermo más que sus expresiones paraverbales, sus palabras y sus silencios? ¿No son «sonidos», acaso, los que provoca la percusión de un tórax o recoge el estetoscopio?» Sonidos, son, es verdad, y por el oído se perciben; pero el médico los oye para «ver» mediante ellos el estado anatómico del pulmón o del corazón subyacentes a la pared torácica que percute o ausculta. Son, por tanto, vehículos indirectos de la «mirada» del médico. Tal es la razón por la cual Laennec, varias veces he insistido en ello, dio el nombre de «estetoscopio» (*stéthos*, pecho, *skopein*, mirar, observar, ver) al aparato acústico por él inventado. Sólo los aparatos que sirven para oír mejor las expresiones sonoras verbales y paraverbales del enfermo —por ejemplo, un magnetófono muy sensible—, sólo ellos ofrecen al médico un sonido que por referirle mentalmente a la intimidad del sujeto explorado no puede ser reducido a pura «visión».

Acaece, sin embargo, que esta consideración racional del instrumento técnico puede ser, y lo es con frecuencia, utópicamente distendida, tanto en el enfermo como en el médico. La utopía del enfermo se refiere en ocasiones al presente (los aparatos del médico pueden verlo *todo*), y en otros casos al futuro (el progreso científico permitirá pronto, en orden al diagnóstico y al tratamiento médicos, hacerlo *todo*). Naturalmente, la utopía del médico no puede referirse al presente: él conoce —o debe conocer— los aparatos que maneja, y se halla al tanto de sus posibilidades y sus límites. Pero, como al comienzo indiqué, no es hoy infrecuente que una estimación utópica de las posibilidades técnicas del hombre ponga en su alma la creencia más o menos ilusionada en la accesibilidad de ese *todo* a que la utopía del paciente se refiere, y por lo tanto en un acercamiento más o menos rápido hacia su logro.

Tal creencia, ¿puede ser indiferente, cuando de hecho existe, respecto de la relación entre el médico y el enfermo? La esperanzada tensión del paciente extremará, para bien y para mal, su confianza en el médico; para bien, porque siempre es médicamente bueno que el enfermo confíe; para mal, porque esa confianza tiene como término un futuro aleatorio, muchas veces decepcionante, y porque no se proyecta tanto hacia la persona del terapeuta (esto es, hacia un ser de carne y hueso que conoce los recursos de su arte y es, por añadidura, *vir bonus*), como hacia las posibilidades de «la ciencia» que a través de la persona del médico llega hasta él (es decir, hacia una instancia invisible, munífica y en cierto modo trascendente a él y al médico). La utopía del médico, por otra parte, conducirá a éste a concebir su relación con el enfermo como un trámite enteramente impersonal y puramente instrumental. En las páginas iniciales de este libro mencioné la visión entre utópica e irónica del «médico del futuro» en un libro de Kötschau y Meyer publicado hace decenios. Mucho más recientemente, F. Paycha, seducido por las fabulosas posibilidades que la cibernética ofrece a la inteligencia del hombre, aspira a resolver íntegramente mediante el cerebro electrónico el problema del diagnóstico [27]. No pretendo negar lo mucho que la actual cibernética —y las técnicas de control y cálculo que tras ella vengan— pueden hacer y sin duda harán en orden al diagnóstico clínico; pero, por las razones que luego expondré, pienso que éste, y más, si cabe, el tratamiento, exigen constitutiva y necesariamente para su perfección una relación directa

[27] F. Paycha, *Cybernétique et consultation* (París, 1963).

y personal entre el médico y el enfermo. En suma: el instrumento técnico es mucho para el médico, y todo hace pensar que su importancia irá creciendo en el futuro; mas para un clínico que quiera practicar rectamente la medicina, nunca podrá serlo *todo*.

En las líneas precedentes va implícita la aserción de que el instrumento médico puede en ocasiones ser para el paciente —no para el médico, claro está— un *recurso mágico*. Esto es: un objeto que manejado por quien está iniciado en sus secretos, por lo tanto «ritualmente», puede conceder todo lo que de él se espera. Más de una vez ha sido señalada esta secreta estimación mágica de la ciencia en buena parte del mundo actual, y no sólo en los países y medios sociales a que suele darse el nombre de «subdesarrollados». Muy certera y agudamente la apuntó entre nosotros, hace ya años, J. J. Barcia Goyanes [28]. Apenas será necesario decir que la relación médica se corrompe en su misma esencia en cuanto las operaciones que la integran dejan de tener carácter «técnico» y por vía de creencia supersticiosa adquieren carácter «mágico».

La visión psicoanalítica de la relación entre el médico y el enfermo ha conferido a veces carácter de *objeto simbólico* al instrumento exploratorio o terapéutico. Este no es para el enfermo sólo un recurso técnico; significa o simboliza además una realidad distinta de la suya, bien por razón de su forma (interpretación fálica, más o menos consciente, del estetoscopio), bien por razón de su función (constricción envolvente del brazo por el manguito del esfigmomanómetro). La interpretación fálica del estetoscopio fue descrita ya hace tiempo (1911) por E. Jones. Por su parte, J. P. Valabrega, en un libro reciente [29], ha introducido metódicamente este elemento significativo en el estudio de la relación médica. Naturalmente, no creo que esto sea lo decisivo en dicha relación; pero en determinados pacientes neuróticos no puede carecer de importancia la ingénita y permanente capacidad simbolizadora del alma humana. Esperemos lo que acerca de ello nos vaya diciendo una investigación metódica y rigurosa de la realidad.

Con ello no se agotan las posibilidades del instrumento técnico en orden a la relación médica. A veces el instrumento será también, ya lo indiqué, *muro de separación* entre el clínico y el enfermo. Hay enfermos especialmente menesterosos de contacto personal con el terapeuta; y si

---

[28] «El sentido de la enfermedad», en *Pensamiento médico y moral profesional* (Instituto Médico Valenciano, Valencia, 1941), págs. 67-80.

[29] J. P. Valabrega, *La relation thérapeutique* (París, 1962).

éste, en tales casos, lo fía todo al aparato o tras él se escuda —no olvidemos que la exploración instrumental es en ocasiones para el médico un recurso para disimular su insuficiencia técnica—, no será infrecuente que el aparato se convierta en causa de incomunicación. Con lo cual la relación médica quedará, desde su mismo comienzo, muy honda y gravemente dañada.

* * *

A través de la mirada, de la expresión verbal *lato sensu*, del contacto manual y de la relación instrumental, médico y enfermo se comunican en cuanto tales entre sí, uno como «persona enferma», otro como «persona capaz de prestar ayuda técnica»; los dos, por tanto, como «personas». Con ello queda constituido el fundamento específico de su mutua relación; fundamento que en el caso para nosotros canónico, y sin mengua de sus diversos condicionamientos económicos y sociales, es la versión médica de la amistad entre hombre y hombre, la «amistad médica». ¿Cómo esta recién nacida amistad se realiza y manifiesta a través de los distintos momentos que integran aquella relación: el afectivo, el noético o cognoscitivo, el operativo y el ético-religioso? ¿Cómo lo que siempre puede y debe ser «amistad médica» no llega a existir en ciertos casos y se corrompe en otros? ¿Cuáles son las instancias históricas y sociales que hoy condicionan, favoreciéndola unas veces, dificultándola otras, esa deseable «amistad técnica» entre el terapeuta y el enfermo? Los capítulos sub siguientes irán dando mi respuesta.

CAPITULO IV

EL MOMENTO AFECTIVO DE LA RELACION MEDICA

Desde el momento mismo en que un hombre se encuentra con otro, entra con él en una vinculación a la vez unitaria y diversa. Es unitaria tal vinculación, porque el hombre es radicalmente *uno*, individuo viviente y personal, con lo cual todos sus actos, hasta los más ocasionales y especializados, no son sino realizaciones y expresiones de esa radical *unidad* suya; lo es, además, porque el término de toda relación interhumana, aunque quienes se encuentran no se lo propongan, es siempre la constitución de una *unitas duplex* amistosa o enemistosa, bajo forma de «dúo», «díada» o «cuasi-díada». Pero cuando la unidad reviste el carácter que los filósofos llaman «integral», comporta por definición la diversidad y posee una estructura compuesta de partes material y operativamente diversas [1]. Tal es el caso de la unidad sustantiva del individuo humano y el de la unidad intencional —y real— del encuentro. En todos sus actos plenariamente humanos, el hombre percibe, siente, expresa, entiende y obra; y así, sin mengua de la unidad integral que como tal acto humano posee, el encuentro se realiza diversificándose en una serie de acciones perceptivas, afectivas, expresivas, intelectivas y operativas. Cuando se me acerca otro hombre, le veo, siento grata o ingratamente lo que ese encuentro significa para mí, expreso de uno y otro modo este sentimiento, entiendo más o menos lo que el otro es para mí y respondo con algún acto, aunque sea el mínimo de mirarle o no mirarle, al hecho de haberme encontrado con él.

Esto es lo que, en su orden, acontece en la relación médica. Médico

[1] Zubiri nos dice —reformando decisivamente la doctrina tradicional— que la unidad del individuo humano no es «sustancial», sino «sustantiva» y «esencial». Diversas sustancias se unen en él, integradas en una unidad de orden superior, la unidad de su «sustantividad».

y enfermo se encuentran entre sí; y desde el momento mismo en que ese mutuo encuentro suyo se ha producido, la unidad de su relación —la cuasi-díada que uno y otro constituyen— se va realizando y expresando en una serie de acciones y estados de orden intelectivo (médico y enfermo se ven y se entienden), afectivo (sienten de un modo u otro en su alma la realidad de su encuentro) y operativo (hacen algo uno respecto del otro; el médico explora y prescribe, el enfermo coopera en la exploración y en el tratamiento). Más aún cabe decir: en la relación médica, como en cualquier otra actividad humana, no hay acciones *puramente* intelectivas, afectivas y operativas. Al ver y entender, quedo afectado por lo que veo y entiendo y respondo de algún modo a eso que veo y entiendo, y así en los demás casos. Debe decirse, pues, que los diversos actos de la relación interpersonal son *preponderantemente* intelectivos, afectivos u operativos. No parece concebible en el individuo humano un estado sentimental en que no haya, en una u otra medida, intelección *stricto sensu* y respuesta.

Vengamos ahora al tema propio de este capítulo: el momento afectivo de la relación médica. ¿Qué afectos produce en el alma del médico y en la del enfermo su mutua relación? Con más precisión: ¿cómo se realiza afectivamente en uno y otro la cuasi-díada que ambos constituyen? Sabiendo muy bien que mi respuesta es a la vez parcial (porque son muy frecuentes los casos que no se ajustan a ella) e insuficiente (porque la fórmula por mí empleada exige con urgencia no pocos desarrollos y complementos), repetiré de nuevo lo que ya varias veces he dicho: cuando la asistencia médica es lo que debe ser, el vínculo que entre sí une al terapeuta y al enfermo es el amor, un amor especificado como «amistad médica». Por lo que al médico atañe, recuérdese la máxima de los *Praecepta* hipocráticos relativa a la *philanthrôpía* o —ya desde una visión cristiana de la actividad terapéutica— el texto de Paracelso que figura al frente de las páginas de este libro: «El más hondo fundamento de la medicina es el amor». Por lo que toca al enfermo, apelaré de nuevo a la sentencia del *Lisis* platónico y al texto de Séneca que acompaña a ese Paracelso. En la relación médica canónica o ideal, médico y enfermo son médicamente amigos entre sí.

Sabemos también que la manera de realizar y vivir esa amistad es y tiene que ser muy distinta en cada uno de los dos «amigos». En el médico es, ante todo, buena voluntad —por tanto, voluntad eficaz— de ayuda técnica; en el enfermo, confianza, entrega confiada a la operación

del médico. Pues bien: ¿qué afectos corresponden a cada uno de esos dos modos de la amistad médica? ¿Cómo es afectivamente vivida por el médico su voluntad de ayuda técnica, cómo por el enfermo su confianza en quien le atiende? Tal es la cuestión central de este capítulo. Trataré de responder a ella estudiando sucesivamente tres cuestiones: las formas cardinales de la correcta vinculación afectiva entre médico y enfermo, la relación entre amistad médica y transferencia y los principales modos incorrectos o viciosos de esa vinculación.

I. Veamos en primer término las diversas *formas cardinales de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo*, cuando la relación entre ambos se aproxima más o menos al modo que venimos considerando canónico o ideal.

Una cuestión previa: esa vinculación afectiva ¿existe siempre? ¿Puede darse sin ella una genuina relación médica? Ciertamente, es posible la existencia de casos extremos en que la vinculación entre médico y enfermo no llega a producirse. Imaginemos que un cirujano es requerido para asistir a un enfermo estuporoso. Le explora, descubre en él una afección que exige una intervención quirúrgica urgente, le opera satisfactoriamente y confía los cuidados postoperatorios a técnicos auxiliares. El paciente, en tal caso, ha sido diagnosticado y tratado con acierto y eficacia sin que entre él y el terapeuta se haya producido una relación verdaderamente interhumana. Otra posibilidad: el enfermo da cuenta epistolar de su dolencia a un médico que no conoce. Este acepta la consulta, solicita tal o cual análisis complementario, diagnostica atinadamente y prescribe el oportuno tratamiento. ¿Puede en tal caso decirse que se ha establecido una real vinculación afectiva entre la persona del paciente y la del médico? Evidentemente, no.

La técnica médica actual permitirá no pocas veces al médico diagnosticar con certidumbre y tratar con buen éxito al enfermo sin un contacto directo e inmediato con él. Pero, salvo en estos casos o en otros análogos, la vinculación afectiva entre ambos es regla constante. Entre las varias formas que esta vinculación adopta en la práctica clínica, ¿cuáles son las que un criterio mínimamente exigente puede estimar correctas? A mi juicio, estas tres: la camaradería médica, la transferencia no viciosa y la amistad médica *stricto sensu*. Examinemos brevemente la estructura de cada una de ellas.

Llamo *camaradería médica* a la vinculación que se establece entre el

terapeuta y el paciente cuando uno y otro persiguen la salud de este último como un bien puramente objetivo; prescindiendo deliberadamente, por tanto, de cuanto en el diagnóstico y el tratamiento pueda ser «íntimo» o, en el sentido más fuerte del vocablo, «personal». Supongamos a título de ejemplo que un representante típico del modo de ser hombre que David Riesman ha llamado *inner-directed* (intradirigido, dirigido en su conducta por sí mismo y desde dentro de sí mismo) [2], padece una enfermedad cualquiera. En la medida en que esto es posible al ser humano, el enfermo es ahora un hombre consciente de sí mismo y seguro de su propia persona: conoce perfectamente sus fines, es dueño de los recursos que le permitirán alcanzarlos, gobierna con lucidez y firmeza su conducta, no comparte íntegramente con nadie el secreto de su intimidad personal. ¿Qué será para este hombre la salud? Evidentemente, la libre y cómoda disposición de su propio cuerpo para el logro de las metas que él mismo ha propuesto a su vida; por consiguiente, un bien instrumental y objetivo, no muy distinto, a la postre, del que para el automovilista es la integridad funcional del automóvil que conduce. ¿Qué será para él, en consecuencia, la enfermedad? Antes que cualquier otra cosa, un desorden transitorio o definitivo del más central e indispensable de todos los instrumentos que exige la conquista de sus fines vitales: su propio cuerpo. Pues bien: si así siente y hace su propia vida, si esto es en su alma la enfermedad, el médico será para él, muy pura y exclusivamente, un técnico en la reparación de los desórdenes del cuerpo; y la relación con el médico, una leal cooperación para el rápido logro de la salud perdida. Si el médico es lo que de él espera, nuestro hombre quedará, sin duda, afectivamente vinculado a su persona; pero esta vinculación —la propia de la camaradería médica que entre ambos se ha establecido— no pasará ordinariamente de ser la afectuosidad externa y conmutable que nos une con quien está prestándonos un servicio eficaz y oportuno.

El ejemplo anterior nos presenta la camaradería médica individual de la persona autosuficiente y escotera. Pero la camaradería médica puede también ser un ideal político y social. Imaginemos una sociedad en cuyo seno el individuo debe ajustar íntegramente su vida a los fines que le propone el Estado. Dentro de ella, la salud será tan sólo un bien al servicio de esos fines, y el médico, el funcionario encargado de cuidarla. ¿Qué

D. Riesman, *The Lonely Crowd* (2.ª ed., Yale University Press, 1953).

será en ese mundo la relación entre el terapeuta y el enfermo? De hecho, mil cosas distintas, porque la realidad del hombre, siempre más fuerte que todos los programas, no se sujeta por entero a ningún doctrinarismo; pero si el paciente y el médico quieren atenerse a los absorbentes ideales históricos de la sociedad y el Estado a que pertenecen, se relacionarán entre sí como colaboradores para la reconquista de una salud que por igual interesa al individuo y a la colectividad; por tanto, como puros camaradas. No creo que diferiría mucho de este esquema la doctrina de cualquier partido totalitario acerca de la relación médica. La Alemania nacional-socialista, por ejemplo, mostró con terrible claridad hasta dónde puede llegar un Estado para el cual la salud y la pureza racial de sus miembros no son otra cosa que «bienes públicos».

Bien distinto es el caso de la *transferencia*. Como todos saben, esta palabra traduce muy correcta y expresivamente el término alemán *Uebertragung*, con el cual Freud designó la peculiar relación afectiva que en el curso de la cura analítica suele establecerse entre el paciente y el médico. Páginas atrás transcribí el breve texto de *Studien über Hysterie* (1895) en que por vez primera es descrito el fenómeno de esta vinculación. Desde el comienzo mismo de su actividad psicoterapéutica, tanto Breuer, cuyo *rapport* sugestivo era muy acusado, como el propio Freud, observaron que en las pacientes aparecían inequívocos signos de inclinación erótica hacia la persona del médico. Perturbado por este hecho, el honrado y pacato Breuer cortó el tratamiento y abandonó para siempre el naciente psicoanálisis [3]. Freud, en cambio, supo aliar el decoro moral con la curiosidad científica, advirtió la significación psicológica del fenómeno y logró hacer de él uno de los más importantes sillares de la terapéutica y la doctrina psicoanalíticas.

Tal vez valga la pena recoger ordenadamente las primitivas expresiones de Freud acerca de la transferencia. A cuatro puntos principales pueden ser reducidas:

1.º La relación analítica determina con gran frecuencia en las pacientes —más tarde se dirá: siempre— la aparición de sentimientos de carácter erótico, orientados hacia la persona del médico y vividos unas veces bajo forma de atracción y otras bajo forma de hostilidad. La enferma, a veces, «es presa del temor a quedar ligada con exceso a la per-

[3] Véase la «Historia del movimiento psicoanalítico» en S. Freud, *Obras Completas* II (Madrid, Biblioteca Nueva, 1948).

sona del médico, perder su independencia con respecto a él o incluso llegar a depender de él sexualmente», y en otros casos «se atemoriza al ver que transfiere a la persona del médico representaciones desplacientes emergidas durante el análisis». Todo esto sucede al margen de la voluntad de la enferma, y a veces contra ella [4].

2.º La transferencia presupone en el enfermo honda confianza en el médico, y el buen observador logrará descubrirla «en toda actividad médica que exija una estrecha colaboración con el enfermo y tienda a una modificación de su estado psíquico». Pertenece, pues, a la estructura de la relación entre el médico y el enfermo, cuando ésta es algo más que exploración objetiva y escueta prescripción de fármacos.

3.º La transferencia es determinada, en principio, por la cura analítica en cuanto tal; pero su aparición depende en buena medida del «interés personal del médico hacia el enfermo», de «la simpatía que el caso le inspire» y de su «autoridad» respecto del paciente. Operando sobre la situación que el análisis psíquico por sí mismo crea, la acción conjunta de esas tres instancias —interés, activa simpatía y autoridad personal del médico— da siempre lugar al fenómeno de la transferencia. El médico, en tal caso, es a la vez *esclarecedor* de la conciencia del paciente («cuando una ignorancia ha engendrado en éste un error»), *maestro* de su vida (esto es, «representante de una conciencia universal más libre y reflexiva») y, en cierto modo, *confesor* de sus problemas íntimos (porque «con la perduración de su interés y de su respeto después de la confesión del enfermo, ofrece a éste algo semejante a una absolución»).

4.º La significación y el mecanismo de los fenómenos de transferencia —inicialmente observados, como he dicho, en el tratamiento psicoanalítico de enfermas neuróticas— se hallarían integrados por los siguientes momentos: *a)* Esos fenómenos son para la paciente, en cierto modo, una «compensación»: la colaboración con el analista exige de ella confidencias íntimas, y de ordinario «se convierte en un sacrificio personal, que ha de ser compensado con un sustitutivo cualquiera de carácter sentimental». Lo cual, claro está, no quiere decir que el médico

[4] Estos textos proceden de los *Studien über Hysterie* («La histeria», *Obras Completas*, I, 104-130). Más tarde escribirá Freud: «El hecho de la transferencia cariñosa u hostil, de franco carácter sexual, emergente en *todo* tratamiento analítico, a pesar de no ser deseada ni provocada por ninguna de las dos partes, me ha parecido siempre la prueba más irrefragable de que las fuerzas impulsoras de la neurosis tienen su origen en la vida sexual» («Historia del movimiento psicoanalítico», *Obras Completas*, II, 891-892).

deba ceder a los requerimientos expresos o velados de ese erotismo transferencial: «El interés terapéutico y la paciente amabilidad del médico —escribe Freud— bastan como tal sustitutivo». *b)* Psicológicamente, la transferencia consiste en la proyección de antiguas y más o menos olvidadas experiencias eróticas, casi siempre infantiles, sobre la persona del médico. No se trata de que el médico sea personalmente atractivo para la paciente, sino de que ésta «transfiere» a su persona —sólo por el hecho de ser «psicoterapeuta» y «persona de otro sexo»— actitudes que alguien había suscitado en ella años antes, y que la cura analítica va poco a poco haciendo conscientes. De ahí que la reviviscencia de tales actitudes sea unas veces la atracción y otras la hostilidad, y que el mecanismo de la proyección transferencial sea en definitiva un «falso enlace» *(falsche Verknüpfung)* en el alma de la enferma. *c)* Desde el punto de vista de la eficacia del tratamiento, la transferencia comienza siendo perturbadora y —si el terapeuta se conduce adecuadamente frente a ella— acaba siendo favorable. Más aún: el buen éxito del tratamiento psicoanalítico requiere la previa existencia de una relación transferencial entre el paciente y el médico. La transferencia, dice textualmente Freud, ya en 1895, «es condición indispensable para la resolución del problema».

La ulterior obra de Freud ampliará, confirmará e interpretará teóricamente estos hallazgos iniciales. No puedo seguir aquí paso a paso el desarrollo del pensamiento freudiano acerca de la transferencia [5]. Diré tan sólo que ésta llegará con el tiempo a convertirse en la pieza central del tratamiento psicoanalítico —el manejo de la transferencia es «la parte más difícil e importante de la técnica analítica», en expresión del propio Freud [6]—, y que junto a ella será descrito el fenómeno complementario de la «contratransferencia» o «transferencia recíproca» *(Gegenübertragung)*, la reviviscencia de situaciones transferenciales en el alma del terapeuta como consecuencia de la cura analítica y la consecutiva proyección de éstas sobre la persona del paciente [7]. «No debe

[5] Puede leerse una detallada exposición de ese desarrollo en los siguientes estudios: D. Lagache, «La Doctrine Freudienne et la Théorie du Transfert», *Acta Psychoth. Psychosom. et Orthopaed.*, 2, 1954; M. Steinbach, «Die Uebertragung, Geschichte und Entwicklung einer Theorie», *Psyche*, VII (1953), 6-25, y G. Bally, *Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds*, págs. 24-27 y 221-224.

[6] «Selbstdarstellung» (*Gesammelte Werke* XIV, 69); en castellano, «Autobiografía», *Obras Completas*, II, 937.

[7] Parece ser que la palabra *Gegenübertragung* aparece por vez primera en una carta de Freud a Ferenczi (6 de octubre de 1910). Véase E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud* (New York, 1955), vol. II.

creerse —escribe Freud, ya en la plena madurez de su persona y su doctrina— que el análisis crea la transferencia y que ésta sólo aparece en él. Por el contrario, el análisis se limita a revelar la transferencia y a aislarla. Trátase de un fenómeno genéricamente humano, que decide el éxito de toda influencia médica y que domina, en general, las relaciones de la persona con las que la rodean» [8].

Cuando en el apartado subsiguiente ponga en contraste la transferencia psicoanalítica con la amistad médica indicaré la interpretación que a mi juicio debe darse de aquélla. Sea una u otra tal interpretación, algo, sin embargo, resulta indudable: la pertenencia de la relación transferencial al nervio mismo de la relación médica. Como la camaradería médica, la transferencia no viciosa —lo dicho basta para advertir que de ella puede haber modos viciosos— es, sin duda, una de las formas correctas de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo.

En la camaradería médica, la vinculación afectiva con el terapeuta es a la vez leve, superficial e impersonal: el paciente se halla afectivamente vinculado con «tal médico» sólo en cuanto éste es «médico eficaz». En la transferencia, la afección del enfermo al médico es intensa, y por serlo se halla instintivamente coloreada: en la vida del hombre no puede haber «intensidad» sin «conmoción instintiva» [9]. ¿Quiere esto decir que la transferencia psicoanalítica *pura* —más precisamente, la transferencia que describe la doctrina psicoanalítica— es una vinculación «personal», en el sentido propio de este término? Cuando Freud habla de una «relación con la persona del médico», ¿está afirmando que la vinculación transferencial del paciente se refiere a «tal médico» precisamente «por ser él *quien* es»? Indudablemente, no. En su forma *pura* —al margen, por tanto, de toda posible complicación de carácter genuinamente «personal»— la transferencia se establece con el médico por ser éste «psicoterapeuta» y «persona de otro sexo», no por ser «tal persona». Concluiremos, pues, que la vinculación afectiva de la transferencia es a la vez intensa, instintiva e impersonal, aunque de hecho haya de establecerse con determinada persona. ¿Será «personal», en cambio, la amistad médica? Lo veremos en el apartado próximo. Pero, cualquiera que sea la respuesta, lo cierto desde ahora es que entre la camaradería

---

[8] «Autobiografía», *Obras Completas*, II, 937.

[9] El lector procurará no confundir «intensidad» con «profundidad». Hay fenómenos psíquicos intensos y superficiales, como los hay profundos y sutiles y, por supuesto, intensos y profundos.

médica y la transferencia hay un amplio dominio intermedio, en el cual —sin mengua de su posible diferencia cualitativa— la afección del enfermo hacia el médico es más intensa que en aquélla y menos intensa que en ésta. Para él propongo el nombre de *amistad médica* en sentido estricto.

No es difícil percibir su existencia real. Imaginemos la relación que se establece entre un enfermo crónico —un ulceroso de estómago, un hipertenso, un migrañoso— y su médico de cabecera. El médico, en tales casos, ve con frecuencia al paciente; y si es «médico» cabal —esto es: si hay en él amor a su oficio, buena formación técnica, sensibilidad para el vivir humano y entusiasmo terapéutico—, conocerá la vida del enfermo, frecuentemente por modo de confidencia, inventará para él proyectos vitales, le ayudará a realizarlos, convivirá su experiencia íntima de la enfermedad y sus esperanzas de nueva salud; en una palabra, establecerá con él, y precisamente en el orden médico, una verdadera relación amistosa, una genuina amistad «médicamente» especificada. Pronto veremos en qué consiste tal relación, en cuanto vinculación afectiva. Por el momento, basta la sumarísima descripción que precede para advertir que esa «amistad» es notoriamente distinta de la camaradería médica (porque en ella hay verdadera participación «personal», y no sólo externa cooperación «objetiva») y de la transferencia psicoanalítica (porque, al menos a primera vista, no lleva consigo la aparición de fenómenos de carácter erótico).

Camaradería médica, transferencia y contratransferencia, amistad médica en sentido estricto: tales son las formas correctas de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo. Llamando «filantropía», con el autor de los *Praecepta* hipocráticos, al fundamento genérico o humano de la actividad clínica, cuando ésta es lo que técnica y éticamente debe ser, diremos que la «camaradería», la «contratransferencia» y la «amistad» son las tres especificaciones afectivas cardinales de esa fundamental filantropía del terapeuta, los tres modos básicos de su peculiar «amor al hombre» y del «amor a tal hombre» en que ese hábito de su alma se manifiesta. Todo lo demás es vicio técnico y ético, corrupción habitual u ocasional de la relación entre el médico y el enfermo. Mostraré sinópticamente los principales tipos que en la práctica actual reviste tal corrupción. Mas no debo hacerlo sin examinar antes una cuestión tan grave como ineludible. Es preciso saber, en efecto, si esas tres formas cardinales de la filantropía médica son especies *puras* de ésta

—por tanto, situaciones afectivas netamente distintas entre sí, desde un punto de vista cualitativo— o si, por el contrario, es posible descubrir la existencia de una continuidad *real* entre ellas.

II. Nuestra indagación debe ceñirse a dos puntos principales: ¿Puede existir entre el terapeuta y el enfermo una buena camaradería médica que en alguna medida no sea verdadera amistad? ¿Qué relación existe entre la amistad médica y la transferencia?

1. En cuanto tipos abstractos y puros —por tanto, en un orden ideal-conceptual—, la camaradería y la amistad médicas son modos de la relación médico-enfermo netamente distintos entre sí. Pero el «caso real», aquél cuyo contenido no se halla determinado por la abstracción, sino por la siempre diversa y compleja realidad empírica, ¿puede alguna vez ser simple concreción individual de un «tipo puro»? En términos generales, no parece imposible la existencia de una camaradería *pura*. No otra cosa es, por ejemplo, la mutua relación de buena voluntad entre dos miembros fanáticos de un partido político totalitario. A éstos sólo les vincula entre sí algo que para ellos es un bien, la conquista de los fines políticos del partido y su común amor hacia éstos; en definitiva, su esforzada y armoniosa cooperación en el logro de una meta estrictamente objetiva. Igualmente posible será, apurando las cosas, la existencia real de una *pura* camaradería médica. Si médico y enfermo son, como en el ejemplo precedente, miembros fanáticos de un partido político totalitario, su relación diagnóstica y terapéutica quedará informada, en principio, por la idea que de la salud humana proponga la doctrina de ese partido.

Bien. Todo esto es posible, y, en ocasiones, real. ¿Puede, sin embargo, ser frecuente? ¿No hay algo en la naturaleza de las cosas —más precisamente, en la naturaleza del hombre— que relega esa eventual realidad al dominio de la excepción? Sin duda. Cuando el fin de la cooperación es estrictamente político, la «camaradería pura» de los miembros de un mismo partido totalitario puede darse con alguna frecuencia, porque el bien objetivo a que esa cooperación tiende es en sí y por sí mismo un *bien para todos*. La salud individual, en cambio, es ante todo un *bien para el individuo* que como «suya» la disfruta y usa, y sólo una aberración mental y ética llevará a pensar y sentir que ese «ante todo» puede en el caso de la salud aplicarse a la sociedad o al Estado. «Recaudador de contribuciones» o «agente de la circulación» puedo y debo serlo *ante todo*

para la sociedad y el Estado; «hombre sano» lo soy y debo serlo *ante todo* —sin mengua de las obligaciones sociales y políticas que mi salud me imponga— para mí mismo [10]. Y si la salud por la cual el médico se esfuerza es ante todo un bien para la persona del enfermo, ¿podrá no verlo así quien practique la medicina sin un fanatismo político cerrado e invencible? No lo creo, y la realidad de la asistencia médica en los países socialistas [11], ratifica ampliamente esta creencia mía. Podemos formular, en suma, la siguiente conclusión: aunque doctrinariamente piense el médico que su vinculación con el paciente puede y debe ser camaradería médica pura —con otras palabras: aunque su ideología haya echado por la borda la visión del individuo humano como «persona»—, la realidad misma del hombre hará que esa relación sea más o menos «amistosa»: el médico, en efecto, ejecutará su actividad técnica *para el paciente* —para él ante todo, aunque no sólo para él—, y el paciente confiará en la persona que *para él* ha puesto en ejercicio sus saberes técnicos y su buena voluntad. Más concisamente: *cuando el médico es lo que debe ser, su relación con el enfermo siempre será en mayor o menor medida «amistad médica», aunque uno y otro traten de reducirla a ser pura «camaradería»* [12].

2. Pasemos ahora al segundo punto: el problema de la *relación entre la amistad médica y la transferencia.* ¿Es posible una amistad médica sin transferencia, en el sentido psicoanalítico del término? ¿Es posible una transferencia psicoanalítica sin amistad médica, entendida ésta como genuina relación interpersonal?

La realidad y la teoría de la vinculación transferencial vienen siendo tema frecuentísimo de la investigación psicológica y terapéutica ulterior a la obra de Freud. No con el propósito de exponer agotadoramente la materia, sino con el más modesto de orientar al lector en la selva de la harto copiosa bibliografía —no siempre necesaria o útil— por ese

---

[10] Debajo de este problema está el más general que en nuestro tiempo tanto han discutido los «personalistas» (por ejemplo, E. Mounier) y los «biencomunistas» o doctrinarios del «bien común» (por ejemplo, M. de Corte). En él late, por otra parte, el drama o la tragedia de la colisión entre la «camaradería» o vinculación objetiva y política, y la «amistad» o vinculación interpersonal. Recuérdese *Les mains sales*, de Sartre.

[11] Por lo menos, en los europeos, comprendida entre ellos, claro está, la Unión Soviética. Véase lo que acerca del tema se dice en el cap. VIII de esta Segunda Parte. Sobre la relación médico-enfermo en la China de Mao-Tse-Tung no poseo información.

[12] Lo que he dicho acerca del «doctrinarismo socialista» —versión política de la «medicina dogmática» de Marañón— puede ser aplicado, *mutatis mutandis*, al «doctrinarismo individualista» del burgués *inner-directed*. También de éste acaba el médico siendo «amigo», aunque uno y otro se empeñen en ser puros «camaradas».

tema suscitada, ordenaré el vario y complejo pensamiento actual acerca de la transferencia bajo cinco rúbricas principales:

1.ª Elaboración más o menos original de las ideas del propio Freud, con una básica fidelidad a su *interpretación erótica del fenómeno de la transferencia.* Desde que la doctrina psicoanalítica logró, por obra de su fundador, madurez y difusión suficientes, el número de los trabajos y monografías que los discípulos directos o indirectos de Freud han consagrado al problema de la transferencia, ha ido creciendo en acelerada progresión. No contando las tempranas observaciones de K. A. Abraham (1907) y S. Ferenczi (1908), descuellan, a tal respecto, el libro *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*, de Ferenczi y Rank (1924), las comunicaciones de Sachs, Alexander y Rado al VIII Congreso Psicoanalítico Internacional (Salzburgo, 1924), las sucesivas publicaciones de H. Nunberg, desde *The Will of Recovery* (1926) hasta *Transference and Reality* (1951) [13], el *Charakteranalyse*, de W. Reich (1933), las ponencias de Glover, Fenichel, Jekel, Nunberg y Bibring en el Congreso de Marienbad (1936) y la sucesiva y discrepante elaboración del análisis infantil por Melanie Klein y Anna Freud. En esta línea «ortodoxa» del movimiento psicoanalítico hay que situar también los trabajos —ya posteriores a la Primera Guerra Mundial— de Alexander y su escuela *(Psychoanalytic Therapy*, 1946, y *Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment*, 1950), Silverberg (1948), Baudoin (1951), y Schehaye (1956) y tantos más, hasta llegar a los importantes y documentadísimos estudios de D. Lagache en *XIV^e Conférence des Psychanalystes de Langue Française* (París, 1951) y en el Congreso Internacional de Psicoterapia (Zurich, 1954) [14].

Una visión sinóptica de esta extensa y no siempre concorde bibliografía permite discernir en su contenido los siguientes rasgos: *a)* Aplicación más o menos sistemática de los conceptos centrales del psicoanálisis (libido y su desarrollo infantil, resistencia, repetición, relación de objeto, principios del placer y de la realidad, puntos de vista dinámico, económico y tópico, etc.) a la descripción y la interpretación de los fenómenos de transferencia. *b)* Progresivo esfuerzo por lograr una definición precisa de la transferencia. Los conceptos centrales —transferencia positiva y negativa, neurosis de transferencia— proceden del propio Freud.

---

[13] Ambas en el *Intern. Journal of Psychoanalysis*, de E. Jones.

[14] *Revue Française de Psychanalyse*, XVI (1952), núm. 1-2; *Acta Psychotherapeutica*, vols. 2 y 3 y supl. al vol. 3 (1954-1955). Más amplias indicaciones bibliográficas, en los trabajos de D. Lagache y M. Steinbach anteriormente citados.

Tras ellos deben ser destacados los de Lagache (distinción entre una transferencia «dinámica» y otra «espontánea» o «mecánica», y entre una neurosis de transferencia «nosográfica» y otra «técnica»). *c)* Discrepancias en torno a la naturaleza psicológica y al mecanismo de la relación transferencial: carácter más bien afectivo (tesis tradicional) o más bien perceptivo (Nunberg) de esa relación, papel del impulso de repetición en su génesis, etc. *d)* Convicción cada vez más extendida de la no-espontaneidad de los fenómenos de transferencia: estos serían inmediatamente desencadenados en el paciente por obra de la situación psicoanalítica. *e)* Discusión acerca del papel que la regresión transferencial desempeña en la curación de la neurosis: no pocos autores —casi todos, entre los analistas clásicos— consideran que la transferencia es *conditio sine qua non* para el buen éxito final del tratamiento; piensan otros, en cambio, que en ocasiones pueden ser un accidente nocivo. *f)* Extensión de la doctrina de la transferencia al análisis de las psicosis y necesidad consiguiente de elaborar nuevos conceptos descriptivos, como los de pretransferencia y transferencia-injerto (Schehaye).

2.ª Interpretación del fenómeno de la transferencia al margen de la concepción erótica vigente en el psicoanálisis «ortodoxo». Adler y los adeptos a su «psicología individual» pensarán que ese fenómeno —como en general, todos los pertenecientes a la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo— debe ser interpretado desde el punto de vista del *instinto de poderío*: frente al terapeuta, el paciente sería ante todo un desvalido, en el sentido más etimológico del término, y —buscando unas veces apoyo en el médico, sintiendo otras hostilidad hacia él— así lo expresará afectivamente su alma. Fiel a sus propias concepciones, Jung —en cuyos escritos varía no poco la importancia terapéutica atribuída a la transferencia—, refiere ésta al *inconsciente colectivo* en que se halla implantada el alma del enfermo, y la pone en relación mítico-simbólica con la *coniunctio* de los alquimistas, arquetipo, según él, de la conexión transferencial [15].

3.ª Concepción de la transferencia como un fenómeno de convivencia, y consecutiva interpretación genética del mismo desde el punto de vista de la «infantilización artificial» en que la situación psicoanalítica

---

[15] Véase *El yo y lo inconsciente* (trad. cast. Barcelona, 1936) y, sobre todo, *La psicología de la transferencia* (trad. cast., Buenos Aires, 2.ª ed. 1961), de la cual es antecedente necesario *Psychologie und Alchemie* (Zürich, 1944).

pone al paciente. Tal es el rasgo común de los trabajos de Ida Macalpine [16], P. Greenacre [17] y R. A. Spitz [18]. La situación psicoanalítica coloca artificialmente al enfermo en la situación del lactante; por tanto, en una etapa de la vida previa a la constitución de las «relaciones de objeto»—según el sentido psicoanalítico de la expresión— o muy incipiente en el desarrollo de tales relaciones. El enfermo yace cómoda y relajadamente sobre el diván sin ver al analista, oyéndole poco y de tarde en tarde, hablando al vacío; en definitiva, sin «objetos». Más aún, se exige de él que hable sin inhibiciones ni reservas de todo cuanto venga a su conciencia; otra analogía formal con la conducta expresiva del lactante. Tiene en su alma, por consiguiente, la sensación entre liberadora y humillante de ser un niño ante la persona del médico. Nada sabe de la vida personal de éste; con lo cual la figura del analista aparece ante él misteriosa y potente, como la de los padres ante el niño en las primeras fases de su desarrollo. Así instalado en el regazo materno-paternal —la «urdimbre primaria» de Rof Carballo—, el paciente se siente involuntariamente conducido hacia las fantásticas «relaciones de objeto» propias de la transferencia [19].

4.ª Cuidadosa elaboración del concepto de contratransferencia y atribución de una importancia creciente, en el proceso de la curación, a la realidad con esa palabra designada. Aunque el nombre y la primera descripción de la «contra-transferencia» procedan, como sabemos, del propio Freud, la idea que del papel del analista tuvo el fundador del psicoanálisis —regla de la «pasividad» del médico: éste debe conducirse, en principio, como una «pantalla neutral» respecto de las expresiones y movimientos del paciente— le impidió valorar debidamente la importancia de esa peculiar activación que en el curso del tratamiento experimenta el inconsciente del terapeuta [20]. El primero en reconocer y uti-

---

[16] I. Macalpine, «The Development of Transference», *Psychoanalit. Quarterly*, 19, 1950.

[17] P. Greenacre, «The Role of Transference», *J. American Psychoanalit. Assoc.*, 2, 1954.

[18] R. A. Spitz, «Uebertragung und Gegenübertragung», *Psyche* X (1956-1957), 63-81.

[19] Ya Freud —«Sobre la dinámica de la transferencia», 1912—, había hecho notar la decisiva importancia que en ésta posee la *imago* del padre, de la madre o del hermano,

[20] Me parece muy significativo el párrafo final de los *Studien über Hysterie*, de Freud: «Repetidamente he oído expresar a mis enfermos, cuando les prometía ayuda o alivio por medio de la cura catártica, la objeción siguiente: Usted mismo me ha dicho que mi padecimiento depende probablemente de mi destino y mis circunstancias

lizar terapéuticamente la importancia del fenómeno fue Sandor Ferenczi; pero sólo en estos últimos años ha llegado la contratransferencia a tener en la doctrina psicoanalítica general un puesto equiparable al que la transferencia venía teniendo en ella [21]. «Definimos la contratransferencia —dice René A. Spitz, resumiendo con acento personal el común sentir de A. Reich [22], M. Gitelson [23], Therese Benedek [24], H. Racker [25] y otros— como una parte de la relación del analista con su paciente. Es una de las instancias determinantes del clima afectivo de una relación analítica dada; es una reacción espontánea del analista a la personalidad del paciente. Sus manifestaciones son múltiples. La forma que adopta depende del modo como la personalidad del paciente en cuestión, su comportamiento y las expresiones de su transferencia actúan sobre la personalidad del analista, y del modo como éste reacciona a ellas. La reacción comienza con un proceso dinámico en el inconsciente del terapeuta. Este proceso se resuelve en formaciones inconscientes, que alcanzan expresión en la actitud del analista; actitud que, a su vez, produce modificaciones en la transferencia del paciente. De este modo se establece un proceso circular entre el analista y el paciente, que determina el clima analítico» [26]. La contratransferencia sería pues, *conditio sine qua non* del análisis y la curación (A. Reich). Su génesis es equiparable a la de la transferencia: una y otra suponen una regresión psíquica a la infancia; pero así como la regresión del enfermo es «anaclítica», menesterosa de apoyo, la del analista es «diatrófica», dispensadora de protección y sus-

---

personales. ¿Cómo, no pudiendo usted cambiar nada en ello, va a curarme? A esta objeción he podido contestar: No dudo que para el destino sería más fácil que para mí curarle, pero ya se convencerá usted de que adelantaremos mucho si conseguimos transformar su miseria histérica en un infortunio corriente. Contra este último podrá usted defenderse mejor con un sistema nervioso nuevamente sano» (*Obras Completas*, I, 130). Invisible para el enfermo, poco activo respecto de él, el psicoanalista freudiano vendría a ser un inteligente y sensible vehículo del «destino». La vieja doctrina de la *vis medicatrix naturae* —una fuerza, a la postre, «divina»— opera, *mutatis mutandis*, en el pensamiento de Freud.

[21] D. Orr («Transference and Countertransference. A Historical Survey», *J. Amer. Psychoanalit. Assoc.* 2, 1954) ha estudiado la historia de este reciente proceso.

[22] Annie Reich, «On Countertransference», *Intern. Journal of Psychoanal.* 32, 1951.

[23] M. Gitelson, «The Emotional Position of the Analyst in the Psychoanalitic Situation», *Intern. Journal of Psychoanal.*, 23, 1952.

[24] Th. Benedek, «Dynamics of the Countertransference», *Bull. Menninger Clinic*, 17, 1953, y «Countertransference in the Training Analyst», *ibidem*, 18, 1954.

[25] H. Racker, «Contribution to the Problem of Countertransference», *Intern. Journal of Psychoanal.*, 34, 1953.

[26] René A. Spitz, *op. cit.*

tento (Spitz). Por obra de la contratransferencia, el psicoterapeuta sería —en versión sublimada y capaz de libertad— el niño que se identifica con el papel del padre o de la madre. B. Wolstein [27], W. Snyder [28] y C. A. Seguín [29] han seguido subrayando la importancia terapéutica de la contratransferencia.

5.ª Extensión sistemática de los conceptos de transferencia y contratransferencia a la teoría de toda posible relación dilectiva entre hombre y hombre, comprendida entre ellas la amistad. Es preciso volver a los textos de Freud. Le hemos oído decir que la transferencia «es un fenómeno genéricamente humano, que decide el éxito de *toda* influencia médica y que domina, en general, las relaciones de la persona con las que la rodean». Años más tarde (*Das Unbehagen in der Kultur*, 1930), nombrará expresamente la amistad, y la interpretará como una forma bloqueada y sublimada de la transferencia. «El amor genital —escribe— conduce a la formación de nuevas *familias*; el amor inhibido en su objeto lleva a la creación de *amistades*, que son culturalmente valiosas porque no tienen las limitaciones del amor genital, por ejemplo, su exclusividad.» Más o menos sutilizada por la investigación ulterior, completada en todo caso con la metódica introducción de la contratransferencia, tal es, en esquema, la doctrina psicoanalítica acerca de la relación amistosa.

Pienso que este somero apuntamiento permite abordar con cierta precisión el problema de la relación entre la transferencia psicoanalítica —más exactamente: entre el círculo dinámico que constituyen, juntas, la transferencia y la contratransferencia— y la amistad médica *stricto sensu*. He aquí, por un lado, la relación transferencial entre un neurótico y su analista. He aquí, por otro, la amistad médica entre el cardiópata o el ulceroso y el clínico que les trata. ¿Qué relación hay entre una y otra forma de la vinculación entre el médico y el paciente? La «amistad médica», ¿es acaso la sublimación de la mínima transferencia que se estableció entre uno y otro, tan pronto como el enfermo pasó de ser ante el médico un corazón o un estómago lesionados, a ser, además, un individuo humano menesteroso y doliente? ¿O bien la «transferencia» es la conmoción instintiva que en su seno experimenta la realidad psicosomática del individuo humano, cuando la amistad alcanza en él intensidad suficiente? ¿No dijo Platón que cuando la *philía* se hace vehemente (*sphodrón: Leyes*, 837 ab)

[27] B. Wolstein, *Countertransference* (Grunne and Stratton, New York, 1959).
[28] W. Snyder, *The Psychotherapeutic Relationship* (New York, 1961).
[29] C. A. Seguin, *Amor y psicoterapia*, págs. 16-30.

se convierte en *érôs*? ¿No enseñó Aristóteles, por su parte, que el *érôs* es una exageración *(hyperbolê)* de la *philía* (*Eth. Nic.* 1158 a 11-12, 1161 a 12)?

Permítase condensar mi pensamiento en cuatro sucintas tesis.

1.ª Conceptualmente consideradas, la relación transferencial y la relación amistosa *stricto sensu* son dos modos de la vinculación interhumana cualitativamente distintos entre sí. La transferencia es un fenómeno instintivo. Su término —su «objeto», como con pleno acierto suelen decir los psicoanalistas— es, por tanto, una realidad genérica. La sed tiene como objeto, genéricamente, el agua; el instinto erótico del varón —lo diré con el Arcipreste de Hita—, la hembra placentera; el impulso anaclítico, el padre en cuanto tal o cualquiera que se comporte como padre; el impulso diatrófico, el hijo o quien haga sus veces. La amistad, en cambio, es un fenómeno personal. Su término, por consiguiente, no puede ser un «objeto», ni una realidad genérica; tiene que ser una realidad personal, una «persona»; más exactamente, «*tal* persona».

Lo mismo cabe decir en el caso de la relación médica. En la medida en que ésta es «transferencia», su término —su objeto— se halla constituído por *un* psicoterapeuta, para el paciente, y por *un* paciente, para el psicoterapeuta; esto es, por realidades humanas en principio conmutables. El paciente —tal es, por lo demás, la tesis del propio Freud— transfiere su tensión instintiva a la *persona medici* (al médico como «personaje», al modo típico de ser hombre que se individualiza en el terapeuta), y no a la *persona huius medici* (no al psicoterapeuta como «tal persona»). Por el contrario, en la medida en que la relación entre médico y enfermo es «amistad médica *stricto sensu*», su término es a la vez *un* médico y *tal* médico, para el paciente, y *un* paciente y *tal* paciente, para el médico. Vincúlanse, pues, en tal caso, la *persona medici* (el médico en cuanto médico) y la *persona huius medici* (el médico en cuanto *tal* médico), por un lado, y la *persona aegri* (el enfermo en cuanto enfermo) y la *persona huius aegri* (el enfermo en cuanto *tal* enfermo), por otro. El «personaje» típico (el médico en cuanto médico, el enfermo en cuanto enfermo) es asumido ahora por la «persona» singular e intranferible en que el «personaje» tiene su supuesto real.

2.ª Distintas conceptualmente entre sí, la relación transferencial y la relación amistosa se funden unitariamente, con preponderancia mayor de una o de otra, en la realidad óntica de la vinculación interhumana; es decir, en lo que real, efectiva y concretamente es cada una de las rela-

ciones entre un hombre y los demás. La vinculación amistosa tiene como fundamento genérico la «buena voluntad» del hombre, el buen empleo del libre albedrío de éste respecto de otra persona. Pues bien: así como la inteligencia humana es «inteligencia sentiente» (Zubiri), actividad intelectiva a cuyo ejercicio pertenece la condición psicofisiológica, orgánica, del sujeto que intelige, así también la voluntad del hombre es «voluntad sentiente», actividad volitiva unitariamente realizada y fundida con las tendencias en que se manifiesta la índole somática e instintiva del sujeto que quiere y ama. De lo cual resulta que la vinculación dilectiva entre hombre y hombre será en unos casos preponderantemente «amistosa» (según el sentido personal, interpersonal, de esta palabra), y preponderantemente «transferencial» (según el sentido psicoanalítico e instintivo del vocablo), en otros.

3.ª Cuando una relación preponderantemente amistosa e interpersonal se intensifica —cuando se hace vehemente (Platón) o hiperbólica (Aristóteles)—, pone en conmoción la estructura instintiva de la personalidad; con lo cual los fenómenos transferenciales, muy tenues y casi invisibles hasta entonces, ganarán fuerza y visibilidad. Tal es la razón de la cautela con que la mayor parte de las escuelas de la ascética cristiana suelen mirar la intensificación de las «amistades particulares».

Piénsese, a título de ejemplo, en el tratamiento de un asmático. Si éste es atendido por un internista «clásico» enamorado de su profesión, es seguro que se establecerá entre uno y otro —con el resultado terapéutico que sea— una «amistad médica *stricto sensu*». Pero si ese internista quiere dejar de serlo al modo «clásico» y decide someter a su paciente a una cura psicoterápica en regla, la relación entre ambos se hará más asídua e íntima, y —bajo una u otra forma— surgirán en esa relación fenómenos genuinamente transferenciales.

4.ª Cuando una relación preponderantemente transferencial e instintiva se depura y personaliza —con otras palabras: cuando, sublimándose, manifiesta en forma de *yo-tú* lo que venía existiendo en forma de *ello*—, su término pasa de ser «objeto» a ser «sujeto»; más exactamente, a ser «persona». No otra cosa es el tránsito del *amour-passion* stendhaliano al verdadero «amor personal». Esto es lo que en el orden médico acontece cuando, en su relación con el paciente, el psicoterapeuta sabe sublimar y utilizar diestramente los fenómenos de transferencia y contratransferencia. O bien, si se quiere más concreción técnica, cuando en el

tratamiento psicoterápico deja el médico de emplear el diván y recurre al coloquio cara a cara [30].

3. Así veo yo el delicado problema de la relación entre la amistad médica en sentido estricto y la transferencia. Pero lo dicho no sería enteramente comprensible, si a la breve descripción externa de la amistad que hice páginas atrás no añadiese ahora algunas precisiones acerca de su estructura y su consistencia.

Amistad *in genere* es un modo de la relación interhumana caracterizado por tres notas principales: la beneficencia, la confidencia y el gusto por la convivencia con una persona determinada [31]. Pues bien: sentado esto, ¿en qué medida puede ser llamada «amistad» la relación médica? Y si la relación correcta entre el médico y el enfermo es genéricamente «amistosa», ¿de qué modo será «médica» esa amistad?

Cuando el modo de la asistencia médica se aproxima más o menos al que venimos considerando canónico o ideal, el enfermo es «amigo» del médico. Todo paciente correcta y atentamente tratado no vacilaría en hacer suyas las palabras de Platón en el *Lisis* y de Séneca en *de beneficiis*. El problema consiste en saber cómo su amistad se especifica por el hecho de ser él enfermo. O bien, en términos más generales: cómo bajo especie de enfermedad puede un hombre ser verdadero amigo de quien médicamente le atiende.

El modo específico de la *amistad del enfermo con el médico* es la *confianza*. Desde su desvalimiento, el paciente confía en el médico, espera confiadamente en que éste le ayudará con alguna eficacia a reconquistar su salud. Nunca la esperanza del enfermo —como toda esperanza genuina— deja de ser ambivalente, nunca carece de una venilla de temor, no sólo a que la enfermedad «vaya mal», mas también a que «el médico no acierte». Su confianza, por otra parte, posee una estructura, en la cual se articulan e integran tres momentos distintos: confianza mayor o menor en las posibilidades de la medicina, y por tanto en el médico en cuanto tal; confianza mayor o menor en el médico que le atiende, en cuanto individuo que posee los saberes y las técnicas de la medicina vigente en aquel medio social; confianza mayor o menor en la persona de ese médico, en lo que

---

[30] Véase lo que acerca del tema se dice en el cap. VI de esta Segunda Parte.

[31] La amistad —he dicho en otra parte— es una comunicación amorosa de dos personas en la cual, para el mutuo bien de ambas y a través de dos modos singulares de ser hombre, se realiza y perfecciona la naturaleza humana. Algún día glosaré por extenso esta definición.

éste es como «persona». No será ocioso consignar que la confianza en la medicina ha adquirido en nuestro siglo un cariz muy peculiar. Además de ser más fuerte que en cualquier otro tiempo, porque a ello conduce la gran eficacia de los actuales recursos diagnósticos y terapéuticos, se halla explícitamente abierta a un «más allá temporal», a lo que unas horas, unos días o unos meses más tarde pueda conseguir el progreso de la ciencia y la técnica. La confianza en el médico, en cuanto representante de las ilimitadas posibilidades del «espíritu objetivo» —para decirlo en términos a la vez hegelianos y zubirianos—, es hoy uno de los ingredientes de la relación entre él y el enfermo [32]. Y no es infrecuente que por esta vía cobre a veces carácter mágico —algún momento «mágico» lleva consigo el prestigio social de la ciencia— la figura del terapeuta.

Verbalmente realizada, la confianza del enfermo toma forma de *confidencia*. Cuando su relación con él es correcta, el enfermo habla confidencialmente al médico; y no sólo al médico en cuanto tal, mas también —y aun sobre todo— a tal médico, a la persona singular del médico en quien confía. Poco importa ahora que la confidencia sea más o menos transferencial, en el sentido psicoanalítico de esta palabra; lo importante es que, aún siéndolo, el término a que se halla dirigida es a la vez *el* médico y *tal* médico; por consiguiente, que expresa una relación simultáneamente objetiva e interpersonal, «técnica» y «amistosa».

¿Puede hablarse de *beneficencia* en la relación del enfermo con el médico? ¿No suena a sarcasmo oir que aquél —el menesteroso, el doliente— hace un bien a éste, cuando con él se relaciona? [33] La verdad es que, en su relación con el médico, lo que el enfermo persigue es su propia salud: un bien natural, objetivable cuando intencionalmente se le sitúa en la esfera de *lo-en-mí*, subjetivo y personalísimo cuando se le siente y mira como parte de *lo-mío* y perteneciente, en todo caso, a la unidad psicofisiológica de su titular. Al logro de este bien se hallan ordenados los actos con que el enfermo participa en su relación con el médico. Pero así como el *philautos* aristotélico y el amante cristiano de sí mismo logran su

[32] A la «confianza personal» y a la «confianza técnica» ha venido así a sumarse una «confianza histórica». Cambia con ello el «amor al arte» del médico —ámase en él, su efecto, una empresa indefinida y asintótica: un «saber hacer» siempre abierto al futuro— y, en definitiva, el modo de su «amor al hombre», su filantropía. Buen tema de meditación para entender desde dentro la cultura del siglo XX.

[33] La «beneficencia» de que ahora hablo no tiene un contenido exclusivamente económico. El ingenio del lector —y más si éste no es médico— tiene aquí campo abierto a la ironía.

perfección procurando el bien de los demás —haciendo suyo el bien de los otros, haciendo de los otros su propio bien—, así también el «buen enfermo», si se me admite tal expresión, hace en alguna medida lo que como tal enfermo hace, para que *su* médico logre la satisfacción de haberle curado. Con lo cual su conducta es a la vez egoísta y altruista, persigue su propio bien y —amistosamente, con amor de benevolencia— el bien del otro. Quien no sea capaz de concebir esto, nunca entenderá la relación entre un enfermo y su médico, cuando ambos son personas moralmente exquisitas.

La *amistad del médico hacia el enfermo* debe ser, ante todo, voluntad eficaz de ayuda técnica; en definitiva, *beneficencia* técnicamente concebida y realizada. La salud del enfermo es para el médico un bien; de otro modo, no se esforzaría por conseguirla. Pero este bien lo es «para él» —debe serlo— de cuatro modos distintos: de un modo inmediato y egoísta, el restablecimiento del enfermo es para el médico el testimonio de una hazaña personal, un «éxito» profesional más o menos meritorio y una victoria técnica sobre el desorden de la naturaleza; en cuanto realidad objetiva y social, ese restablecimiento es un bien para la sociedad a que él como médico pertenece y sirve; desde un punto de vista caritativo o filantrópico, es el bien que se hace a un hombre menesteroso y doliente; en un orden estrictamente interpersonal —por tanto, amistoso, en el sentido más fuerte y propio de esta palabra— es, en fin, el bien de la singularísima persona del enfermo. En suma: el médico se constituye en verdadero amigo del enfermo ofreciendo a éste —no sólo *al* enfermo, también *a tal* enfermo— todo lo que él haya puesto en la empresa de devolverle el bien objetivo de la salud. Con ello, los cuatro términos del objeto formal *quod* de la amistad perfecta —*lo que* el otro es porque físicamente no puede dejar de serlo, *lo que* el otro puede físicamente ser, el *quién* que el otro es, el *quién* que el otro puede ser— [34] se hacen reales y patentes en la asistencia médica. Y así, aunque en la actividad del médico cabal haya y tenga que haber ingredientes técnicos (por tanto, objetivos y objetivantes) y contratransferenciales (orientados, por tanto, de manera genérica y objetiva), unos y otros quedan «personalizados» y, si vale decirlo así, «amicalizados», por su explícita referencia a la individual persona del paciente.

Más o menos personalizada, la beneficencia técnica del médico en su relación con el enfermo es sobremanera evidente. Mucho menos lo es su

---

[34] Véase en el cap. II de la Primera Parte el apartado «Idea cristiana de la amistad».

actividad confidencial. ¿Puede acaso decirse seriamente que la *confidencia* pertenece a la faena del médico? En cierto sentido, no: por vivos que en él sean los fenómenos de contratransferencia, el médico no debe comunicar nada verdaderamente personal —y mucho menos, íntimo— al paciente que trata. Pero sí debe hablarle acerca de él mismo —de su realidad, de sus problemas, de sus posibilidades y proyectos—, y tal comunicación será en ocasiones rigurosamente confidencial. No es éste el momento de discutir el alcance de lo que el médico puede y debe decir al enfermo [35]. Me importaba tan sólo poner de manifiesto que no pocas veces habrá de comunicarle noticias o exponerle consejos atenido a una de las reglas principales del diálogo diádico: «Lo que yo sé de tí, sólo a tí te lo digo». Lo cual, cuando se hace con buena voluntad, es a un tiempo amistad —amistad médica, en este caso— y confidencia.

Todo lo expuesto permite afirmar que la «amistad médica» es verdadera amistad, amistad *in genere*; y por otra parte, que la vinculación amistosa se especifica médicamente cuando la beneficencia, la confidencia y la convivencia tienen como materia la enfermedad y la salud del paciente. La enfermedad y la salud: un mal y un bien naturales y objetivos, aunque sus titulares —el hombre enfermo, el hombre sano— puedan personalizarlos en su intimidad. Tal es la razón por la cual la amistad entre médico y enfermo tiene como sujeto una «cuasi-díada», y no la «díada» de la amistad a secas.

«Ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo», llamó Platón a la medicina. Pero esa «ciencia» *(epistêmê)* tiene como presupuesto el arte de curar, la *tékhnê* del médico; y ese «cuerpo» —el cuerpo del hombre, en cuanto enfermo o enfermable— no sería rectamente entendido por el médico sin una atenta consideración del alma que le vivifica y humaniza. Nada más platónico que esta breve exégesis del texto de Platón. Ciencia, técnica y amor —amor *al hombre*, amor al cuerpo y al alma de *este hombre*— se articulan, no siempre de manera sistemática, en la actividad del médico cabal. «Siempre problemática conjunción de técnica y amor», cabría decir que es —que debe ser— el ejercicio de la medicina. Pero ese amor, ¿qué es? ¿Es *érôs*, es *agápê* o es *philía*?

En un brillante y muy bien documentado ensayo [36], C. A. Seguín ha referido la vinculación entre el psicoterapeuta y el paciente a un modo

---

[35] Algo digo sobre el tema en los capítulos consagrados al «momento cognoscitivo» y al «momento ético-religioso» de la relación médica.

[36] El libro *Amor y psicoterapia*, antes citado.

específico del amor interhumano que él llama «Eros psicoterapéutico», cualitativamente distinto, a su juicio, de la amistad *in genere* [37]. Puesto que la psicoterapia no es sino una de las técnicas en que se diversifica la actividad terapéutica del médico —no debiera haber somatoterapia sin psicoterapia, ni psicoterapia sin somatoterapia—, yo diría, confirmando y perfilando la hermosa descripción de Seguín, que la asistencia médica debe ser siempre y a la vez *erôs*, *agápê* y *philía*. Como toda vocación, la vocación terapéutica —y, por consiguiente, la disposición del médico frente a su quehacer propio— es *érôs*: amor a la propia perfección y a la perfección del mundo que resulte del recto y esforzado ejercicio de esa vocación. No será empresa difícil referir a la faena del médico la doctrina de Platón en las páginas finales del *Banquete*. Pero la vocación —la llamada interior del hombre a un quehacer determinado— ha de ponerse en acto; y cuando esto acontece, el contacto inmediato de la propia realidad (lo que en la realidad del vocado es perfeccionante) con la realidad en que la vocación ha de ejercitarse (lo que en la realidad del vocado y en el mundo exterior es perfeccionable) trueca el *érôs* en *agápê*, le convierte en amor de efusión hacia lo que en alguna medida puede pasar de la deficiencia a la plenitud, del no-ser al ser. Tal es la regla general, y a ella debe ajustarse siempre la dinámica de la vocación, de cualquier vocación.

Acontece, sin embargo, que ciertas vocaciones tienen como materia propia la realidad de otros hombres; a la cabeza de ellas, la vocación médica y la pedagógica. ¿Qué sucederá cuando una de esas vocaciones se ponga, para decirlo a la manera escolástica, *in actu exercito*? Sucederán, claro está, varias cosas; y entre ellas, estas tres: *a)* que su titular y protagonista —el médico, el maestro— entrará en relación directa con la persona sobre la cual va a ser ejercitada la actividad vocacional; *b)* que esa actividad será dilectiva, además de ser técnica; *c)* que dicha actividad dilectiva habrá de manifestarse en ocasiones bajo forma de actos de beneficencia y confidencia a un tiempo técnicos y amorosos, individualmente

[37] Este «Eros» quedaría definido por varias notas descriptivas, negativas unas y positivas otras. «El Eros psicoterapéutico —dice Seguín— debe hallarse libre de: *a)* autoridad o tendencia de posesión; *b)* identificación; *c)* dogma; *d)* imposición de valores, reglas o conocimientos; *e)* atracción sexual». Sus notas positivas serían principalmente tres: la orientación del amor hacia la persona del paciente (hacia un «más allá de la enfermedad», por tanto), su indestructibilidad, cualquiera que pueda ser la conducta del enfermo, y su realización como «experiencia psicoterapéutica» (la fascinante experiencia de la curación del paciente). Véase el libro mencionado, págs. 100-111.

referidos a la persona en cuestión, *tal* enfermo en el caso de la asistencia médica, *tal* discípulo en el caso de la acción pedagógica. Más concisamente: que el ejercicio de la vocación acaba resolviéndola en actos de amistad; una amistad más o menos armoniosamente fundida con la operación técnica y especificada por la índole propia de la vocación misma: amistad médica, en el caso del terapeuta, amistad pedagógica, en el del pedagogo. El *érôs* vocacional se ha hecho *agápê* y uno y otra han acabado resolviéndose en actos de *philía* [38]. Cumpliendo esta regla, el *érôs* terapéutico se realiza anímica y socialmente como amistad médica. Por eso dije antes que la vocación terapéutica es siempre y a la vez *érôs*, *agápê* y *philía*, amor de aspiración, amor de efusión y amistad [39].

Las páginas precedentes muestran de manera sinóptica la estructura y la consistencia de la amistad médica. No he de volver sobre el tema. Mas tampoco debo dar fin a este apartado sin aludir a otra de las peculiaridades —y a otro de los problemas— de la relación amistosa entre el médico y el enfermo. En ella, en efecto, deben aunarse, aunque a veces haya de ser problemático su mutuo acoplamiento, la preeminencia del médico respecto del enfermo y la personal igualdad entre ambos. El carácter técnico de la actividad médica exige cierta *preeminencia funcional* del terapeuta sobre el paciente. En cuanto enfermo, el paciente es un desvalido, y el médico, el hombre que puede sacarle de su desvalimiento. Poco importa ahora que ese «poder» sea interpretado por el enfermo con un criterio racional (el médico como poseedor de saberes científicos, como *sabio*), o desde una actitud anímica vital-instintiva (el médico como realizador de una función diatrófica, en el sentido de Spitz; en definitiva, como *padre-madre*), o con mentalidad mítica y mágica (el médico como representante o sucedáneo de un poder divino o divinoide, como *cuasi-Dios*); o bien que, como tantas veces sucede [40], estas tres líneas de la interpretación se combinen de uno u otro modo en el alma del enfermo.

---

[38] Una amistad personal, y por lo tanto trans-helénica. Recuérdese lo dicho en la Primera Parte acerca de la *philía* griega. Fieles al radical naturalismo de su pensamiento, los griegos no llegaron a concebir la amistad como una vinculación «interpersonal».

[39] Esta reflexión se refiere, como he dicho, a las vocaciones cuya materia es la realidad de otros hombres: sólo con el hombre —y con Dios, en cuanto ser personal encarnado— es posible la amistad. Pero dando a la palabra «amistad» un sentido metafórico, lo dicho puede ser ampliado a cualquier vocación. Cabe decir, en efecto, que el agricultor por vocación es «amigo» de los campos que vocacionalmente cultiva, o que el poeta vive en «amistad» con las palabras.

[40] Cuando el componente neurótico de la enfermedad cobra intensidad y patencia.

Lo decisivo es que el médico, por su simple condición de tal, y más aún cuando su prestigio social y su personalidad conspiran a ello, está y debe estar en preeminencia respecto del enfermo. De otro modo, su relación técnica con éste será defectuosa y difícil.

Pero también lo será si, fríamente encastillado en su condición de técnico, olvida el clínico que el enfermo, además de «enfermo», es «persona»; alguien, por tanto, que genéricamente, y en la medida en que las personas constituyen «género», es igual a él [41]. Más allá de la preeminencia funcional del médico, entre él y el enfermo debe haber *igualdad*, la igualdad que desde su misma esencia exige la relación amistosa. En cuanto «técnico», el médico tiene que ser preeminente respecto del enfermo [42]; en cuanto «amigo», debe ser su igual. He ahí una de las más delicadas y más actuales tareas del arte de curar.

III. Me he referido hasta ahora a la forma ideal o canónica —o, al menos, a las formas correctas— de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo. No se trata de un ideal inalcanzable, sino de una hazaña siempre posible, si en el médico coinciden una discreta formación técnica y una estimable dosis de buena voluntad. Pero es preciso reconocer que en la realidad de la asistencia médica no son infrecuentes sus formas viciosas o incorrectas, con el consiguiente detrimento del acierto en el diagnóstico y de la eficacia del tratamiento. No será inoportuno, pienso, ordenar de manera esquemática las más visibles en el ejercicio actual de la medicina.

1. La relación médica puede ser incorrecta por *exceso o defecto en la afectividad de la vinculación amistosa*. He aquí los tipos principales:

a) La intensificación abusiva de los fenómenos de transferencia y contratransferencia, y la incapacidad técnica o moral del médico para hacerlos pasar del dominio del *ello* a la esfera de la libertad. No es preciso que la relación con el enfermo sea formalmente una cura psicoterápica para que se produzca esta alteración viciosa —y perturbadora— de su dinámica.

---

[41] Véase a este respecto «Dialogue between Martín Buber and Carl Rogers», *Psychologia*, 3 (1960), 208-211, así como el ya citado libro de C. A. Seguín *Amor y psicoterapia*, y los textos recogidos por J. Schumacher en *Vom Wesen des Arztums* (Stuttgart, 1957), singularmente los de Hufeland y Schweninger.

[42] La técnica no es sólo un «saber hacer»; es también una «profesión», y por lo tanto un *status* social. El cual —recuérdese la lección de los escritos hipocráticos *de habitu decenti* y *de medico*— debe ser parte de la «preeminencia funcional» del médico. Un médico desharrapado, ¿podría ser un buen médico?

b) La excesiva frialdad sentimental del médico, cuando el enfermo exige consciente o inconscientemente ser algo más que mero «objeto» de una operación técnica. Esa «frialdad» será en unos casos *funcionarial* (la del médico voluntariamente limitado a ser mero funcionario de la asistencia al enfermo), y en otros *científica* (la del investigador para quien el paciente es simple objeto de conocimiento); pero, sea uno u otro su motivo, siempre perturbará más o menos la relación terapéutica y mermará la eficacia del tratamiento.

c) La tentación de transformar la «preeminencia funcional» que lleva consigo el ejercicio técnico de la medicina, en el tipo de conducta que M. Bálint ha llamado *función apostólica*; esto es, la idea de que la medicina no puede alcanzar perfección humana si el médico no procura convertir al paciente a la visión del mundo que él, como médico y como hombre, considera óptima [43].

d) La *seducción mutua*, no necesariamente sexual, en que a veces caen médico y enfermo (M. Bálint): aquél, aceptando con credulidad excesiva y complacida lo que acerca de su dolencia le dice un enfermo lisonjero; éste, halagando más o menos abiertamente el amor propio o la vanidad del médico [44].

2. Puede viciarse o corromperse la relación médica, además, cuando *el afecto que vincula al terapeuta y al enfermo no es «amistoso»*, en un sentido amplio de esta palabra, o cuando lo que en aquélla es «amistad» se halla envuelto y dominado por un sentimiento de otra índole. He aquí las posibilidades hoy más frecuentes:

a) Un excesivo apetito de lucro en el alma del médico. El arte de curar y la profesión en que socialmente se realiza han venido a ser, para no pocos médicos, pura técnica lucrativa; con lo cual la «amistad» hacia el enfermo se trueca en simple «amabilidad táctica».

b) Una desmedida conciencia de derecho en el alma del enfermo, bien respecto del médico mismo, en el que sólo ve una persona poseedora y vendedora de técnicas, bien respecto de una sociedad obligada a la asistencia médica y técnicamente representada ante sus ojos por la persona del terapeuta.

Con su conocimiento de la realidad en torno, el lector, sea médico,

---

[43] M. Bálint. *The Doctor, his Patient and the Illness* (New York, 1957). Véase lo que sobre el tema se dice en el cap. VI de esta Segunda Parte.

[44] M. Bálint, *Psychotherapeutic Techniques in Medicine* (London, 1961), páginas 73-74.

enfermo real o enfermo posible, llenará de contenido vivo y palpitante este sumario esquema. El cual, conviene insistir en ello, posee una significación a la vez ética y técnica. Porque el diagnóstico y el tratamiento —pronto vamos a verlo— son en alguna medida la expresión cognoscitiva y operativa del vínculo afectivo que une entre sí al enfermo y al médico. «A igualdad de saber, el mejor médico es el más amigo», dice una vieja sentencia; y lo es —cabría añadir, completándola— porque el saber del médico, y aún todo saber, se hace más certero y acabado por obra del amor.

CAPITULO V

EL MOMENTO COGNOSCITIVO DE LA RELACION MEDICA

Puesto que diagnosticar es conocer, y puesto que para el hombre no hay situación ni experiencia sin actividad cognoscitiva, la faena diagnóstica del médico comienza tan pronto como él se encuentra con el enfermo. Ver a un enfermo es para el médico —aunque no se lo proponga— comenzar a diagnosticarle. Nada más erróneo, por tanto, que concebir la relación como la sucesión de un encuentro, una comunicación más o menos técnica y transferencial, un diagnóstico y un tratamiento. El médico no explora uniformemente a sus enfermos, para razonar luego sobre los resultados obtenidos. Cada exploración clínica tiene una figura y un contenido propios; y tal singularidad viene principalmente determinada por la serie de las presunciones diagnósticas que anteceden a cada interrogación y a cada maniobra exploratoria. Si el médico descubre en el enfermo, al encontrarse con él, un temblor intencional, se verá automáticamente obligado a pensar en una esclerosis en placas, y ésta inicial presunción suya —confirmada o excluida por la exploración ulterior— determinará su inmediata conducta exploratoria. Y así en cualquier otro caso.

Desde un punto de vista meramente formal, y a partir del momento mismo del encuentro médico, diagnosticar es, pues, detenerse en la experiencia que hasta aquel momento haya brindado la realidad del enfermo, conjeturar una hipótesis que parezca explicarla técnicamente, tratar de confirmar esa hipótesis mediante un recurso exploratorio determinado (pregunta, exploración física, etc.), sustituirla por otra, si tal confirmación no se produce, y proseguir así hasta que el conocimiento del enfermo permita entender de manera satisfactoria toda la experiencia obtenida frente a su singular realidad. Como diría un hipocrático, tal es el método.

Pero este esquema formal puede ser entendido de modos muy distintos entre sí. ¿En qué consiste la experiencia clínica, cuáles son sus límites? Preguntar a un ulceroso de estómago cómo se lleva con los miembros de su familia, ¿es adquirir experiencia clínica o no pasa de ser una curiosidad que, como diría Claudio Bernard, «nada tiene que ver con la ciencia»? ¿Cuál es, cuál debe ser, por otra parte, el contenido de la hipótesis con que técnicamente tratamos de explicar la experiencia clínica? Interpretar un bocio como la realización somática del deseo inconsciente de una barrera entre el paciente y el mundo —esa fue la hipótesis de Groddeck en uno de sus casos— ¿qué es: pura fantasía psicoanalítica o rigurosa concepción técnica? Los ejemplos podrían multiplicarse.

Es preciso, en consecuencia, distinguir con algún cuidado los diversos modos típicos de diagnosticar. Yo voy a reducirlos a dos: uno que llamaré «clásico» o «científico-natural» y otro al que daré el nombre de «integral» o «interpersonal». Veamos en qué consisten.

I. LA CONCEPCION «CLASICA» DEL DIAGNOSTICO

En el común sentir de los médicos y los profanos cultos, ¿qué es «diagnosticar»? La respuesta es obvia: es haber llegado a rotular nosográficamente, de manera satisfactoria, un proceso morboso individual. Es poder decir, con fundamento *in re*: este enfermo padece un tifus exantemático, una diabetes sacarina, un cáncer de pulmón. O bien, de manera todavía más objetiva y estadística: este enfermo es un caso de tifus exantemático, diabetes sacarina o cáncer de pulmón. Diagnosticar es saber *qué* tiene, *qué* padece el enfermo, y dar contenido y nombre nosográficos a ese *qué*. *Diagnosis morbi*, llamaban los viejos médicos a este modo de proceder.

Tres me parecen ser los supuestos principales —y, por lo tanto, las pretensiones básicas— de esta concepción del diagnóstico: la objetivación, la tipificación y la inducción.

Ante todo, la *objetivación*. El diagnóstico así entendido es la rotulación del desorden que llega a descubrirse en la realidad del enfermo, cuando objetivamente se la contempla. Poco importa que en ese empeño de objetivación sea concebida la enfermedad como un «estado» somático o psíquico (mentalidad anatomoclínica: «Este enfermo padece un cáncer de pulmón o una depresión endógena»), como un «proceso» energético-

material o anímico (mentalidad fisiopatológica: «Este enfermo padece una diabetes sacarina o una psicosis maníaco-depresiva») o como una «lucha» entre el organismo y un gérmen patógeno (mentalidad etiopatológica: «Este enfermo padece una salmonelosis o una espiroquetosis sifilítica»). Concebido como placa radiográfica, como retorta química o como escenario de un combate biológico, el enfermo es a los ojos del médico un «objeto», y así lo expresa claramente el diagnóstico de su enfermedad.

A la objetivación va unida una escueta *tipificación*. El diagnóstico nombra siempre una especie morbosa bien circunscrita —sea anatomoclínico, fisiopatológico o etiopatológico el criterio de su definición—, subespecificada luego en una «forma clínica» dependiente de la constitución del enfermo (edad, sexo, biotipo), la localización somática del daño, la intensidad y el curso de la afección, etc. Es cierto que dentro de esta concepción «clásica» del diagnóstico se habla a veces de un «diagnóstico individual»; pero, como pronto veremos, la visión objetiva de la realidad exige que la individuación no sea sino mera combinación —más o menos individualizada— de formas típicas. Recuérdese lo dicho en la Primera Parte acerca de la *individuatio morbi* en la historia de la medicina occidental.

El diagnóstico clínico, en fin, sería el resultado de una *inducción* lógica, más o menos coincidente con las reglas de la lógica formal de Stuart Mill. Es verdad que Claudio Bernard introdujo en la teoría del conocimiento biológico la noción de «idea *a priori*», y que ésta, por la índole de su génesis, es más «ocurrencia gratuita» que «conclusión hipotética»; pero a la hora de hacer una teoría del diagnóstico, en él no ha solido verse más que el resultado de una intuición inmediata del cuerpo enfermo (diagnóstico intuitivo: «Esto es un caso de psoriasis») o la meta de un proceso lógico inductivo (diagnóstico diferencial, diagnóstico inductivo *stricto sensu*, diagnóstico hipotético o *ex iuvantibus et nocentibus*) [1].

Léanse los libros de semiología y de clínica al uso —especialmente los concebidos según la fórmula «del síntoma a la enfermedad»— y en todos ellos se encontrarán, más o menos explícitos, estos conceptos básicos y este modo de proceder.

Ahora bien, tal esquema tiene como fundamento una visión parcial

---

[1] Véase mi contribución (capítulo «Diagnóstico de la enfermedad») a la *Patología general*, dirigida por J. Casas y P. Farreras Valentí (Barcelona, 1964).

y abstractiva de la verdadera y total realidad del diagnóstico. Ante el enfermo, el médico no procede realmente así; pero, como tantas veces sucede, sus tácitas convicciones previas actúan a manera de prejuicios y condicionan su ulterior visión personal de lo que *realmente* es su propia experiencia. Frente a lo que en tiempos afirmó la utopía de la pura objetividad del conocimiento científico, siempre la realidad nos muestra lo que ella es a través de ciertos presupuestos que de modo más o menos consciente —en virtud de nuestra formación, de nuestra personalidad, etcétera—, operan en nosotros. Lo cual no es proclamar un craso relativismo gnoseológico, sino postular que los presupuestos o prejuicios de nuestro conocimiento sean mínimos, discutibles, defendibles y, en la medida de lo posible, cambiantes, móviles.

Veámoslo a propósito de la presunta condición «objetiva» del diagnóstico clínico. Afirmar que en una placa radiográfica se ve «objetivamente» una caverna pulmonar o que una curva de glicemia es «objetivamente» patológica, ¿equivale, sin más, a sostener que para el clínico han sido «puro objeto» el tuberculoso o el diabético a que esos datos «objetivos» se refieren? ¿Ve el clínico la verdadera realidad de su proceder pensando que sólo en eso —y, naturalmente, en otras medidas complementarias del mismo género— consiste su actividad diagnóstica? En modo alguno. Examinemos, para advertirlo, lo que en *realidad* hacen y son el enfermo y el médico en el proceso del diagnóstico.

I. Quede para el apartado próximo la demostración de que un diagnóstico clínico exigente no puede ser *sólo* tipificador. Limitémonos ahora a ver cómo el enfermo no puede ser y no es nunca simple «objeto» pasivo del conocimiento del médico; si se quiere, cómo no es, en orden al diagnóstico, mero «paciente» de su enfermedad. Y para ello, prescindiendo de considerar, por el momento, lo que como parcial autor de su enfermedad pone el enfermo en ella, incluso cuando el accidente morboso más insospechada y azarosamente ha surgido en la vida de quien lo sufre (una neoplasia, una enfermedad epidémica), veamos lo que en su realidad concreta es la relación diagnóstica entre el paciente y el clínico. Basta proponerse con una seriedad mínima el problema, para advertir los siguientes hechos:

1.º La previa *actitud del enfermo frente al médico*, expresada en primer término por su mayor o menor confianza en él, influye de algún modo sobre la forma y el contenido del diagnóstico. No quiero decir con esto

que la desconfianza del enfermo en el médico haga diagnosticar como cáncer de pulmón una úlcera gástrica. Déjeseme defender desde ahora mi pensamiento frente a las fáciles y burdas deformaciones caricaturescas a que acaso acudan los paladines de la «pura objetividad» de la clínica. Digo tan sólo: *a)* que la confianza del enfermo en el médico le llevará a declarar a éste sin embarazo síntomas subjetivos y datos anamnésticos que la desconfianza tal vez le haría silenciar; y *b)* que la actitud confiada del enfermo alivia por sí sola, tan pronto como el encuentro médico se produce, determinados síntomas, y por tanto, modifica en alguna medida la realidad objetiva del cuadro clínico, al paso que la desconfianza —y más cuando el médico la cultiva con su presentación y su conducta— puede hacer aparecer iatrogénicamente síntomas nuevos o intensificar los ya existentes. Todo lo cual, inexorablemente, condicionará en uno u otro sentido determinados matices del diagnóstico.

2.º La *actitud del enfermo frente a su enfermedad* tiene asimismo alguna influencia sobre la figura y el contenido del diagnóstico, y esto de dos modos distintos: porque esa actitud altera en cierta medida el cuadro sintomático y porque opera, modificándola de uno u otro modo, sobre la presentación del paciente ante el médico. Consideremos a título de ejemplo la gama de unas cuantas actitudes posibles: la resignada y aceptadora (el enfermo asume en su vida sin resistencia ni sonrojo la enfermedad que le ha sobrevenido), la verecunda y humillada (el padecimiento de la enfermedad avergüenza por una u otra razón al enfermo), la rebelde y combativa (el enfermo lucha contra su enfermedad), la desesperada (el enfermo desiste de luchar contra su dolencia, se entrega a ella), la profectiva (la enfermedad es aprovechada o explotada por el enfermo), la exigente (el enfermo siente su dolencia como fuente de derechos, bien en el ámbito familiar, bien respecto de la sociedad). ¿Cómo desconocer que el cuadro sintomático de una misma enfermedad y la presentación del paciente ante el médico variarán en cada uno de estos casos?

3.º El juicio diagnóstico del médico —y esta es una de las diferencias esenciales entre la clínica humana y la clínica veterinaria— no logra acabamiento real, no llega a ser plenamente «médico», sin alguna *participación del enfermo en el conocimiento* que ese juicio expresa. Con otras palabras: el saber diagnóstico debe ser, tiene que ser siempre un con-saber entre el médico, por una parte, y el enfermo o quien esté representando su personalidad (padres, en el caso del lactante, deudos cualesquiera, en el del comatoso), por otra. «La misma úlcera de estómago —oímos

decir a Marañón— es una enfermedad completamente distinta en un segador y en un profesor de filosofía». Es distinta, en primer término, en cuanto al cuadro clínico; mas también lo es por la tan diversa participación de uno y otro paciente en el conocimiento del diagnóstico. Esa participación es regla constante en nuestra sociedad: la «medicina sin palabras» a que según Platón eran sometidos los esclavos en Atenas, no sería hoy posible; pero el modo en que se realiza difiere no poco de un enfermo a otro, y más cuando se trate de un segador y un profesor de filosofía. La perfección del juicio diagnóstico exige, en los dos sentidos principales de la palabra «perfección», cierta comunicación de aquél al enfermo. Afínase con ella la precisión del conocimiento clínico, según la inmortal enseñanza del Platón de las *Leyes*, y, por otro lado, se da acabamiento real y social a la faena de diagnosticar. Volveremos sobre ello.

Por parte del enfermo, bien lo vemos, la concepción «clásica» del diagnóstico es una abstracción deformadora. El paciente no se conduce y no puede conducirse como simple «objeto de conocimiento».

II. No menos lo es por parte del médico, y así nos lo demostrará el examen de dos cuestiones, relativas ambas a la pretensión de esa hipotética «objetividad pura» del juicio diagnóstico.

La primera de ellas puede ser formulada así: *¿desde dónde objetiva el médico?* Toda faena de objetivación supone, en efecto, un «desde dónde». Si quiero conocer objetivamente una parcela de la realidad, cualquiera que ésta sea, me es preciso distanciarme de ella y adoptar, según la fórmula de Ortega, un determinado punto de vista. Debo retraerme, pues, hacia uno de mis yos posibles, hacia el modo de ser «yo mismo» en que se realice el particular interés de que la objetivación sea consecuencia. Ante la realidad de un paisaje, no contemplan y no objetivan del mismo modo el pintor y el geólogo. Y si Juan Pérez es a la vez geólogo y *peintre de dimanche*, no verá desde un mismo yo ese paisaje cuando como geólogo quiera describirlo y cuando como pintor quiera pintarlo: en el primer caso, objetivará el paisaje desde el «yo noético» del hombre de ciencia; en el segundo, desde el «yo estético» del artista de afición. Análogamente, ante la realidad corpórea de un individuo humano, no contemplarán y no objetivarán del mismo modo a ese individuo quien como antropólogo quiera conocerle y describirle y quien como malhechor se proponga atacarle a mansalva. Es posible que siendo

fenomenólogo a la manera husserliana llegue el hombre a trocarse en «yo puro» y a obtener un conocimiento universal, esencial e inmutable de la realidad. Pero en cuanto sujeto en el mundo —tal es el caso del médico—, su conocimiento objetivo de lo real tendrá siempre como protagonista un yo a la vez «parcial» e «impuro».

Traslademos esta reflexión al problema del diagnóstico. Cuatro son, veíamos en páginas anteriores, los tipos cardinales del *ego* desde el cual vive y ejerce el médico su profesión: el *ego sapiens* o «yo cognoscitivo» de aquellos para quienes la medicina es ante todo «ciencia», el *ego cupiens* o «yo apetitivo» de quienes ven en su profesión, antes que cualquier otra cosa, una fuente de lucro y prestigio, el *ego fungens* o «yo oficial» de los que ejercen la medicina al servicio de un interés social o político determinado, y el *ego adiuvans* o «yo asistencial» o «auxiliador» de quienes sienten su profesión de médico —por encima y por debajo de la ciencia, el lucro y el deber oficial— como prestación de ayuda técnica al menesteroso de ella. Sin mengua de que la úlcera gástrica de un enfermo y el cáncer de pulmón de otro sean para todo médico competente tal úlcera gástrica y tal cáncer de pulmón, ¿cómo no ver que los juicios diagnósticos diferirán entre sí, tanto desde el punto de vista de su contenido como desde el punto de vista de su figura, según el clínico pertenezca a uno o a otro de esos cuatro grupos?

He aquí a un clínico preponderantemente «científico». Instalado en su *ego sapiens*, verá en cada enfermo un objeto de conocimiento racional y tratará en sus diagnósticos de apurar todo lo que en ese enfermo sea objetivamente descriptible: tales diagnósticos serán los de un «investigador», y esta condición otorgará estilo propio a su contenido y a su figura. Mas ya sabemos que la objetivación «científica» del paciente puede ser más o menos somaticista o psicológica, e inclinarse, por otra parte, hacia uno u otro de los tres principales modos de entender la patología y la clínica que desde hace años vengo llamando mentalidad anatomoclínica, mentalidad fisiopatológica y mentalidad etiopatológica. De lo cual se desprende que no ya sólo por el hecho de proceder de un *ego sapiens*, pero también por obra de la distinta manera de concebir el conocimiento «científico» del enfermo, variará el diagnóstico frente a uno y el mismo paciente. Ante un caso de colitis ulcerosa —valga este ejemplo— ¿en qué medida no diferirían entre sí los juicios diagnóstcico de un Boas, un Thannhauser, un Gustav von Bergmann y un Groddeks, para no citar sino médicos formados en una misma área cultural?

Pensemos ahora en los clínicos básicamente instalados, para ejercer su profesión, en un *ego cupiens*. Sus enfermos son para ellos ante todo objetos de lucro, «objetos preciosos», en el sentido más etimológico del vocablo. Con sus tratamientos, esos clínicos se esforzarán por curar, porque de la real curación del enfermo depende ante todo el logro de lo que en primer término les interesa. Pero, a la vez, en sus diagnósticos tratarán de complacer —en ocasiones, diciendo muy cruda y objetivamente la verdad— a quienes han de pagarlos, y también esta pretensión otorga estilo propio a la fórmula por la cual el juicio diagnóstico se convierte en «saber participado» y concede a ese juicio acabamiento efectivo y social.

El médico habitualmente instalado, en cuanto tal médico, en un *ego fungens*, verá ante todo en sus pacientes, por ineludible imperativo oficial, objetos operantes y eficaces en la sociedad a que pertenecen, y como a tales les diagnosticará; con lo cual sus juicios expresos, sin mengua de la fidelidad a lo que en la afección del enfermo parezca fundamental, recibirán cariz y estilo peculiares. Pensemos a manera de ejemplo en un juicio diagnóstico negativo, el subyacente a la trivial expresión «No tiene nada». La misma fórmula, ¿tendrá igual contenido diagnóstico en boca del médico militar ante un soldado en campaña y en labios del consultor distinguido ante un paciente de la *high life*? Una misma fórmula diagnóstica cubre ahora dos realidades clínicas muy distintas entre sí; una misma realidad clínica, en otros casos, dará lugar a fórmulas diagnósticas relativamente dispares, y hasta muy dispares, a veces.

Vengamos, por fin, al caso del clínico que en su práctica actúa de manera habitual desde un *ego adiuvans*. ¿Cómo procederá éste en sus diagnósticos? Si tal proceder posee como instrumento técnico una concepción científico-natural de la patología —sea anatomoclínica, fisiopatológica o etiopatológica la mentalidad en ella dominante—, los diagnósticos serán los correspondientes a dicha concepción; no diferirán, por tanto, de los formulados por los médicos en cuyo espíritu prepondera el *ego sapiens*. Así, valga su nombre ilustre como único ejemplo, se condujo en su práctica Laennec. El enfermo en tal caso es, por un lado, caso clínico científicamente cognoscible, y por otro, persona doliente y menesterosa. Pero si el clínico profesa y ejercita una mentalidad antropopatológica —con otras palabras: si temática y consecuentemente considera la enfermedad de su paciente como una realidad a la vez «natural» y «personal», además de ver y tratar al paciente como a

una persona—, entonces el diagnóstico ya no podrá ser pura y exclusivamente «objetivo». Tendrá que ser, pronto lo veremos, resueltamente «integral» o «interpersonal».

Debo ahora repetir que en la realidad individual y concreta de cada médico se entraman casi siempre dos o tres de estos motivos, acaso los cuatro, aunque de ordinario sea uno solo el que prevalezca sobre los restantes. Como no hay «hombres de una pieza», tampoco hay «médicos de una pieza». Y a riesgo de incurrir en delito de pesadumbre, debo también reiterar que la mencionada diferencia entre los distintos juicios diagnósticos —suponiendo una mínima suficiencia técnica en el diagnóstico— no afectará casi nunca a lo que en ellos debe ser sustancial, sino tan sólo a sus accidentes y a su estilo. La índole del interés dominante en el médico no será capaz, claro está, de modificar sustancialmente la visible y tangible realidad objetiva de un tumor mediastínico o un infarto de miocardio, pero sí de orientar en un sentido o en otro su conocimiento clínico efectivo y de modular, por reacción del enfermo a la actitud de quien le diagnostica, la intensidad y la figura reales de determinados síntomas subjetivos, y aun objetivos.

El diagnóstico clínico no es y no puede ser en su realidad concreta un conocimiento del enfermo puramente objetivo e impersonal. Incluso cuando es concebido como pura objetivación, su formulación definitiva se halla en alguna medida condicionada por el «desde dónde» de esa programática conversión del enfermo en objeto. Impónese, pues, una segunda cuestión: si así es empíricamente el diagnóstico clínico, *¿puede y debe limitarse el médico a objetivar cuando diagnostica?* Y puesto que la respuesta, después de lo dicho, tiene que ser resueltamente negativa, ¿cómo frente al enfermo puede y debe completar y trascender el médico esa abstracción deformante y empobrecedora que es la utopía de la «objetividad pura»? Es preciso pasar de la crítica a la construcción, y elaborar una doctrina del diagnóstico más acorde con la experiencia clínica y con la verdadera realidad del enfermo.

II. EL DIAGNOSTICO «INTEGRAL» O «INTERPERSONAL»

Trátase, en definitiva, de considerar al enfermo como persona, y no como mero objeto; y esto no sólo en el orden ético y práctico de la conducta —respetando su condición personal, considerando su dolor

y su invalidez como dolor e invalidez de una persona—, mas también en orden al conocimiento teorético, científico, de lo que como enfermo es. Ahora bien: ¿cómo este conocimiento del enfermo puede ser «personal»? ¿En qué consiste la «personalización» del diagnóstico, y por tanto, la elevación de éste, desde el nivel científico-natural en que clásicamente venía moviéndose, hasta el nivel científico-personal que la patología de nuestro tiempo y la realidad misma del enfermo exigen? Este es el problema.

Algo sabemos ya, para comenzar a resolverlo. Sabemos que, en el caso del hombre, la relación entre persona y persona sólo puede hacerse real y verdadera a través de la coejecución de los actos en que se realiza la índole personal de una y otra; en definitiva, a través de la coejecución de las vivencias en que esos actos anímica y expresivamente se manifiestan. Coejecución de un acto y de su vivencia propia a través de una expresión: tal es la fórmula de la relación interpersonal [2]. Lo cual, dentro ya de nuestro actual problema, nos hace saber que el diagnóstico «personal» debe consistir, por lo pronto, en el conocimiento reflexivo de una actividad coejecutiva. Con otras palabras: que el paso desde el nivel científico-natural al nivel científico-personal del diagnóstico exige del médico asumir cognoscitiva y metódicamente la objetivación de la *naturaleza* del enfermo en la coejecución de los actos con que éste, respecto de la enfermedad que padece, se realiza a sí mismo como *persona*. ¿Cómo es esto posible? Vamos a estudiarlo sumariamente en relación con los tres modos principales de la intención diagnóstica: la concerniente al estado de enfermedad (diagnóstico genérico), la relativa a la entidad o especie morbosa que padezca el sujeto diagnosticado (diagnóstico específico) y la tocante a la peculiaridad individual del caso clínico en cuestión (diagnóstico individual).

I. Doy el nombre de *diagnóstico genérico*, según lo dicho, al que tiene como término intencional el mero «estado de enfermedad» del paciente. En los casos en que el juicio diagnóstico sea positivo, su fórmula será: «Este hombre está real y verdaderamente enfermo». ¿Cuál es la estructura lógica y real del diagnóstico genérico? ¿De qué modo el juicio acerca del estado de enfermedad puede adquirir carácter interpersonal? Para responder con algún rigor, examinemos sucesiva-

[2] Véase el vol. II de *Teoría y realidad del otro*.

mente las cuatro principales posibilidades que cabe distinguir, a mi juicio, en esta primera etapa del diagnóstico.

1.ª El juicio «Este hombre está enfermo» no se presenta de manera expresa en la conciencia del clínico, late en ella desde el primer momento como una convicción tácita, consabida e incuestionable. Imaginemos que el médico se encuentra de manos a boca con un cuerpo en coma, o descubre entre las sábanas de un lecho el rostro vultuoso y anhelante de un hiperpirético, o contempla un paciente en plena hematemesis. ¿Surgirá en su conciencia el problema de decidir si el sujeto en cuestión está o no está realmente enfermo? Evidentemente, no. Pero si metódicamente llegara a plantearse de manera expresa en su espíritu la cuestión «¿Está realmente enfermo este hombre?», su respuesta sería, sin otro recurso que la intuición inmediata y directa de la realidad que tiene ante sí, un juicio afirmativo *asertorio*, para decirlo al modo kantiano: con él declararía rotunda e inequívocamente su convicción de la objetiva realidad de lo afirmado. El estado de enfermedad, en tal caso, está ahí, hecho coma, fiebre o hemorragia bien patentes, ante los ojos o bajo las manos del médico.

¿Qué es, pues, lo que en el proceso mental del juicio diagnóstico posee ahora carácter interpersonal y coejecutivo? No, desde luego, el conocimiento de la lesión o del síntoma objetivamente presentes a los sentidos del médico: ese conocimiento no comporta coejecución alguna, es mero asentimiento a la verdad objetiva de lo que se ve y se toca. Pero si el enfermo responde «personalmente», mediante una expresión cualquiera, al estado de enfermedad en que se halla —quejándose, contrayendo mímicamente el rostro, moviendo de un modo u otro sus manos, etc.—, entonces el médico, aunque no se lo proponga, intentará pasar mentalmente de la expresión percibida a la intención que en el alma del paciente la ha determinado, y juzgará, según su experiencia de médico, si la respuesta expresiva es o no es adecuada al estado de enfermedad que directa e intuitivamente él está percibiendo. Realizará, por tanto, los siguientes actos psíquicos: *a)* el de pensar y creer que, en una u otra medida, la respuesta expresiva del enfermo está realmente justificada; *b)* el de pensar y creer, en ciertos casos, que tal respuesta es realmente adecuada, además de estar justificada realmente; esto es, que la intensidad y el modo de la expresión corresponden a los síntomas que en el enfermo objetivamente se ven y se tocan; *c)* el de pensar y creer, en otros casos, que la intensidad y el modo de la expresión

del paciente no corresponden a lo que en el cuerpo de éste en aquel momento se percibe; es decir, que sin mengua de la realidad indudable de su estado morboso, hay en él una simulación parcial, bien en el sentido de exagerar la respuesta expresiva (quejas, gestos de dolor, etc.), bien en el de aminorarla o contenerla.

¿Qué es, pues, lo que el médico ha hecho? En el primero de los dos últimos casos, piensa —a la postre, cree— que en la conducta del enfermo se corresponden ajustadamente la expresión, la vivencia y la intención [3], de los actos con que ese enfermo participa como persona en su estado de enfermedad; el médico, por tanto, coejecuta adivinatoria y creyentemente esos actos psíquicos y la vivencia que los hace patentes en el alma de su protagonista. Y en el segundo de ellos, piensa —en último extremo, cree— que la expresión, la vivencia y la intención del enfermo no se corresponden entre sí; por tanto, coejecuta, también por vía de adivinación y creencia, el acto por el cual el enfermo deforma en uno u otro sentido su participación personal en la enfermedad y violenta artificiosamente el curso normal de su expresión. La experiencia ulterior hará sospechar o saber al clínico en qué medida era consciente o subconsciente esa intención deformadora.

Basta un somero análisis de estos procesos psíquicos para advertir que —según lo indicado en el capítulo primero de esta Segunda Parte— la mente del médico pasa en ellos de una inicial objetivación (la percepción de la hemorragia o de la fiebre) a una coejecución ulterior (la correspondiente a los actos con que el enfermo vive su enfermedad y responde a ella), y luego de la coejecución a la objetivación. Pero aunque la objetivación tenga prioridad en el orden del tiempo, no la tiene en orden a la dignidad del saber, puesto que la materia sobre que la coejecución se ejercita —la condición personal del ser a que pertenecen los hallazgos objetivos, la adecuación o la inadecuación entre la intención, la vivencia y la expresión del enfermo— es, como veremos, la que verdaderamente determina la actitud del médico. Con lo cual el diagnóstico comienza a pasar de su nivel científico-natural a su nivel científico-personal. Pero acerca de este último tema habrá que decir algo más en páginas ulteriores.

2.ª El juicio diagnóstico «Este hombre está enfermo» no pasa de

---

[3] Una intención —apenas será necesario advertirlo— que no siempre será plenamente deliberada y voluntaria.

hallarse tácitamente aceptado o supuesto en la conciencia del médico. La primera inspección no descubre nada anormal en la realidad del paciente; el sentimiento de enfermedad no está, por el momento, objetivamente justificado. El médico, por tanto, debe proseguir su exploración más o menos conscientemente apoyado en dos juicios, uno *hipotético* («Es posible que este hombre esté realmente enfermo») y otro *problemático* («Espero encontrar la alteración objetiva —somática o psíquica— capaz de confirmar mi hipótesis de que este hombre está realmente enfermo»). Y cuando tal hallazgo se produzca —cuando los sentidos y la mente del médico hayan descubierto la alteración justificadora del sentimiento de enfermedad—, se habrá presentado de nuevo la posibilidad considerada y discutida en el párrafo anterior.

3.ª La cuestión ¿«Está realmente enfermo este hombre?», no ha podido ser objetivamente resuelta por el médico. La exploración más atenta, minuciosa y reiterada no permite encontrar anomalía alguna en el organismo ni en la psique del presunto enfermo. ¿Qué pensará, que hará entonces el clínico? Tres principales posibilidades se le ofrecen: *a)* Pensar que en el organismo o en la psique del enfermo hay una alteración patológica real y objetivable, a cuyo descubrimiento él no ha podido llegar, bien porque su personal suficiencia técnica no se lo permite, bien, más orgullosa y radicalmente, porque los recursos exploratorios que a la sazón brinda el saber médico no son capaces de ello. *b)* Admitir que se trata de una «neurosis» sin perturbaciones somática y psíquicamente objetivables; lo cual le pondrá ante la tarea de interpretar y comprender con cierto rigor técnico el sentimiento de enfermedad del paciente. *c)* Juzgar lisa y llanamente que se trata de una simulación.

Bien. Pero ¿qué es lo que en cada uno de esos casos hace en realidad la mente del médico? En el primero de ellos, creer que el sujeto está realmente enfermo; por tanto, estimar que el sentimiento de enfermedad se halla objetivamente justificado, aunque él, como clínico, no haya sido capaz de demostrarlo; en definitiva, coejecutar creyentemente el acto por el cual el paciente siente como suyo —o al menos, como en-él— ese sentimiento de enfermedad. En el segundo caso, la actividad de la mente del médico —si éste no ha incurrido en el burdo error de pensar que una «neurosis» no es una «enfermedad»— es enteramente equiparable a la que ahora acabo de describir. En el tercero, en fin, la mente del médico coejecuta adivinatoria y conjeturalmente la intención falseadora que atribuye el simulador. El médico, en definitiva,

mantiene una relación interpersonal con el presunto enfermo o el presunto falsario, mediante el único recurso por el cual tal relación es posible: la coejecución de los actos en que la persona del otro se realiza y constituye.

4.ª El alta del enfermo como caso especial del diagnóstico genérico. Cuando un médico «da de alta» a un paciente, ¿cuál es su juicio diagnóstico? Evidentemente, uno de estos dos, muy próximos uno a otro, pero no enteramente idénticos entre sí: «Este hombre ya no está enfermo» o «Este hombre está sano». Admitamos, para simplificar las cosas, que ambos juicios son equivalentes, y sigamos preguntándonos: ¿cuál es, cuál debe ser, para el médico, la estructura del diagnóstico genérico subyacente a la expresión «Este hombre está sano»? ¿Cómo el médico «diagnostica» la curación? Basta una breve reflexión para advertir que en tal diagnóstico se articulan dos instancias: *a)* la observación de que han desaparecido del organismo y de la psique del paciente todas las alteraciones en que objetivamente se realizaba su enfermedad; por tanto, que en él ya no se encuentra nada anormal; *b)* la sustitución del sentimiento de enfermedad por un franco sentimiento de salud en el alma del hasta entonces enfermo. Y admitir que en el ex-enfermo es real y verdadero el sentimiento de salud que él declara, ¿qué es, sino coejecutar creyentemente el acto y la vivencia propios de ese «sentirse sano»?

Convivir interpersonalmente es, a la postre, creer en la realidad de las vivencias e intenciones que la contemplación objetiva del otro muestra como probables, o al menos como posibles. Supongamos que ante nosotros se está reduciendo sin anestesia la fractura ósea de un sujeto. Si éste en aquel momento nos dijera «Siento en mi cuerpo un gran bienestar», ¿le creeríamos? No, porque la vivencia correspondiente a tal expresión es para él imposible en aquel momento: lo que en él percibe nuestra contemplación excluye por completo tal posibilidad. Imaginemos, por contraste, que otro individuo se queja estentóreamente de los dolores correspondientes a la ciática, y nuestra exploración más cuidadosa y fina no descubre en él ninguno de los signos objetivos que hacen patente al clínico la realidad de tal afección. ¿Creeremos a este individuo? Tampoco, porque el resultado de nuestra observación objetiva declara imposible la vivencia de que su expresión, si fuese sincera, habría de proceder. Creeremos, en cambio, al hombre carente de alteraciones patológicas objetivas que diga sentirse sano, porque esto es en

él más que probable, y al que que diga sentirse enfermo con un cuerpo patológicamente alterado, por una razón análoga. Debidamente acomodada al problema del conocimiento clínico, la profunda lección antropológica de Unamuno en *La novela de don Sandalio, jugador de ajedrez* es tal vez —aunque a muchos escandalice el aserto— la clave que preside el establecimiento de un diagnóstico genérico integral e interpersonal [4].

II. El diagnóstico genérico se halla de ordinario tácitamente englobado en el *diagnóstico específico*. El médico, en efecto, adquiere de manera inmediata la certidumbre objetiva de que el sujeto a que atiende está realmente enfermo, y orienta su exploración clínica hacia el conocimiento de la «especie morbosa» que —valga la redundancia— ese paciente padece. Los métodos para la obtención del diagnóstico que describen los tratados de semiología —el intuitivo, el diferencial, el inductivo, el hipotético— alcanzan ahora plena vigencia. Aplicándolos diestramente a los datos de una exploración ejecutada según arte, el clínico llegará a los juicios en que de ordinario se ve cifrada la tarea de diagnosticar: «Este hombre padece una diabetes sacarina, un cáncer de pulmón, una fiebre tifoidea, etc.».

¿En que medida puede ser y es de hecho interpersonal el diagnóstico específico? En medida muy escasa. El modo como es real la especie morbosa —su condición de accidente modal típico, diría un filósofo escolástico— exige perentoriamente que sea y tenga que ser objetivante el proceso mental de concebirla, conocerla y definirla. Se dirá, tal vez, que al cuadro clínico de determinadas especies morbosas pertenecen tales o cuales síntomas subjetivos: el dolor, la ansiedad, etc. Pero, aun siendo «subjetivos», aun perteneciendo al mundo interior del paciente, tales síntomas no pueden ser interpersonalmente coejecutados ni compartidos: el médico no los convive, se limita a registrar que existen «objetivamente» en la conciencia del enfermo. El médico, en suma, no coejecuta ni comparte el dolor de muelas —éste, como sabemos, es del enfermo y sólo de él—, sino el modo como frente al dolor de muelas se conduce la persona que lo padece. Y lo mismo cabría decir de la ansiedad, de una idea delirante, etc.

---

[4] Puede verse un intento de aplicación de la lección contenida en esa genial novelita —o «nivolita»— de don Miguel de Unamuno al problema del conocimiento médico, en mi libro *Grandes médicos* (Salvat, Barcelona, 1961), págs. 370-374.

Repitamos, pues, la interrogación anterior: ¿en qué medida puede ser y es interpersonal el diagnóstico específico? Sólo en la medida en que afecte personalmente al enfermo el hecho de saber que padece determinada especie morbosa y no otra. Allende los síntomas subjetivos que correspondan a una y otra entidad clínica, ya en el orden de la vida más estrictamente personal, no es lo mismo saber que se tiene un cáncer de pulmón o una bronquitis. Y así un diagnóstico de cáncer de pulmón no será completo si a la pura e ineludible objetividad de ese concepto y ese nombre no se añade un complemento, relativo al modo como la persona del paciente vive el hecho de saber —o de no saber— que es precisamente esa enfermedad la que padece.

Esto pone ante nosotros una peculiar eventualidad del diagnóstico específico. Es posible, en efecto, que una exploración precautoria (un «chequeo», el examen de un asegurado) o una exploración en serie (estudiantes, reclutas, etc.), descubran alteraciones patológicas, anatómicas unas veces y funcionales otras, en sujetos que hasta entonces no se sentían enfermos. Desde el momento mismo de establecerlo, el diagnóstico es en tal caso objetivo y específico. Pero el sujeto no comenzará real y verdaderamente a «estar enfermo» hasta el momento en que se le comunique la noticia de tal hallazgo, y entonces las posibilidades de ese «estar enfermo» serán fundamentalmente dos: *a)* sin un sentimiento de enfermedad propiamente dicho, sintiéndose subjetivamente tan «sano» como antes de recibir esa noticia, el paciente vive personalmente el hecho de saber que, sin él sentirlo, no está sano, está enfermo; *b)* la vivencia de tal noticia suscita la aparición de un verdadero sentimiento de enfermedad, bien porque un autoanálisis más atento y fino lleve al paciente a descubrir en sí mismo síntomas subjetivos u objetivos hasta entonces inadvertidos, bien porque dicha vivencia provoca una reacción hipocondríaca, neurótica, más o menos grave. Con lo cual, tanto en aquel caso como en éste, el diagnóstico exigirá una comunicación interpersonal y coejecutiva entre el médico y el enfermo.

III. Además de ser genérico y específico, el juicio diagnóstico debe ser *individual*. La personalización de esos dos modos del diagnóstico —el hecho de que el paciente viva personalmente su doble condición de «hombre enfermo» y de «nefrítico» o «diabético»—, individualización es, en el más hondo y humano sentido de esta palabra. Pero es evidente que un diagnóstico no puede ni debe ser «individual» sólo

porque el médico tenga en cuenta la realidad de tales vivencias. Es preciso, pues, plantearse de frente y con radicalidad el problema de la *diagnosis aegri*. ¿Cómo el enfermo lo está, no sólo por el hecho de ser nefrítico o diabético —la *diagnosis morbi* de los clínicos antiguos—, mas también por el hecho de ser «tal enfermo»? Así concebido, ¿cómo puede y debe ser expresado el diagnóstico clínico?

Mil y mil veces ha sido proclamada esta sentencia: «No hay enfermedades, sino enfermos». Mejor sería decir: «Hay enfermedades en enfermos». A su modo, las «enfermedades», las «especies morbosas», son reales; pero lo son en el enfermo a cuya vida y realidad pertenecen. La enfermedad individual es casi siempre el resultado de la individualización de una especie morbosa. Ahora bien: ¿cómo se hace real esta «individualización» de la enfermedad? ¿Cómo, en consecuencia, habrá de ser «individual» el diagnóstico?

Para responder con alguna precisión a estas interrogaciones, es preciso distinguir las tres maneras principales de entender la individualidad, y por tanto la individualización, cuando es un individuo humano la realidad considerada.

Ante todo, la *individualización cuantitativa*. A los ojos del clínico, un proceso morboso adquiere individualidad cuando, por el hecho de ser tal individuo quien lo padece, ganan determinada intensidad los síntomas correspondientes a la especie morbosa de que se trate. El nivel y la longitud de la curva de glicemia, la intensidad del adelgazamiento, la cuantía de la poliuria, etc., individualizan la diabetes que padece el Sr. N. N., y por consiguiente hacen individual su diagnóstico; la altura de la fiebre, la duración del período anfibólico, la cifra de la leucopenia, el volumen del bazo, etc., hacen individual el diagnóstico del tífico, y así sucesivamente. Con ello se da versión clínica a una sentencia filosófica tomista, según la cual el «principio de individuación» es *materia signata quantitate*, determinación cuantitativa de la materia en que se realiza la forma específica del individuo en cuestión. Como un individuo humano se distingue de los demás por su talla, su peso, el tamaño de su nariz, la intensidad de su pigmentación, la fuerza de su voz, el grado de su memoria, etc., del mismo modo, en relación con los síntomas de su accidente morboso, el diabético y el tífico.

No es preciso un análisis muy detenido de esta concepción del *principium individuationis* y de su realización clínica para descubrir que la individualidad queda en ella reducida a ser combinación peculiar de

varias instancias típicas. Ciñámonos exclusivamente al problema de la clínica. Quien así entienda la individualización del proceso morboso, ¿cómo la interpretará? No imaginemos nada, limitémonos a contemplar lo que el clínico habitualmente hace. Y lo que hace es pensar que la enfermedad posee carácter individual por la concurrencia y el mutuo juego de las instancias siguientes: la edad del enfermo, su sexo, su raza, su biotipo, la intensidad y la localización de la *causa morbi*, el ocasional grado de las «defensas», etc. La individuación es así el resultado de sumarse o combinarse varias determinaciones de naturaleza «típica». La visión meramente objetiva del enfermo, su programática consideración como una realidad que «está ahí», puesta en el mundo ante nosotros y ofrecida a nuestro conocimiento y manejo —metafísicamente: la concepción del ser humano desde el punto de vista de *lo que es*—, no permite otro modo de proceder.

Más satisfactoria parece ser la *concepción cualitativa de la individuación.* Según ella, la enfermedad cobra aspecto individual porque en cada sujeto cambia la figura del cuadro morboso; y esto no sólo por la peculiar intensidad de los síntomas, también por la disposición con que en aquel caso se ordenan y configuran y —sobre todo— por la presencia de síntomas nuevos, no correspondientes a la especie morbosa de que se trate. «Cada caso clínico —ha escrito certeramente Marañón— *puede* expresarse por síntomas que no corresponden a los que los esquemas de los libros le asignan. Y este *puede* se cierne, como una amenaza implacable, sobre el diagnóstico... La experiencia clínica se crea en gran parte con enfermos que presentaban precisamente los síntomas que, según el catedrático y el texto, no se debieran presentar». Frente a la individuación cuantitativa cabría hablar, pues, de una «individuación configural». Pero si la «figura» del caso clínico no se ve sino como la apariencia de una cosa que «está ahí», brindando al médico la posibilidad de una descripción y una interpretación meramente «objetivas» —con otras palabras: si la mentalidad del clínico no pasa de ser científico-natural a ser científico-personal—, nada esencialmente nuevo se habrá añadido al punto de vista anterior. La concepción escotista del *principium individuationis* —la idea de que éste tiene su verdadero fundamento en la «forma» y no en la «materia» del individuo, la tesis de que la individuación es originariamente cualitativa y no cuantitativa— no acaba de resolver el problema, cuando la realidad individuada es la de un hombre.

El diagnóstico sólo puede ser verdaderamente «integral» o «interpersonal», cuando se le individualiza teniendo en cuenta la persona del enfermo en cuanto enfermo. Por encima de la individuación cuantitativa y de la individuación cualitativa debe estar en el caso del hombre, hállese éste sano o enfermo, la *individuación personal*. El hombre es individuo siendo persona, y a la postre —cuando se estudia su realidad, no según *lo que* él es, sino según *el que* él es, cuando se contempla su *qué* desde el punto de vista de su *quién* —porque es persona. Lo cual, ya en orden a nuestro problema, nos pone ante dos cuestiones distintas. Primera: ¿cómo se individualiza personalmente la enfermedad? Segunda: ¿cómo, en consecuencia, deberá individualizarse interpersonalmente el diagnóstico?

Para estudiar metódicamente la individuación personal de la enfermedad es preciso considerar por separado su manifestación y su causación, el cuadro clínico individual, tal y como el médico lo conoce y describe, y la causa o las causas por las cuales la individualidad de ese cuadro ha llegado a producirse.

En el orden de su pura *manifestación*, el conocimiento y la descripción del clínico tienen ante todo que considerar:

a) La *oportunidad biográfica*, el *kairós* del accidente morboso. ¿Por qué la enfermedad ha aparecido en tal ocasión de la vida del enfermo y no en otra? A veces el clínico podrá responder a esta interrogación: el hecho de que el paciente haya enfermado «entonces» y no en otro momento de su vida puede ser en tal caso satisfactoriamente «comprendido», en el sentido técnico de esta expresión; el médico es capaz de percibir el sentido que ese «entonces» de la enfermedad posee en la biografía del paciente. A través de mecanismos más o menos inconscientes, pero psicológicamente analizables y comprensibles, la enfermedad se inicia con ocasión de una crisis o un evento grave en la vida del sujeto que la padece. Las historias clínicas de los enfermos psicosomática o antropológicamente estudiados ofrecen no pocos ejemplos de esta comprensión psicológica del *kairós* de la enfermedad. Otras veces, en cambio, la aparición de la enfermedad en un determinado momento biográfico y no en otro será para el clínico puro azar y, por lo tanto, puro enigma. Dos extremos, dos riesgos, dos frentes en la medicina actual: a un lado, los clínicos que por el prurito de comprender psicológicamente todo lo concerniente a la enfermedad humana, amplían y sutilizan abusivamente sus interpretaciones biográficas; al otro, los que, ciegos y sordos por

incapacidad o por deliberado empeño para todo lo que en el enfermo sea vida anímica, desconocen realidades clínicas que, sabiendo oir y mirar al enfermo, tantas veces pueden ser percibidas con evidencia. Desde el punto de vista de su sentido biográfico, todas las enfermedades son a la vez —decía yo hace años— «opacas» y «comprensibles», unas muy opacas (una fiebre tifoidea, una neoplasia), otras muy comprensibles (una neurosis de situación); pero las enfermedades más opacas tienen siempre en su estructura algún momento psicológicamente comprensible, y en el fondo de las más comprensibles fluye siempre una vena de cósmica opacidad [5]. Así lo exige la realidad de la vida humana, tanto en el caso del enfermo (realidad enferma, transparencia y enigma del enfermar) como en el caso del médico (realidad cognoscente, poder y limitación del conocer).

b) La peculiar *configuración del cuadro sintomático*, la parte que en la singularidad de éste haya puesto el hecho de ser el enfermo «persona» y «tal persona». Si el hombre no fuese persona y tal persona —si no fuese un individuo inteligente, libre, íntimo, apropiador y responsable—, la conjunción de la causa externa de la enfermedad (germen patógeno, noxa química, agente físico, etc.) y el momento puramente biológico de su causa interna (constitución específica, típica e individual del sujeto afecto) determinaría de un modo fatal y necesario la figura del cuadro clínico: el «determinismo» de la gnoseología biológica de Claudio Bernard se hallaría en tal caso plenamente justificado. Pero el individuo humano es persona y tal persona, y esta condición suya introduce de algún modo su libertad en el seno de la causa interna del proceso morboso; lo cual otorga siempre a cada cuadro clínico una originalidad imprevisible. En sus rasgos fundamentales, el cuadro clínico de la fiebre tifoidea que padece tal enfermo es el que simultáneamente imponen la peculiaridad específica del agente causal (*lo que* el bacilo de Eberth es) y la singularidad biológica del organismo infectado (*lo que* el paciente es: *homo sapiens*, varón, adolescente, blanco, pícnico, etc.); pero el acabamiento expresivo de ese cuadro (presencia de tal o cual síntoma anómalo, ausencia de tal o cual síntoma regular, intensidad mayor o menor de los síntomas observados, notas tocantes a la personal actitud del enfermo frente a su enfermedad) dependerá siempre de *quién* es él o, como suele decirse, de «ser él quien es», de su condición de persona. Así lo mostrará en todos los casos un examen clínico atento y fino.

[5] Véase *La historia clínica*, 2.ª ed., págs. 620-624.

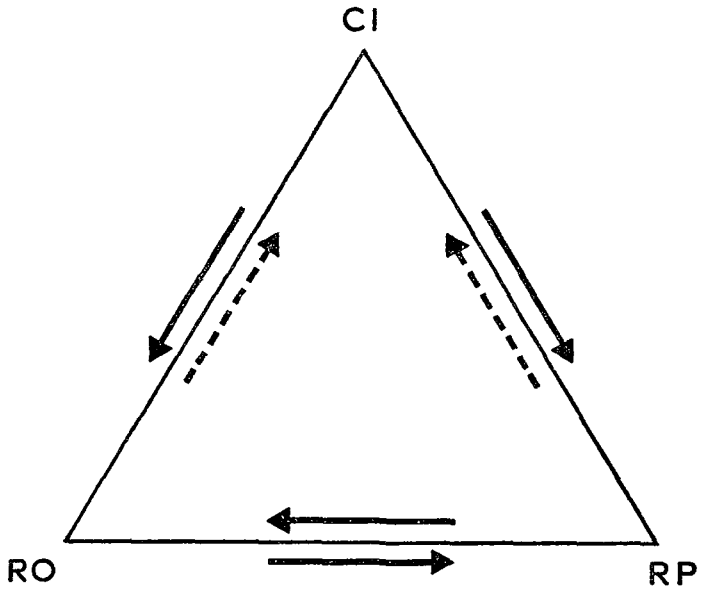
En el orden de la *causación*, esa individualidad personal del cuadro clínico se constituye en virtud de un doble proceso psicosomático:

a) La *afección personal*, el modo como la persona del enfermo recibe y hace suya —o no— la enfermedad que padece. Consciente e inconscientemente unas veces, con discrepancia entre la actitud consciente y la actitud inconsciente otras, el enfermo responde al hecho de su enfermedad —que esta sea «enfermedad», que sea «tal enfermedad»— aceptándola con desesperación o con esperanza, rebelándose contra ella o intentando sacar de ella algún provecho, sintiéndola como fuente de derechos o como fuente de deberes; todo lo cual se expresará de un modo u otro en la configuración del cuadro clínico (recuérdese lo que acabo de indicar), y hasta en la eficacia de las prescripciones terapéuticas. Así considerado, el enfermo es «persona paciente y reagente».

b) La *creación personal*, la participación original y creadora del enfermo en la génesis de la enfermedad y en la elaboración del cuadro clínico. La génesis de la enfermedad suele ser reacción orgánica —una reacción, por tanto, mínimamente «personal»— a la acción azarosa de la *causa morbi* (así enferma el fracturado cuando por azar ha caído sobre él una teja, y así el tífico en el curso de una epidemia de fiebre tifoidea); pero también puede ser, parcial y subconscientemente, al menos, el resultado de cierta «iniciativa personal» («huida a la enfermedad», aprovechamiento consciente o inconsciente de la ocasión de enfermar). El estado morboso es en tal caso muy real, pero se halla situado a medio camino entre la enfermedad por azar y la franca simulación. Otro tanto cabe decir de la configuración del cuadro clínico. En sus rasgos generales, éste suele ser la sucesiva exteriorización sintomática de una reacción orgánica; mas también es —parcial y subconscientemente, al menos— el resultado de una «elaboración personal» de los síntomas biológicamente reactivos y de una «creación personal» de síntomas nuevos. La enfermedad se *padece* siempre, hasta cuando uno, para su ocasional beneficio, se ha «refugiado» en ella; pero lo que en ella padece el enfermo no es sólo la lesión que el proceso morboso inflige a su realidad somática y psíquica, es también lo que su organismo y su persona —la condición psicosomática de su ser personal— reactiva y creadoramente *hacen*. La expresión francesa *le malade fait sa typhoïde, sa bronchopneumonie, etc.* —cada vez más adoptada, por lo que oigo, entre nosotros— tiene una profunda razón de ser. Desde el punto de vista de la configuración del cuadro clí-

nico, el enfermo es a la vez paciente, co-autor y co-actor de su enfermedad; en definitiva, «persona creadora».

Con todas las reservas que a la esquematización excesiva deben oponerse, el objetivo del diagnóstico clínico puede ser representado por un triángulo (fig. 1). El vértice superior, CI, es la causa inmediata de la en-



(Figura 1.)

fermedad, el resultado de conjugarse, bajo forma de alteración anatómico-funcional, la constelación causal externa (agente microbiano o tóxico, golpe de calor, situación social, etc.) y la causa dispositiva o interna (constitución orgánica, estado ocasional, psíquico y somático del organismo). Uno de los vértices inferiores, RO, es la reacción orgánica a esa causa inmediata; reacción somática y psíquica a la vez, cuya figura queda básicamente determinada por la constitución específica, típica e individual del paciente, esto es, por su condición física de hombre y por su edad, sexo, raza, biotipo y pasado biológico (inmunidad, hipersensibilidad alérgica, etc.). El otro vértice, RP, es la reacción personal, constituida y expresada como queda dicho y determinada por las estructuras existenciales en que se realiza la condición de persona del ser humano: conciencia psicológica, inconsciente personal, creencias vivas, idea de sí mismo y de la propia situación en el mundo, proyectos personales, estructura

biográfica del curso vital, contenido de la propia biografía. Las flechas adosadas a los lados del triángulo indican la mutua relación operativa entre estos tres momentos consecutivos de la enfermedad: la causa inmediata (CI) determina *a la vez* una reacción orgánica de índole psicosomática (RO), y una reacción personal (RP), las cuales actúan una sobre otra y —en cierta medida— reobran sobre la causa inmediata. El diagnóstico clínico consiste, a la postre en *entender* con la máxima precisión esa dinámica del proceso morboso y en *nombrarla* nosográfica e individualizadamente con expresividad y concisión. Cada uno a su modo, los psiquiatras E. Kretschmer y K. Birnbaum propusieron hace años como *desideratum* de su especialidad un *diagnóstico pluridimensional* de las enfermedades mentales; diagnóstico en el cual el clínico ha de conocer, aparte el cuadro sintomático y el curso del proceso morboso en cuestión, los factores «patogenéticos» o causales *stricto sensu* y los factores «patoplásticos» o configuradores de tal proceso. No me parece inoportuna la consigna de extender este precepto a toda clase de enfermedades. El juicio diagnóstico sólo puede ser satisfactorio, en efecto, siendo a la vez, en la medida de lo posible, individual y pluridimensional. Las páginas precedentes indican con claridad cuántas y cuáles deben ser las «dimensiones» de un buen diagnóstico clínico.

Cuando la individuación del diagnóstico es meramente cuantitativa, el *principium individuationis* es concebido como *materia signata quantitate* (Sto. Tomás de Aquino). Si se atribuye a la individuación una consistencia no sólo material, también formal, su *principium* queda entendido *ex parte formalitatis* (Escoto). En el caso del hombre, y tanto en lo tocante al estado de salud como al estado de enfermedad, parece pertinente concebir el principio de individuación como *persona signans*. Y aun sabiendo muy bien que esa *signatio* tiene que realizarse orgánica y materialmente, diremos que, en el orden de la vida personal, la materia del organismo queda individualizada por obra de un proceso de libre creación —de cuasi-creación, en el sentido de Zubiri—; es, por tanto, *materia signata creatione*.

Si así se individualiza personalmente la enfermedad, ¿cómo habrá de individualizarse interpersonalmente el conocimiento técnico de la misma? He aquí la segunda de las cuestiones que nos plantea la individuación del diagnóstico clínico. Distingamos, para tratar de resolverla, la meta y el método del empeño.

Puesto que ahora en el enfermo se ve una persona, y puesto que la

condición personal es la instancia más radical y decisiva en la constitución del individuo humano, la *meta* del diagnóstico así entendido habrá de ser una referencia expresa y científica de todo lo observado por el médico y todo lo padecido por el enfermo al centro desde el cual y por el cual el enfermo es persona, individuo viviente, inteligente, libre, responsable y apropiador. Tal vez convenga glosar brevemente los cuatro términos principales de la fórmula que acabo de emplear:

1.º Referencia a una persona. El médico no debe diagnosticar «un caso de cáncer de pulmón» o «un caso de diabetes sacarina», sino «el cáncer del pulmón del enfermo A.» y «la diabetes sacarina del enfermo B.»; expresiones en las cuales los elementos sustantivos («cáncer de pulmón», «diabetes sacarina», «enfermo A.», «enfermo B.») no deben relegar al olvido el elemento preposicional, la partícula «del». El cáncer y la diabetes son «del» enfermo A. y «del» enfermo B. ¿Qué sentido debe tener, en orden al diagnóstico clínico, ese «del»? Interrogación que en rigor engloba otras dos, una expresiva del punto de vista del enfermo: «¿de qué modo, en qué medida ha sido *apropiada* la enfermedad por la persona que la padece?», y otra indicadora del punto de vista del médico: «¿en qué forma debe ser *referida* la enfermedad a la persona del paciente?» El juicio diagnóstico, por tanto, deberá expresar: *a)* si la enfermedad *in toto* pertenece, dentro de la vida del paciente, a la esfera de lo-en-mí o a la esfera de lo-mío, y si sus diversos elementos vivenciales se hallan varia e indecisamente repartidos en esas dos esferas de la vida personal; *b)* el modo como la enfermedad o alguno de sus elementos vivenciales pertenecen a la esfera de lo-en-mí (modos de la alienidad de la afección morbosa: mera extrañeza, repulsa, mansa conllevancia, etc.); *c)* el modo como la enfermedad o alguno de sus elementos vivenciales han sido apropiados por el enfermo, hasta hacerlos personalmente «suyos» (interpretación de la afección morbosapor parte del enfermo y juicio del médico —interpretativo también, claro está— acerca de esa interpretación). Apenas será necesario decir que la referencia de la enfermedad a la persona del sujeto debe ser hecha según dos intenciones cardinales, una cognoscitiva o noética (cómo el enfermo entiende su enfermedad y cómo debe ser técnicamente entendido por el médico lo que el enfermo entiende) y otra moral o ética (cómo vive y se conduce moralmente el enfermo en relación con su enfermedad, en la medida que esto tenga o pueda tener alguna importancia para el tratamiento).

2.º Referencia de todo lo observado por el médico. Para que el

diagnóstico sea «integral», el juicio que lo expresa debe contener, explícita o implícitamente indicados, todos los datos a que haya llegado la observación técnica del médico, tanto los de orden somático como los de orden psíquico, y correspondientes a los tres distintos términos en que formalmente puede ordenarse esa observación: el «estado» (cuadro quiescente de la apariencia externa e interna del cuerpo o de un determinado instante de la vida anímica), el «proceso» (fluencia energético-material del cuerpo, curso de la conducta o del psiquismo) y el «rendimiento» (pruebas funcionales y respuestas de carácter somatofisiológico o psicofisiológico).

3.º Referencia de todo lo padecido por el enfermo. Tanto, pues, lo que el enfermo *padece* porque ha sobrevenido en su vida sin intervención consciente o inconsciente de su persona (lo que en la enfermedad es, en el sentido más estricto de estas palabras, mera afección pasiva, *páthos* o *passio*), como lo que el enfermo *vive* respecto de aquello que él, consciente o inconscientemente, ha hecho o creado en su enfermedad (lo que en ésta es resultado de cuasi-creación personal, *poiêma* y *érgon*).

4.º Referencia expresa y científica. La expresión verbal de la referencia no puede ser ahora un simple rótulo nosográfico; éste, el rótulo nosográfico, debe ser parte integrante de un relato biográfico. De otro modo carecería de sentido personal el «del» que vincula la lesión anatómica o bioquímica al sujeto que como enfermo la padece. La expresión debe ser, por otra parte, científica: lo observado y nombrado será explícita o implícitamente referido a sus causas —cósmicas, psíquicas y sociales—, y tal referencia, no obstante su condición parcialmente interpretativa, conjetural e imaginativa, podrá en todo momento ser justificada, así en el orden real como en el orden lógico, por la mente del diagnosticador. Tanto peca contra el carácter científico del diagnóstico el clínico que por incompetencia personal o por doctrinarismo excluye *a priori* toda interpretación psicológica, aunque ésta venga exigida por los hechos de observación y sea altamente plausible, como el que por virtuosismo o *pour épater* se entrega a sutilezas interpretativas no justificables en la realidad ni por la lógica.

Tal es la meta de un diagnóstico interpersonal e integral. Para alcanzarla, el *método* del clínico deberá integrar unitariamente cuatro actividades psíquicas: objetivación, inducción, interpretación y coejecución.

La *objetivación* —la metódica consideración de la realidad como «objeto» de conocimiento científico y manipulación técnica— es, lo

sabemos, condición necesaria de la práctica de la medicina, aunque no sea y no pueda ser condición suficiente. El médico tiene que ser «más-que-objetivador», pero puede llegar a ello sin ser riguroso «objetivador». La observación inmediata e instrumental de estados, procesos y rendimientos es el modo de la objetivación más directamente exigido por el diagnóstico clínico.

La *inducción* se aplica a los datos suministrados por la objetivación y tiene como término el establecimiento de la especie morbosa que el enfermo padece. Tal vez no sea ocioso indicar que la mente del médico debe ser *a la vez* anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica en su tarea inductiva.

La *interpretación* del clínico tiene dos campos principales: el que ofrecen los datos observados por él y las vivencias testificalmente notificadas por el enfermo —recuérdese lo que en la anamnesis es la «notificación testifical»— y el que brindan las personales interpretaciones del paciente. Las cuales, en efecto, deben ser técnicamente re-interpretadas por el médico según su total experiencia del caso clínico y conforme a la concepción científica de la vida humana a que su mente se halle adscrita (freudiana, junguiana, adleriana, analítico-existencial, sincrética o ecléctica, etc.).

Cima y destino inmediato de la interpretación —y, por tanto, de la referencia de lo observado e interpretado a la persona del paciente— debe ser la *coejecución*; la cual, recuérdese, tiene como materia las vivencias personales del enfermo en relación con su enfermedad (cómo la vive en la esfera de lo-en-mí o en la esfera de lo-mío), y como término, los actos intencionales correspondientes a esas vivencias (lo que el paciente hace en su intimidad en cuanto paciente, co-actor y co-autor de su afección morbosa). En la medida en que los síntomas son «signos», en el sentido husserliano del vocablo, permiten, por inducción (diagnóstico diferencial, diagnóstico inductivo *stricto sensu*), llegar a la especie morbosa de que entonces se trate. En la medida en que son genuinas «expresiones», ofrecen la posibilidad de llegar, por coejecución de las vivencias y las intenciones de que proceden, a la persona del enfermo. Con lo cual el diagnóstico puede ser a la vez «integral» e «interpersonal» [6].

[6] No puedo ni debo pasar aquí de este sumarísimo apuntamiento. Invito al lector a repensar por su cuenta las fórmulas descriptivas y conceptuales que empleo y a completarlas con ejemplos procedentes de su experiencia o de la bibliografía. Téngase en cuenta que no escribo un tratado de antropología médica, sino una monografía exclusivamente consagrada al problema de la relación entre el médico y el enfermo. Abrigo la esperanza de tratar un día *in extenso* los temas que ahora no hago más que presentar.

III. AMISTAD MEDICA Y DIAGNOSTICO CLINICO

Además de conceder al médico fundamento racional para sus prescripciones terapéuticas, ¿qué es el diagnóstico, en orden a la relación entre aquél y el enfermo? ¿Cómo debe ser entendido dentro de esa relación? Tal es, en rigor, nuestro problema. De esas interrogaciones surgió la reflexión que antecede, y sólo con ellas puede cobrar pleno sentido.

Varias veces he dicho, desde las páginas de la Introducción, que el diagnóstico clínico no debe ser entendido, si queremos apartarnos de cualquier abstracción racionalista, como un conocimiento montado al aire. Un juicio diagnóstico no es y no ha sido nunca el resultado del encuentro cognoscitivo entre una «razón pura», la del médico, y una «realidad puramente exterior y objetivable», la del enfermo. Así nos lo ha hecho ver nuestro análisis histórico. Previa al juicio diagnóstico y a la deliberada marcha de la mente hacia él, entre el médico y el enfermo se ha producido una vinculación interhumana de consistencia compleja y variable —el «fundamento específico» de la relación médica—, uno de cuyos elementos, solamente incoado al iniciarse aquélla, posee carácter cognoscitivo. En ese elemento está el germen del diagnóstico clínico. El cual, según esto, debe ser concebido como la realización y la manifestación cognoscitivas del fundamento específico de la relación entre el médico y el enfermo.

¿Cómo de ese fundamento surge y se configura el juicio diagnóstico? Pienso que la respuesta exige discernir dos posibilidades cualitativamente distintas entre sí. En la primera, el juicio diagnóstico expresa cognoscitiva y técnicamente el fundamento específico de la relación médico-enfermo que venimos considerando canónica: el diagnóstico clínico es entonces la expresión de una «amistad médica». En la segunda, harto más heterogénea, el diagnóstico clínico da expresión a una de las mil formas deficientes o viciosas de esa relación.

I. Estudiemos ante todo la posibilidad para nosotros canónica: el juicio diagnóstico como *expresión de la amistad médica*. Más o menos robustecida o complicada por sus ingredientes transferenciales, esta es, como sabemos, la vinculación que se establece entre dos personas: un enfermo que confía en la medicina y, en principio, en la persona del médico, y un médico técnicamente bien formado y vocacionalmente bien

dispuesto al ejercicio de su profesión. Cuando se dan estos dos presupuestos, tan pronto como se encuentran médico y enfermo se establece entre ellos, más o menos consistente y manifiesta, una genuina «amistad médica». Sabemos ya lo que ésta es en su aspecto afectivo. Trátase ahora de saber lo que es en su aspecto cognoscitivo o noético.

Médico y enfermo se han encontrado entre sí. Se ven, se hablan, inician la multiforme comunicación mutua páginas atrás estudiada. El menester y la confianza de uno, la disposición a la ayuda técnica del otro, hacen que la relación entre ambos sea específicamente amistosa desde su iniciación misma; tanto más, si el enfermo y el médico se conocían antes como tales entre sí, y ya era amistosa su mutua relación. Pues bien: cuando esto ocurre, en el alma del médico surge, tácita o expresa, la convicción presuntiva «Este hombre está enfermo», y por tanto: *a)* una conmiseración humana y técnica respecto de la persona que ha acudido a él en solicitud de asistencia médica; buscando en él, por consiguiente, la ayuda que por su formación él puede ofrecer y por su vocación se complace en dispensar; *b)* una coejecución creyente —amistosa, por tanto— de la vivencia y la intención del enfermo, en cuanto éste es persona que frente a su sentimiento de enfermedad se ha comportado «yendo al médico» y eligiéndole a él, si tal ha sido el caso; *c)* un propósito más o menos formulado, pero siempre eficaz, de buscar técnicamente en el organismo y en el alma del enfermo la causa del estado de enfermedad en cuya realidad él, como hombre y como médico, presuntivamente creía. En suma: la amistad médica se ha constituido en fundamento, germen y pábulo del diagnóstico. Cuando éste llegue a existir de un modo configurado y explícito, será la forma cognoscitiva de una relación humana y técnicamente amistosa.

No siempre son las cosas tan claras e ideales. En ocasiones, porque la amistad médica no llega a constituirse; pronto veremos lo que entonces sucede. Otras veces, porque esa amistad no se constituye de un modo tan inmediato, y ha de nacer saltando o perforando las barreras psicológicas y sociales que en el médico y en el enfermo la condicionan y dificultan. En el médico, la instalación habitual y vigorosa en un *ego sapiens*, en un *ego cupiens* o en un *ego fungens*. La voluntad de ayudar técnicamente al enfermo y el gusto por tal ayuda sólo serán en tal caso eficaces, en orden a la promoción de una amistad médica, imponiéndose sobre la tendencia a ver en el paciente el objeto de una investigación científica, una posible fuente de ingresos o la concreción individual de un deter-

minado grupo o estamento de la sociedad (soldado, obrero asegurado, etcétera). En el enfermo, su actitud de desconfianza, su interés por objetivos distintos de la curación o una conciencia demasiado viva y engallada del derecho social que su «estado de enfermedad» le concede. Pero no siempre son imperforables tales barreras, y lo habitual es que, pese a ellas, llegue a establecerse la amistad médica, y que ésta sea total o parcial fundamento de la relación diagnóstica con el paciente.

El fundamento amistoso del juicio diagnóstico debe alcanzar su manifestación definitiva cuando el médico, dando acabamiento psicológico y social a la faena de diagnosticar, hace partícipe al enfermo de ese juicio. En la clínica humana, veíamos, el diagnóstico debe ser, si ha de alcanazar plenitud formal, saber compartido, con-saber, y esto por dos razones principales. Una más «técnica», en el sentido habitual de la palabra: porque —como genialmente intuyó Platón y apuntó el autor del escrito hipocrático *de prisca medicina*— el saber lo que se tiene ayuda a sentirlo fina y rectamente, y por lo tanto a perfeccionar el diagnóstico mismo. Otra más «humana», pero técnica también, dentro de una concepción científico-personal de la medicina: porque el enfermo es persona, y por lo tanto, del modo y en la medida que sea, autor y responsable de su propia vida. En el capítulo consagrado al momento ético-religioso de la relación médica estudiaremos más detenidamente esta segunda razón. Ahora debo limitarme a decir que una realización amistosa de esa visión del paciente como persona *in genere* y como persona singular conducirá al médico, en orden a la participación del diagnóstico, a decir al enfermo todo y sólo lo que para su bien le sea conveniente saber, a decírselo de un modo verdaderamente interpersonal y «amistoso», con auténtica delicadeza y auténtica voluntad de personalización [7], y a comunicar toda la verdad acerca del caso a la persona más idónea, entre las que habitualmente rodeen al enfermo.

En suma: en el caso ideal, el diagnóstico clínico es la realización y la manifestación cognoscitivas de una amistad médica, a través de los datos objetivos y coejecutivos que la exploración proporcionó. La forma verbal del juicio diagnóstico tendrá siempre —deberá tener siempre— dos

[7] Bien está que el médico dé al enfermo por escrito su juicio diagnóstico y sus prescripciones; menos bien está que para ello se valga de una persona intermedia, corrompiendo o desvirtuando uno de los momentos capitales de su relación con aquél. Sería conveniente que los médicos oyesen los comentarios de sus pacientes después de que la enfermera de turno ha entregado a éstos el papelito con el dictamen diagnóstico y terapéutico.

elementos constitutivos, uno nosográfico y nominativo («cáncer de pulmón», «diabetes sacarina»), otro biográfico e interpretativo (indicación de lo que la enfermedad parece ser y es realmente para el enfermo); pero en su contextura íntima e intencional, en ese juicio deben articularse, técnicamente expresadas, tres instancias principales, susceptibles de ser reducidas a las tres siguientes fórmulas: «hombre que sufre enfermedad» (percepción convivencial del sufrimiento del enfermo), «hombre que sufre así» (cualificación subjetiva del *páthos* morboso, momento pasivo, reactivo y responsivo de ese sufrimiento) y «hombre que sufre por tal causa» (conocimiento técnico de las causas somáticas y psíquicas del sufrimiento, diagnóstico causal —objetivo y coejecutivo a la vez— del proceso morboso individual).

II. Hay ocasiones, sin embargo, en que la amistad médica no llega a constituirse, y algunas en que desaparece después de haberse iniciado o constituido, para ser remplazada por otro afecto mucho menos conveniente. ¿Qué es en ellas el diagnóstico? De una manera genérica, ya lo sabemos: será la realización y la manifestación cognoscitiva de la vinculación no amistosa que de hecho actúe como fundamento específico de la relación médica. Y de una manera particular, en la estricta singularidad de cada caso, el diagnóstico clínico será el resultado cognoscitivo de los intereses y las actitudes que mutuamente se conjuguen en el encuentro y la relación del enfermo y el médico. ¿Qué interés preside y decide el ejercicio del médico, cuál es la actitud de éste frente a sí mismo, en cuanto práctico del arte de curar, y frente al enfermo que en aquella ocasión le requiere? ¿Qué interés ha movido al enfermo a solicitar asistencia técnica, y cuál es su actitud ante la medicina, ante el médico que le atiende y ante su propia enfermedad?

Sin olvidar que, como suele decirse, «cada caso es un caso», con plena conciencia de que la realidad desborda siempre los esquemas a que la mente humana trata de reducirla, pienso que el abigarrado conjunto que constituyen las formas abortivas y viciosas de la relación médica puede ser satisfactoriamente ordenado teniendo en cuenta los varios modos típicos que con más frecuencia adoptan el interés y la actitud del médico y el enfermo.

Conocemos ya las principales orientaciones del interés del médico. Son, como sabemos, la científica, la codiciosa, la funcionarial y la asistencial; esto es, las correspondientes a los diversos «yos» desde que la

profesión médica suele ser practicada. El médico, por otra parte, puede estar técnicamente bien o mal formado, y actuar en uno y en otro caso seguro o inseguro de sí mismo. No son infrecuentes los clínicos deficientemente formados, pero muy seguros de sí, ni los que, con una aceptable formación técnica, se sienten íntimamente inseguros ante el enfermo. Un médico con vocación asistencial, con buena formación técnica y discretamente seguro de sí mismo es, por supuesto, el práctico ideal. Junto a él, pónganse los tipos que resulten de combinar las restantes posibilidades: médico científico bien formado e inseguro de si mismo, médico codicioso mal formado y seguro de sí, etc. etc.

Sabemos también cuáles son los más frecuentes intereses del paciente: la salud, el diagnóstico, el refugio en la enfermedad o en el médico, la adquisición del remedio. Unase a esta diversidad la que por su parte establecen el grupo social (clase, profesión, etc.), la reacción a la enfermedad sentida (más entregada en unos casos, más combativa en otros), la actitud jurídica y moral del enfermo respecto de la significación social de su dolencia (conciencia de deber, conciencia de derecho) y la variable disposición ante la medicina y ante el médico (confianza o desconfianza), y podrá obtenerse una amplia serie de posibilidades típicas para la ordenada intelección del quehacer médico: paciente que desea la salud, vive su enfermedad como fuente de derecho y confía en el terapeuta, enfermo que desconfía del médico y trata de explotar su enfermedad, etcétera, etcétera.

¿Cómo estos diversos modos de ser médico y de estar enfermo condicionan el diagnóstico clínico? Sería empeño muy adoctrinador y pintoresco el de discernir los múltiples casos típicos que la doble enumeración anterior permite obtener; y más aún, la ilustración de cada uno de ellos con ejemplos procedentes de la realidad cotidiana. No dispongo yo del material necesario para tal faena; y sin él, cualquier descripción sería bastante más artificiosa que convincente. Me limitaré por tanto, a exponer los puntos principales de mi visión personal del problema. Son los siguientes:

1.º El acierto y la precisión del diagnóstico específico dependen ante todo de la capacidad técnica del médico. Movidos por sus respectivos intereses, el médico codicioso y el médico funcionarial pueden ser y son muchas veces excelentes diagnosticadores. En modo alguno es forzoso que el conocimiento técnico de la especie morbosa y de su forma clínica procedan *in casu* de una «amistad médica» propiamente

dicha. Ese conocimiento es, como sabemos, resultado de una actitud mental objetivante; la cual, en cuanto capacidad técnica, puede ser puesta al servicio de los más diversos fines profesionales y morales. Pero el mismo diagnóstico específico se hará más fino y acabado —más perfecto— cuando en el seno de la codicia del práctico codicioso opere con cierta eficacia una genuina vocación clínica, y por lo tanto cierta disposición a entablar «amistad médica» con el paciente.

2.º La individuación personal del diagnóstico, en el sentido antes expuesto, exige la amistad médica: de ella procede y hacia ella, para darle consistencia noética, para edificar científicamente lo que en ella es con-saber, revierte en definitiva. Todo juicio diagnóstico cuyo fundamento específico no sea médicamente «amistoso» tiene que ser —con mayor o menor acierto técnico en su formulación— objetivante y tipificador. Sólo amistosa, médicamente amistosa, puede ser la coejecución de las vivencias y las intenciones con que el enfermo «personaliza» su estado de enfermedad. Puede haber interpretación médica sin amistad, pero no, en el rigor de los términos, coejecución de la vida personal del enfermo.

3.º La amistad médica, sin embargo, puede ser táctica y técnicamente «simulada». Instalado en su *ego cupiens* y movido por él, un clínico codicioso puede disfrazar de amistad médica su interés por el paciente y ser diagnóstica y terapéuticamente eficaz con ese indumento anímico. La coejecución interpersonal es en este caso «tácticamente amistosa». Pero cabe preguntarse si incluso para la promoción de esa «amistad táctica» no será necesaria la existencia de una vocación médica genuina en los entresijos de la codicia. No creo infrecuente la existencia real de dicha coyunda.

4.º La desconfianza inicial, un carácter cerrado y misantrópico, el ánimo profectivo y la posible crispación de la conciencia de derecho pueden , aunándose de uno u otro modo en el alma del enfermo, hacer muy difícil el establecimiento de una verdadera amistad médica, y por lo tanto el logro de un diagnóstico clínico verdaderamente interpersonal. Pero si el médico lo es de veras, siempre será capaz de conseguir con el enfermo una relación médica satisfactoria.

Lo cual, por una parte, empalma con lo dicho en el capítulo anterior acerca del momento afectivo de esa relación, y nos remite, por otra, a lo que sobre su momento operativo es necesario decir. Estudiemos, pues, este esencial ingrediente de la relación médica.

CAPITULO VI

EL MOMENTO OPERATIVO DE LA RELACION MEDICA

Con la instauración del tratamiento, la relación médica llega a su momento culminante. Es verdad —pronto habremos de recordarlo— que la acción terapéutica del médico comienza mucho antes de que el ratamiento haya sido formalmente instituido. Pero sólo cuando el diagnóstico ha logrado acabamiento y precisión puede alcanzar pleno rigor técnico la operación sanadora. Puesto que la técnica es, en esencia, un saber hacer sabiendo por qué se hace aquello que se hace, el diagnóstico es condición inexcusable del tratamiento «según arte». *Qui bene diagnoscit, bene curat*, decían los viejos clínicos. Aunque el diagnóstico, a veces, no haya conseguido en la mente del terapeuta toda la precisión deseable.

Ya el clínico ha diagnosticado. De un modo más o menos certero y preciso, ya sabe «lo que el enfermo tiene», y se dispone a asumir su cabal condición de médico. Apoyado sobre su juicio diagnóstico, va a intentar, mediante el empleo de los recursos técnicos a su alcance, la curación de la enfermedad a que ese juicio se refería. La relación médica se expresa ahora bajo forma de *prescripción*: «Tome Vd. tal remedio», «Haga Vd. tal y tal cosa». Ahora bien: ¿de qué modo es «técnica» la prescripción? Desde Galeno hasta los farmacólogos de nuestro siglo, la medicina tradicional o clásica, basada en una concepción puramente científico-natural del remedio y de la acción terapéutica, ha dado su respuesta a esa interrogación: es la que, de manera tácita o parcialmente expresa, informa los tratados de terapéutica al uso y los capítulos consagrados al tratamiento en los textos de patología especial. Frente a ella, sobre ella, en nuestro siglo va imponiéndose otra, a la que, como en el caso del diagnóstico, daré el nombre de «integral», «interpersonal» o «científico-personal». Procuraré exponerlas concisa y sucesivamente.

I. LA CONCEPCION «CLASICA» DEL TRATAMIENTO

Según los esquemas que hoy suelen informar la mente del médico, la real eficacia curativa de una prescripción exige el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1.º La acción biológica del remedio debe estar *obietiva y experimentalmente comprobada.* Trátese de un fármaco, de una regla dietética, de un agente físico cualquiera o de una intervención quirúrgica, el recurso terapéutico debe, para ser empleado confiadamente por el médico, haber mostrado su eficacia en dos órdenes de investigaciones: la experimentación en el laboratorio (la certidumbre biológica de la terapéutica comparada, la seguridad de que el remedio en cuestión es eficaz en organismos más o menos semejantes al humano) y la previa y prudente comprobación de esa certidumbre biológica en pacientes humanos (la ulterior certidumbre estadística de la experimentación clínica). Desde Magendie, la farmacología experimental se ha constituído en base científica del arte de curar. No es un azar que en los planes de estudios de nuestras Facultades de Medicina haya sido sustituída la vieja «Terapéutica» por la más reciente y «científica» «Farmacología». Merced a ésta, las «propiedades naturales» del remedio —lo que el remedio puede hacer «de suyo»— son objetivamente comprobadas y objetivamente explicadas antes de su empleo terapéutico. Perdura, a través del mundo moderno, la genial y decisiva noción helénica de la *dynamis.*

2.º El empleo terapéutico del remedio debe ser consecuencia de una *indicación clínicamente correcta*; por tanto, objetivamente bien fundada. La *éndeixis* de Galeno, la *insinuatio agendi* de los galenistas medievales y renacentistas, ha sido científicamente objetivada por la clínica de los siglos XIX y XX según dos rúbricas principales, las «propiedades naturales» del remedio que hayan sido experimentalmente comprobadas y las «condiciones biológicas» del paciente, reducidas en principio a estas cinco: especie morbosa padecida, edad, sexo, peso y estado ocasional del organismo.

3.º El remedio debe ser *correctamente administrado* al paciente. Un remedio no es sólo eficaz por su «qué» (el conjunto de sus propiedades naturales) y por el «qué» del paciente (las condiciones biológicas que acabo de mencionar), sino también por el «cuándo» y el «cómo» de su administración: oportunidad temporal de su empleo, científica y objetivamente

establecida y fundada, y correcta ejecución de las reglas a que ese empleo debe someterse.

El tratamiento en que se cumplan estos tres requisitos debe ser, en principio, un tratamiento eficaz. No con intención sugestiva, sino con plena convicción científica, el clínico ingenuamente fiel a tales principios dice entonces al paciente: «Con esto va a curarse Vd.». Y si el enfermo no se cura y el terapeuta es, antes que médico cabal, fervoroso doctrinario de la «ciencia», entendida ésta como pura ciencia natural aplicada, acaso diga en su fuero interno, con más irritación o extrañeza que conmiseración, lo que el expeditivo Toscanelli ante las posibles excepciones a la regla matemática de Galileo: «Si las bolas de plomo, de hierro y de piedra no observan la proporción supuesta, peor para ellas, diremos que no es de ellas de las que hablábamos» [1].

¿Qué son el enfermo y el terapeuta cuando así es concebido el tratamiento? No es difícil advertirlo. El enfermo queda hipotéticamente desdoblado en dos fracciones: un organismo paciente-reagente (paciente, en cuanto que sobre él actúan las propiedades o *virtutes* del remedio; reagente, en cuanto que reacciona a la operación de esas propiedades) y una persona sólo paciente de lo que por obra del remedio suceda en su organismo, la mejoría, la salud o el «efecto secundario». El terapeuta, a su vez, queda programáticamente convertido en puro administrador técnico de las propiedades naturales de los remedios; si se quiere, en máquina electrónica capaz de convertir en prescripción adecuada los datos correspondientes al diagnóstico. El tratamiento no requeriría, en principio, la relación directa e inmediata del médico y el enfermo; no de un modo mágico, sino de un modo científico, podría ser «acción a distancia», *actio in distans*.

Entendido según los presupuestos y los postulados de la mentalidad científico-natural, el diagnóstico sería la actividad cognoscitiva de un médico reducido — o elevado— a la condición de «puro ojo», como los bienaventurados en el empíreo de Plotino. Concebido según esos presupuestos y postulados, el tratamiento viene a ser la actividad operativa de un hombre a quien la técnica permite adoptar la condición de «pura mano». Cuando se interpreta la acción del fármaco *sólo* como un conjunto de operaciones moleculares y cuánticas sobre tales o cuales regiones del organismo, ¿qué se hace, sino entenderlo como un sistema de «micro-

[1] Cit. por Ortega, *Obras completas*, V, 282.

manos» capaces de actuar sobre la estructura material de los órganos a que llega; en definitiva, como una sutil e inteligente prolongación de las manos del terapeuta en el interior del cuerpo del paciente?

Sería injusticia soberana —aparte ser necedad insigne— desconocer o negar la grandeza y la eficacia de los resultados obtenidos a favor de esta concepción de la terapéutica. Sin ella, la medicina no habría alcanzado la fabulosa eficacia y el prestigio inmenso que hoy tiene. Mas también sería necedad e injusticia flagrantes desconocer o negar, por doctrinarismo o por beatería frente a «los progresos de la ciencia» —así proceden los secuaces de la que Marañón llamó «medicina dogmática»—, que ese brillantísimo anverso de la medicina científico-natural posee un indudable reverso. Y no sólo por razones teóricas o doctrinales —no sólo porque así se rebaja la dignidad del paciente desde el nivel del «ser personal» al nivel del «ser cósmico» o, como suele decirse, desde la condición de persona a la condición de cosa—, sino, mucho más sencilla y resolutivamente, porque el tratamiento no es *realmente* así. La acción terapéutica del médico no puede ser reducida a ese esquema, si uno se atiene a lo que ella es en realidad. «El médico —decía el mismísimo Claudio Bernard— se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico, y, por consiguiente, una multitud de consideraciones que nada tienen que ver con la ciencia». No comentemos de nuevo el sentido y el alcance de estas significativas palabras. No arguyamos, frente a la tesis del genial fisiólogo, que también la psicología y la sociología pueden ser «ciencias». Limitémonos a examinar sumariamente las principales razones de hecho por las cuales es abstractiva y falseadora la concepción «clásica» del tratamiento. Cuatro son, a mi juicio:

1.ª El tratamiento comienza *realmente* antes de que *formalmente* haya sido instituido. Recordemos la consigna de E. von Leyden citada al comienzo y la ampliación que de ella entonces hicimos. Varios son los momentos que integran esta terapéutica *avant la lettre*. Por lo menos, los siguientes: *a)* La mayor o menor confianza del enfermo en la medicina y en el remedio que se le administra: *la foi qui guérit*, según el famoso epígrafe de Charcot. No debo entretenerme ahora demostrando una vez más la bien conocida eficacia de la sugestión sobre las funciones orgánicas; léanse los libros de Heyer, Wittkower, Flanders Dunbar, etc. Aduciré tan sólo, como signo elocuente del cambio de mentalidad producido en nuestro siglo, una práctica hoy frecuente en la investigación clínico-

farmacológica: el empleo sistemático de *placebos* para comprobar la eficacia terapéutica de los remedios. La comprobación «objetiva» de la utilidad de un fármaco requiere la previa observación experimental de un dato tan estrictamente «subjetivo» como la confianza del sujeto en la acción sanadora del medicamento que se le prescribe. *b)* La mayor o menor confianza del enfermo en el médico que le trata. No ha sido precisa la publicación de los libros de A. Maeder y M. Bálint —y, con ella, la ingeniosa concepción del médico como medicamento [2]— para saber que la presencia del médico alivia al enfermo; tanto más, si el médico es socialmente prestigioso. El médico prestigioso cura más; y no sólo porque, como de ordinario acontece, sabe más y es mejor médico que el carente de notoriedad, también por la eficacia sugestiva de su prestigio. *c)* La distinta actitud del enfermo ante su enfermedad. La voluntad de curar ayuda a la curación; la apatía frente a la curación —y todavía más, el refugio en la enfermedad—, la cohiben. Troescher pudo observar que entre los obreros asegurados las fracturas costales tardan tres semanas en consolidarse cuando el obrero no conoce la índole de su lesión, y ocho semanas cuando la conoce. Los ejemplos podrían multiplicarse [3].

2.ª El enfermo participa en el tratamiento; no sólo indeliberadamente, como sujeto pasivo de una voluntaria o involuntaria acción sugestiva del médico, sino con plena deliberación. En dos formas y por dos razones suele hacerlo: *a)* Porque de ordinario *sabe* algo acerca del tratamiento de las enfermedades. Como en la antigua Grecia, donde el saber médico pertenecía en alguna medida a la *paideia* del ciudadano libre, en nuestra sociedad no hay hombre culto o semiculto que no sepa o crea saber algo de medicina. Proveen ampliamente a ello las lecturas privadas, los órganos de la información pública (prensa, radio, etc.) y la propaganda de las casas productoras de medicamentos. El hecho gustará o disgustará, pero con él hay que contar. Ya en 1925 decía clarividentemente Marañón: «El médico está a punto de perder su prestigio de experto en la naturaleza del hombre..., para pasar a ser un burócrata que propone, casi mecánicamente, sus recetas, las cuales son discutidas por el paciente... El que no es médico colabora con el médico; y acaso es razonable que sea así, aunque yo no lo crea ni lo soporte; pero por encima de mi opinión y de mi actitud está la realidad, y sobre

[2] A. Maeder, *La personne du médecin. Un agent psychothérapeutique* (Neuchatel-París, 1953); M. Bálint, *The Doctor, the Patient and the Illness* (London, 1957).

[3] Cit. por E. Liek, *Das Wunder in der Heilkunde* (4.ª ed., München, 1940), pág. 46.

ella hemos de discurrir». Cuarenta años más tarde, esa realidad ha llegado a ser mucho más extremada y patente. *b)* Porque con frecuencia el enfermo, además de conocer y solicitar determinados remedios, los *exige*. No son hoy escasos los pacientes que se acercan al médico para reclamar de él, en una forma o en otra, el fármaco o la pequeña intervención quirúrgica que creen necesitar.

3.ª El médico actúa sugestivamente, para bien o para mal, sobre la realidad del enfermo; y no sólo por su condición de médico y por su prestigio, sino porque con frecuencia añade a sus tratamientos «científicos» —en el sentido que Claudio Bernard hubiese dado a esta palabra— acciones de intención psicoterapéutica (una palabra animadora, en el más trivial de los casos), y porque, como tantas veces he dicho, todos los actos de su relación con el paciente, aunque en apariencia sean sólo exploratorios, modifican en mayor o menor medida el estado de enfermedad.

4.ª Aunque muy deliberada y esforzadamente se lo proponga, el médico no puede ser, en cuanto terapeuta, un «científico puro», y mucho menos cuando no prevalecen en su persona el *ego sapiens* del médico científico o el *ego adiuvans* del médico asistencial. El carácter del prescriptor y el interés con que por él sea practicada la medicina influyen muy eficazmente sobre la índole, la cuantía y el estilo de la prescripción. Hay médicos muy recetadores y poco recetadores, optimistas y pesimistas, decidores y taciturnos, todo ello sin detrimento de su formación técnica. Piénsese, por otra parte, en la influencia que sobre el tratamiento ejerce la peculiar instalación del médico en su vida profesional. Desde su *ego sapiens*, el médico científico tiende a ser, terapéuticamente, el «ingeniero» de una visión científico-natural de la enfermedad. La medicina es para él ciencia aplicada al gobierno técnico de la naturaleza; y cuando crea o piense que no dispone de remedios «objetivamente» eficaces, se sentirá inclinado a prescindir de toda terapéutica. Así procedían Skoda y Addison en su práctica hospitalaria. Instalado en su *ego cupiens*, el médico codicioso actúa como un «beneficiario» de la curación. Tenderá, pues, a la multiplicación de las acciones terapéuticas. Recuérdense, para no aludir a nuestra época, los ladinos consejos del salernitano Arquimateo. Más sobrio será en sus tratamientos el médico-funcionario. Este actúa, como sabemos, desde un *ego fungens*, y cuando no tiene ánimo para transgredir las normas a que su ejercicio se halle sometido, viene a ser puro «administrador» de las prescripciones médicas que la organización exige o permite. Todo lo cual no descubre sino el Mediterráneo, pero mostrará

al más doctrinario y al más miope cómo la abstracta concepción «clásica» del tratamiento dista mucho de ajustarse a lo que éste es en su concreta realidad.

5.º En el contenido y en la figura del tratamiento influyen, dentro de cada sociedad, el grupo y la clase a que pertenezca el enfermo. Aunque a todos repugne hoy la existencia de una «medicina para ricos» y una «medicina para pobres», aunque muchos sientan en su alma el deber de sublevarse revolucionariamente contra esa odiosa discriminación, el hecho irrefragable es que en el mundo actual perdura. No debo repetir aquí lo que ya dije en páginas anteriores, ni anticipar lo que sobre el tema he de decir en los capítulos subsiguientes.

Y si el tratamiento médico no es y no debe ser lo que acerca de él dice una consideración puramente científico-natural de la medicina, ¿cuál es su verdadera realidad, cuáles deben ser las normas que lo rijan?

II. LA CONCEPCION «CIENTIFICO-PERSONAL» DEL TRATAMIENTO

El punto de vista desde el cual es aquí estudiado el tratamiento—el modo de su pertenencia a la relación entre el médico y el enfermo— hace aconsejable distinguir en él dos posibilidades cardinales: la que de ordinario presenta la enfermedad aguda y las que plantean, cada una a su modo, la enfermedad crónica y la enfermedad neurótica.

I. La clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas procede de la medicina hipocrática y ha perdurado vigente en toda la historia de la medicina occidental. Aunque la patología al uso no suele consagrarle atención especial, acaso porque los tratadistas la consideran externa y poco científica, conviene que el médico reaccione contra ese superficial modo de entender la realidad clínica y conceda a la distinción entre «enfermedad aguda» y «enfermedad crónica» toda la importancia que efectivamente tiene.

El primero en advertirlo y subrayarlo fue Sydenham. En las enfermedades agudas, decía el gran clínico inglés, es más intenso el esfuerzo de la naturaleza por alcanzar la curación, y esto por tres causas, concurrentes o aisladas: la índole «miasmática» de la materia morbígena, su localización en la sangre y la mayor vitalidad natural (edad, sexo, temperamento) del individuo que hace y padece la enfermedad. Como

su curso es más rápido, en ellas se hace más patente la figura nosográfica que dibujan los síntomas patognomónicos. En las enfermedades crónicas, en cambio, la índole más «humoral» de la naturaleza morbígena, su localización no hemática y, eventualmente, la escasa vitalidad natural del enfermo, hacen más débil y apagado el esfuerzo sanador de la naturaleza y enturbian o empalidecen la especificidad de la apariencia sintomática. Aquéllas son, por otra parte, más imprevisibles y azarosas («tienen a Dios como autor» dice Sydenham); éstas, más dependientes del género de vida de quien las hace y padece («tienen su autor en el enfermo»).

Aún siendo tan aguda y feliz la intuición de Sydenham, es preciso convenir, ya en nuestro siglo, que los puntos de vista clínico, localizatorio y etiológico no son suficientes para distinguir la enfermedad aguda de la enfermedad crónica. Parece que el criterio discriminador debe ser más «biográfico» que «biológico». Diremos, pues, que la enfermedad es «aguda» mientras el enfermo la siente como un paréntesis en su vida habitual y no la ha incorporado con carácter más o menos definitivo a sus hábitos biográficos (alimentación, trabajo, residencia, relaciones sociales, etc.), y que es «crónica» en caso contrario.

Consideremos más de cerca este aspecto biográfico de la *enfermedad aguda*. Tres notas principales lo constituyen, a mi juicio: *a)* El enfermo cuenta con que su estado de enfermedad desaparecerá en un plazo relativamente corto y sabe cómo hacer su vida tan pronto como consiga la salud. Mientras dura su enfermedad, sabe cómo hacer su vida habitual, pero no puede hacerla; desparecido el accidente morboso, sabrá y podrá. Al día siguiente de su restablecimiento, el griposo, valga este ejemplo, reanuda su trabajo sin dificultad alguna y sin necesidad de readaptación. La curación es en tal caso la *restitutio ad integrum* de que hablaban los antiguos clínicos. *b)* Desde el punto de vista de su génesis, la enfermedad aguda es por lo común puramente azarosa, y por lo tanto psicológicamente «opaca», incomprensible. Es verdad que von Weizsäcker describió hace años varios casos de angina tonsilar en que la génesis de la enfermedad poseía un sentido biográfico psicológicamente comprensible, y es seguro que un examen detenido y fino de la realidad clínica llevará a descubrir no pocos casos análogos. No obstante, parece razonable afirmar que la génesis de la enfermedad aguda es casi siempre azarosa. *c)* En cuanto vivencia, la enfermedad aguda suele permanecer en la esfera fenomenológica y psicológica de lo-en-mí: el paciente no la vive como «suya», no la incorpora apropiadoramente a su existencia

personal. En suma: la enfermedad aguda es, por lo general, un paréntesis biográfico azarosamente producido.

Cuando en una enfermedad concurren estas tres notas, ¿qué podrá y qué deberá ser el tratamiento? Si respecto del caso en cuestión el médico dispone de recursos diagnósticos y terapéuticos objetivamente seguros y eficaces, su conducta *podrá ser*, en forma pura o casi pura, la «acción curativa a distancia» con que sueña la concepción científico-natural de la medicina. Imaginemos, a título de ejemplo, que un médico se encuentra con un enfermo de paludismo en pleno escalofrío prefebril. Sin cambiar con él una sola palabra, sospecha de manera inmediata la causa de lo que observa, comprueba objetivamente su hipótesis mediante un examen de la sangre del paciente, trata a éste con una adecuada medicación antipalúdica y, en definitiva, le cura radicalmente de su afección. Ni siquiera parece necesario, en principio, que el médico vea por sí mismo al enfermo: bastará con que le cuenten lo que al enfermo le pasa. La terapéutica ha sido perfectamente eficaz sin necesidad de ser «interpersonal», moviéndose tan sólo por los cauces que establece la concepción «clásica» del tratamiento.

Que esto pueda hoy ser así no pocas veces, que el progreso de las técnicas diagnósticas y terapéuticas irá haciendo cada vez mayor el número de los casos en que tal proceder sea posible, parece cosa evidente. Pero aunque de hecho *pueda ser* así, ¿habremos de postular que el tratamiento *debe ser* así, incluso cuando se dan realmente todas las condiciones antes indicadas? La medicina, ¿debe ser alguna vez pura ingeniería del cuerpo humano?

Siempre la presencia del médico es eficaz; nunca, ni siquiera cuando maneje los medicamentos más seguros, deja el médico de ser él mismo «medicamento», para decirlo con la expresión de Bálint. Preguntaba una vez Osler a sus discípulos: «¿Cómo se las arreglarían Vds. para que un canceroso engorde un par de kilos?» Y ante la perpleja mudez de sus oyentes, añadía: «Naturalmente, haciendo que le trate un médico optimista». Un buen médico siempre puede ser eficaz. Y si puede serlo siempre, ¿no deberá siempre serlo?

La conducta adecuada del médico en su relación con el enfermo conforta el ánimo de éste y, por lo tanto, potencia sus posibilidades individuales en el combate biológico que es la enfermedad aguda. Desde los hipocráticos hasta hoy —recuérdense las agudas reflexiones de Saliceto acerca del interrogatorio clínico—, mil y mil veces ha sido observada la eficacia

roborante de la oportuna conversación del terapeuta con el paciente. *Guérir parfois, soulager souvent, consoler touiours*, dice la máxima inmarcesible de Bérard y Gubler; en la cual el verbo *consoler* no debe ser entendido como pura acción humanitaria, sino como operación en alguna medida «técnica», puesto que el consuelo del médico, si no cura, al menos alivia. Tal vez hoy pueda decirse algo más que en tiempo de Bérard y Gubler. He aquí mi fórmula: «Curar con frecuencia; aliviar siempre; consolar aliviando, no pocas veces; consolar acompañando, en todo caso». Los recursos terapéuticos actuales curan, en efecto, con frecuencia, y pueden aliviar siempre; las técnicas psicoterápicas, por su parte, curan o alivian no pocas veces; y, como en la época de Bérard y Gubler —más aún, como siempre—, allá donde no puede llegar la técnica debe llegar la misericordia. «Sólo se es dignamente médico—dice una hermosa sentencia de Marañón—, con la idea, clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura; pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor».

Pero la adecuada presencia del médico puede hacer algo más. Platón enseñó en el *Cármides* y en las *Leyes* que mediante un «bello discurso» —y ya sabemos que el sentido de esta expresión no es primariamente el estético— puede el terapeuta potenciar la acción curativa de los fármacos que emplea; ésta se hace *nobilior*, «más noble», afirmará, sin conocer la enseñanza de Platón, el medieval Saliceto. Todo fármaco es a la vez placebo, y según esta doble condición suya hay que usarlo, diría, debe decir un médico actual. Con lo cual el tratamiento será a la vez más eficaz (puesto que la eficacia del fármaco llega así a su *maximum*) y más personal (puesto que el enfermo piensa y cree que esa óptima eficacia del remedio es «para él»).

Cuando se trate de afecciones agudas banales —cuando la naturaleza es eficaz por sí sola y, como escribía Coluccio Salutati, hace inútil la intervención del médico—, todo esto será, debo reconocerlo, puro bizantinismo. Piénsese lo que un Coluccio Salutati diría hoy, sabiendo que frente a ciertas enfermedades agudas puede contar el enfermo, no sólo con la *vis medicatrix* de su propia naturaleza, pero también con la eficacia casi automática de los antibióticos. Es verdad. Pero cuando la enfermedad aguda no sea tan banal —una fiebre tifoidea, una neumonitis grave—, ¿podrá prescindirse, si se quiere una terapéutica óptimamente eficaz, de las consideraciones precedentes?

De tres modos distintos puede operar terapéuticamente el médico, cuando considera con alguna seriedad la eficacia sanadora de su relación directa con el paciente: *a)* Mediante su simple presencia, si ésta es discretamente administrada. El sentimiento de enfermedad, veíamos, desvalida y aisla; en cierto sentido, infantiliza; y nada ayuda tanto a sobrellevar o vencer esas vivencias —mejor: esos estados vitales— como la compañía roborante y esperanzadora del médico, si ésta es, insisto en ello, discreta y oportunamente administrada. *b)* Mediante una psicoterapia verbal meramente sugestiva, no rigurosamente técnica. La cual, sobre las fórmulas expresivas tópicas e intercambiables, habrá de tener como fundamento una creyente coejecución de las vivencias íntimas del enfermo en relación con *su* enfermedad, y será, por tanto, auténticamente interpersonal. *c)* A favor de una cura psicoterápica rigurosa y técnicamente realizada. Esto, naturalmente, será excepcional; en modo alguno parece necesario ni aconsejable añadir una psicoterapia «en regla» al tratamiento cloromicetínico de un tífico o a la extensión contínua de un fracturado del fémur. Pero tampoco debe descartarse de manera absoluta esta posibilidad; y cuando a ella se llegue, el tratamiento será *a fortiori* rigurosamente interpersonal. Pronto veremos cómo.

Nunca, ni siquiera cuando está en coma, llega a ser «puro organismo» el individuo enfermo. El tratamiento fino de un comatoso —lo que con un comatoso haya de hacerse, una vez cumplidas las impersonales prescripciones de urgencia— ¿no deberá tener muy en cuenta lo que ha sido y lo que puede ser la *persona* a que pertenece el cuerpo inconsciente tratado? El enfermo es siempre un «organismo personal», y según esta esencial condición suya debe ser técnicamente atendido por el médico, incluso cuando es aguda la enfermedad que ese organismo hace y padece.

II. Muy otro es el caso de la *enfermedad crónica*. Esta se halla lejos de ser un paréntesis biográfico azarosamente producido. Quiéralo o no, el enfermo tiene que hacer su vida contando con el hecho de padecer esa dolencia y, lo que es más grave, no sabiendo por sí mismo cómo debe hacerlo. Examinemos, en relación con la enfermedad crónica, las tres notas que nos sirvieron para caracterizar biográficamente la enfermedad aguda:

a) El enfermo crónico cuenta con que su estado de enfermedad no puede desaparecer en un plazo relativamente corto. Por tanto, debe organizar su vida incorporando a ésta su enfermedad, unas veces

absteniéndose de cuanto el estado morboso le veda (comer tales o cuales cosas, moverse normalmente, subir escaleras, leer, etc.), otras beneficiándose de todo lo que ese estado le permite y posibilita (por ejemplo, meditar con una calma que para él era inaccesible durante su «vida normal»). Acaece, sin embargo, que el enfermo no sabe por sí mismo— al menos, de manera suficiente— lo que su dolencia le impide y le permite.

b) Desde el punto de vista de su génesis, la pura azarosidad del estado morboso es, por lo menos, cuestionable. Toda enfermedad, decía yo antes, tiene en su contextura una vena de «opacidad», de incomprensibilidad psicológica. Hasta en las aparentemente más «comprensibles» sucede así. Nunca la comprensión psicológica de la neurosis de situación más sencilla llegará a poseer la «transparencia» con que los actos personales de «ir de paseo» o «hacer una visita de pésame» pueden presentarse a quien atenta y sensiblemente los considera. No obstante la escueta contraposición de Jaspers, y en el sentido que dentro de la psicopatología poseen estos dos fecundos conceptos jaspersianos, nunca un «desarrollo» podrá dejar de ser, en alguna medida, «proceso». Pero esto no es óbice para que haya enfermedades más comprensibles que otras, y entre ellas están, pese a la preponderante condición somática que tantas veces ostentan, las llamadas «enfermedades crónicas». Bien porque la enfermedad sea consecuencia inmediata del género de vida que el paciente ha querido llevar —o ha tenido que llevar—, bien porque la dolencia sea resultado sensible de un proceso inconsciente —la tan frecuente existencia de un «momento psicogenético» en la etiología y la patogenia de la úlcera gástrica, la hipertensión o el asma—, un análisis psicológico adecuado permitirá descubrir algún sentido comprensible en la mayor parte de los procesos crónicos, tanto desde el punto de su génesis (que la enfermedad haya llegado a producirse, que haya surgido en determinada coyuntura biográfica) como desde el punto de vista de su configuración clínica («elección de órgano», curso de los síntomas).

c) La enfermedad crónica es incorporada por el paciente a su vida personal; en cuanto experiencia global, y aunque persista intacta la radical alienidad de ciertos síntomas, la dolencia pasa en el enfermo de la esfera de lo-en-mí a la esfera de lo-mío, es por él «apropiada». En no pocas ocasiones, por asunción simple: no otra cosa es lo que acontece cuando el enfermo utiliza sin ulterior elaboración las incapacidades, las posibilidades y las vivencias que el proceso morboso le impone o

le brinda, para —con ayuda del médico— construirse un *modus vivendi* habitual. Piénsese en la organización de la vida del cardíaco, del enfisematoso, del hipertenso, etc. Con cierta frecuencia, por asunción interpretativa: la vivencia de la enfermedad es interpretada entonces por el paciente dentro de lo que él —más o menos conscientemente— siente, piensa y cree que su biografía es. No he de repetir aquí lo que acerca de la interpretación quedó dicho en páginas anteriores. En otros casos, por creación; y no sólo porque determinados síntomas hayan sido neuróticamente «creados» por el enfermo, mas también porque éste, de la manera más consciente y deliberada, puede inventar, utilizando su propia enfermedad, modos personales de vivir. A veces, en fin, por donación: tal es el caso de los que por santidad ven su sufrimiento como un «don de Dios» y como tal lo aceptan y hacen «suyo»; o el de quienes, menos santamente, consideran como un «regalo» de la suerte o de la Providencia el recurso que para ellos es la enfermedad que padecen.

La enfermedad es siempre aflictiva. Aunque el enfermo haya hecho de ella un «refugio», más aún, aunque subconscientemente haya contribuido a «crearla» para refugiarse en ella, nunca deja de ser penosa la experiencia de la enfermedad. Es verdad que el sentirse morir sufriendo —recuérdese lo dicho en otro capítulo— puede llevar, lleva a veces en su entraña una emoción placentera, y así lo hizo ver, con exaltado *páthos*, la sensibilidad romántica; pero la lleva por modo ambivalente, como contrapunto vital del dolor. El posible placer de la enfermedad es originariamente somático, y por lo tanto «impuro», diría el Platón del *Filebo* [4]. Mas también el dolor y la invalidez pueden ser apropiados. Muy clara y sutilmente lo han percibido los poetas. Un conocido poemilla aforístico de Manuel Machado

—Todo es hasta acostumbrarse:
cariño le toma el preso
a la reja de la cárcel—

da concisa y certera expresión a la apropiación personal del impedimento limitante. Un conmovedor poema, no menos conocido, de su hermano

[4] Véase mi ensayo «Lo puro y la pureza a la luz de Platón», en *La empresa de ser hombre* (2.ª ed., Taurus, Madrid, 1963).

Antonio canta la cordial apropiación del dolor sobrevenido e inevitable:

En el corazón tenía
la espina de una pasión.
Logré arrancármela un día:
ya no tengo corazón.

¿Cómo no advertir que, sin mengua del natural deseo de salud, esa es con frecuencia *una parte*, y no siempre minúscula y secreta, de la experiencia que el enfermo crónico tiene de su enfermedad? [5]

Así es, desde un punto de vista a un tiempo biológico y biográfico, la enfermedad crónica. Y puesto que es así, ¿puede en ella quedar reducido el tratamiento a la simple administración de remedios más o menos indicados y eficaces? Indudablemente, no. El médico y el enfermo son entonces, como ha dicho von Weizsäcker, *Weggenossen*, «compañeros de camino». Pero ese compañerismo, ¿puede ser concebido como mera *Genossenschaft* o camaradería cooperativa? Examinemos de cerca la cooperación terapéutica entre médico y enfermo en el caso de la enfermedad crónica, y distingamos en el tratamiento su meta, su estructura y su figura temporal.

La *meta del tratamiento médico* debe ser siempre, claro está, el logro de la salud. Pero hay ocasiones en que ni el médico ni el enfermo pueden contar con ella; y otras en que, vislumbrándose como posible un restablecimiento más o menos integral, éste exige un tratamiento prolongado, y por lo tanto una larga instalación del paciente en la vida que su enfermedad imponga y permita. ¿Cuál habrá de ser, en el primer caso, la única y definitiva meta del tratamiento? ¿Cuál, en el segundo, la meta inmediata y provisional de la acción terapéutica?

Una misma respuesta tiene que darse en los dos casos: con su tratamiento, el médico debe proponerse el logro de la mejor entre todas las vidas que la enfermedad tratada haga posibles; más precisamente, la menos mala, la más llevadera por el enfermo. Debe, por tanto, inventar para el enfermo un *bios* o modo de vivir en que las forzosidades y las posibilidades de la enfermedad —las limitaciones que imponga, los recursos que ofrezca— sean óptimamente incorporadas. El médico, en suma, se

[5] «El dolor —ha escrito L. Lavelle—... nos permite medir el grado de seriedad que somos capaces de dar a la vida» (*Le mal et la douleur*, París, 1940). Por eso puede uno habituarse «seriamente» al dolor, si éste no impide vivir.

ve obligado a recrear o remodelar una vida humana; lo cual exige inventar, con una mezcla de prudencia y osadía, la figura que en concreto habrá de adoptar ese nuevo modo de vivir del enfermo. No parece inadecuado decir que, como terapeuta, debe ser a la vez escultor y novelista de una vida ajena: novelista, en cuanto que la inventa; escultor, en cuanto que realiza su invento modificando según arte la naturaleza del enfermo y enseñando a éste la habitual ejecución de dicho modo de vivir. Puesto que el enfermo no puede saber por sí mismo qué vida le conviene, y mucho menos cuál es para él la mejor entre todas las para él posibles y convenientes, tal debe ser la regla. ¿No es esto acaso lo que el médico hace —o, al menos, lo que debe hacer— cuando prescribe un «plan de vida» a un enfermo crónico?

Los antiguos griegos llamaron *diaita*, «dieta», al régimen de vida; pero, fiel al naturalismo radical de la antropología helénica, la «dietética» antigua era, recuérdese, el reajuste cósmico de la naturaleza del paciente, la reordenación de su *physis* individual en la *Physis* universal. El «plan de vida» que prescribe el médico actual tiene que contar muy en primer término con la esencial condición «natural», cósmica, del ser humano. ¿No es la enfermedad, por ventura, un accidente de la naturaleza humana? Pero si el médico quiere ser fiel a una visión del hombre como persona —con otras palabras: si quiere tomar en serio que la «naturaleza» humana es por esencia «personal», además de ser «cósmica»—, no podrá conformarse poniendo al día la concepción antigua de la *diaita*, y sus «planes» serán ordenaciones inventivas del destino personal del paciente, pautas vitales para un ser que, además de corporal y orgánico, es también íntimo, inteligente, libre y apropiador.

Pronto veremos cuál tiene que ser la estructura de un tratamiento así concebido. Antes, sin embargo, tal vez no sea inconveniente observar que, cuando así procede, el médico se mueve en un dominio intermedio entre las dos formas de la procura *(Fürsorge)* descritas por Heidegger. En la procura por sustitución o por suplencia («procura asuntiva», *für einen Einspringen*: la procura de la tutela), se asume la libertad, y por tanto la personalidad del tutelado, se obra por él. En la procura por prevención o por anticipación («procura preventiva», *einem Vorausspringen*: la procura del consejo), se reserva al otro el cuidado de existir, y por tanto el ejercicio de la libertad, bajo forma de decisión y apropiación; el consejero, en efecto, se limita a prever y prevenir lo que puede ser la existencia del aconsejado y a indicarle lo que dentro de esa previsión

es a su juicio lo más conveniente. Situado entre el tutor y el consejero, el médico inventa una vida para el enfermo; y luego, si éste libremente acepta la vida que le proponen, se ve obligado a modificarle su naturaleza mediante la prescripción de remedios y a enseñarle, bien por sí mismo, bien por mediación de otras personas, la adquisición y la recta ejecución de los hábitos que exija el *bios* inventado. No parece un azar que Heródico de Selimbria, iniciador según Platón de la «medicina pedagógica», hubiese sido antes maestro de gimnasia; o que, dentro ya de la medicina actual, vayan tan de la mano la psicoterapia —la psicagogía—, y la pedagogía.

Observemos también que el médico, cuando inventa un plan de vida así concebido, lleva a término una operación anímica integrada por los tres actos siguientes: *a)* Un acto de invención imaginativa. Mediante él, como un novelista de la vida real de otro hombre, crea en su mente el «personaje» que el enfermo, contando con su enfermedad y a causa de ella, todavía puede ser. *b)* Un acto de proyección modificativa o reformadora. Para que ese «personaje» posible sea real, el médico ha de modificar la naturaleza del paciente. Utilizando la eficacia de los recursos terapéuticos a su alcance —farmacológicos, dietéticos, quirúrgicos, etc.—, debe, pues, proyectar como una melodía temporal la serie de los cambios que dicha naturaleza ha de experimentar para que el enfermo pueda ser el hombre que respecto de él se ha inventado. *c)* Un acto de proyección coejecutiva. La actividad proyectiva del médico no tiene sólo como término la sucesiva realidad física del paciente: cómo el enfermo irá estando. Debe proponerse también la adivinación de las posibles actitudes personales del paciente frente a los sucesivos estados de su naturaleza en el curso del tratamiento: cómo el paciente irá siendo, en cuanto enfermo, la persona que es. Lo cual exige una coejecución imaginativa y conjetural de los actos que la persona del enfermo puede ejecutar como respuesta a esos estados de su naturaleza.

Lo que ahora acabo de decir nos pone ante un nuevo tema, el de la *estructura interna del tratamiento*. En el tratamiento «integral» o «interpersonal» de la enfermedad crónica, ¿qué papel desempeñan los tres componentes esenciales de la acción terapéutica: el médico, el remedio y el enfermo?

El médico es unitaria y sucesivamente inventor o poeta (tiene que imaginar inventivamente el «personaje» que el enfermo ha de ser), camarada del enfermo (puesto que ayuda cooperativamente al paciente

en la empresa de conquistar una meta de carácter objetivo, la *vita nuova* que la enfermedad haga posible), educador o pedagogo (por sí mismo o por la mediación de otras personas debe enseñar al enfermo la recta ejecución de los hábitos somáticos y psíquicos que el ejercicio de esa vida nueva exija: la «rehabilitación», ahora tan en boga) y amigo, médicamente amigo del enfermo (en cuanto que la relación terapéutica lleva en sí las dos actividades que de modo más específico caracterizan a la amistad: la confianza del paciente, sin la cual la invención del «personaje posible» nunca podría ser adecuada, y la coejecución de actos personales). Completando a von Weizsäcker diremos, pues, que la relación terapéutica no es sólo *Weggenossenschaft*, «camaradería itinerante»; que es también *Wegfreundschaft*, «amistad itinerante»; amistad médica, claro está. Y el médico es médicamente inventor, camarada, educador y amigo del enfermo mediante su imaginación, su saber técnico (arte de la prescripción, habilidad quirúrgica, etc.), su presencia oportuna y eficaz (con ella tonifica el ánimo del paciente y potencia al máximo la acción de los remedios) y la finura y la sensibilidad de su alma para la convivencia interpersonal o coejecutiva. Sólo así podrá conservar ese tradicional prestigio suyo de «experto en la naturaleza del hombre» que Marañón, hace ahora cuarenta años, veía zozobrar.

El remedio será el que en cada caso parezca técnicamente adecuado; pero no creo extremado afirmar que el tratamiento de una enfermedad crónica exige de ordinario la apelación a todos los recursos que la actual terapéutica ofrece: farmacológicos, dietéticos *stricto sensu* (dietética alimentaria), fisioterápicos, quirúrgicos *lato sensu* (aquellos en que es necesaria la «obra de manos» del terapeuta) y psicoterápicos. Todos ellos unitaria y armoniosamente combinados al servicio de esa *vida nueva* que constituye la meta del tratamiento.

El enfermo, por su parte, ¿puede ser no más que sujeto pasivo de la acción de esos remedios, el organismo paciente-reagente sobre que actúan el fármaco y el bisturí? En modo alguno. El médico ha inventado para él un «personaje», pero éste nunca llegará a ser real si el enfermo no lo asume y realiza en su «persona» y como tal «persona». Debe haber en él, por tanto: *a)* Una verdadera voluntad de curación. Sin ella, nada definitivo podrá lograr la técnica del médico más diestro y asíduo. *b)* Una actitud aceptadora respecto del «plan» que el terapeuta le propone. «Obedecer al médico es empezar a curarse», escribió certeramente Marañón. *c)* Una constante disposición a la recreación inventiva de lo que el médico

le aconseja y enseña. Por minucioso e individualizado que el «plan» del médico sea, siempre el enfermo deberá adaptarlo originalmente, recreadoramente, a lo que en su concretísima realidad sean su persona y su vida. Un plan terapéutico no queda nunca en ser puro consejo; pero, como ya indiqué, tampoco llega a ser pura tutela, salvo cuando el paciente sea niño o incapaz. La procura del médico debe actuar siempre y más frente al enfermo crónico, entre la prevención a que se limita el consejero y la sustitución que debe practicar el tutor.

Queda por considerar la *figura del tratamiento*. Hace veinticinco años, cediendo blandamente al gusto por la metáfora, entonces más operante en mí, comparé el tratamiento médico a la navegación «por bordadas» de los veleros que han de avanzar contra el viento de tormenta. Déjeseme copiar lo que entonces dije: «He aquí al hombre en su destino. Como barco a la vez bien arbolado y falible, va camino de su puerto vocacional. El timón es un tesoro de proyectos, de rumbos posibles; pero cada día, previa revelación de los astros, se elige sólo aquel que sirve al camino de una intransferible vocación hacia el puerto invisible y remoto. ¡Si no hubiese tempestades...! Un día viene un rudo viento contrario, y ésto es la enfermedad. Como la galerna para el navegante, la enfermedad, para el enfermo, suele nacer de no se sabe dónde; simplemente, de que se está en la mar —o en la vida—, y la mar y la vida son inseguras para barcos y para hombres. El viento es duro y contrario, e inminente el riesgo de acabar allí la derrota. ¿Qué hacer entonces? ¿Cómo navegar en ese arduo azar contra viento y marea? Es hora de poner a prueba todas las posibilidades de la propia existencia: *quantum potes, tantum aude*, ésta es la divisa del barco en viento contrario y del hombre enfermo. Alguien hay que conoce el arte de navegar contra el viento; es el médico. El médico inquiere rumbo y posición, comprueba atento el estado del velamen y prescribe la maniobra. Comienza una penosa navegación por bordadas. Al terminar cada una, ordena el médico nueva maniobra; el barco sale de su ruta en una comba osada e incierta, y vuelve luego a ella. Ha ganado unos metros. Otra comba sigue, y así hasta que sopla de nuevo favorable el viento del destino o hasta el trance decisivo y final del naufragio.

Cada visita del médico al enfermo es el comienzo de una nueva bordada en el empeño de navegar contra el viento. Un nuevo acto de coexistencia interpersonal que revela al médico el estado del paciente —el «estar mejor» o el «estar peor» de éste—, como al navegante experto la inspec-

ción de la posición y el velamen al retorno de cada virada hacia barlovento. Prescribe el médico su tratamiento y se despide. Queda el enfermo solo, con las fuerzas de su naturaleza y de su persona, en la incierta excursión de su bordada contra el destino amenazador. Nueva visita, nueva bordada, nuevo avance. Al fin, con la salud, otra vez la marcha, a sotavento del destino, hacia la meta vocacional»[6]. Quítese de esta descripción metafórica el exceso de retórica marinera, añádanse a ella las reservas y los complementos que requiere la condición crónica de la enfermedad, y se tendrá, creo, una imagen aceptable del tratamiento médico, cuando éste consiste en la obtención de una vida nueva para el destino personal del enfermo.

III. Hemos de considerar ahora el tratamiento de la *enfermedad neurótica*; de la enfermedad preponderantemente neurótica, deberíamos decir, si la fonética de tal denominación no fuese tan gravativa. Pienso, en efecto, que toda enfermedad, hasta la más abrumadoramente azarosa y «orgánica» —un cáncer de estómago, una fiebre tifoidea— tiene en su estructura algún ingrediente «neurótico». Sin tener en cuenta esta evidente y poco admitida realidad, ¿podría entenderse de manera adecuada la reacción personal del enfermo —reacción consciente o inconscientemente «creadora» o «configuradora» de síntomas— al hecho de padecer el cáncer de estómago o la fiebre tifoidea que han surgido en su vida? No es esto solo. Siguiendo la certera e imprescriptible lección de Galeno, según la cual todas las enfermedades son del cuerpo —«fuera del cuerpo puede haber causas de enfermedad, pero no enfermedad»—, debe decirse también que la causa inmediata de la afección neurótica es *siempre* un desorden somático más o menos sutil, localizado y lábil. Un sentimiento de culpa o un «trauma psíquico» cualquiera pueden ser causa de enfermedad, pero en sí mismos no son enfermedad; para que den lugar a ésta, será preciso que, actuando como «causa externa» del proceso morboso (la «causa procatárctica» o remota de Galeno) y recayendo sobre un sujeto de algún modo predispuesto a enfermar por su influencia (la «causa proegúmena», interna o dispositiva del galenismo), engendren en el cuerpo del paciente un desorden anatomofisiológico, el que sea, al que por su duración y su intensidad convenga el nombre de morboso (la «causa sinéctica», continente o inmediata de la enfermedad).

---

[6] *Medicina e historia* (Madrid, 1941), págs. 339-341.

Viceversa: el trastorno neurótico de sintomatología más puramente psíquica —la más pura de las «psiconeurosis»: una neurosis obsesiva, por ejemplo— puede tener como causa externa o remota tal o cual vicisitud biográfica y como causa dispositiva o interna tal o cual peculiaridad constitucional del paciente; pero siempre tendrá como causa inmediata o próxima, en el sentido técnico de estas expresiones, una alteración somática, la que sea —por ejemplo: un desorden bioquímico, más o menos reversible, de cierta región encefálica—, aún cuando la actual investigación fisiopatológica no haya sido capaz de descubrirlo y «objetivarlo».

¿Qué criterio nos servirá, según esto, para considerar «neurótico» un desorden morboso determinado? Me atrevo a responder proponiendo una regla estrictamente pragmática: para mí, es «neurótico», en un sentido a la vez amplio y riguroso del término, *todo desorden morboso que puede desaparecer mediante recursos terapéuticos de carácter psíquico* [7]. Llamaremos «neurosis», por tanto, a las afecciones de sintomatología psíquica (psiconeurosis) u orgánica (organoneurosis) en que preponderan los síntomas susceptibles de desaparición mediante tratamiento psicoterápico.

La enfermedad crónica neurótica y la enfermedad crónica no neurótica —el lector cuidará de suplir en las dos denominaciones el adverbio «preponderantemente»— se asemejan entre sí en un rasgo biográfico de carácter negativo: el enfermo, en uno y en otro caso, no sabe hacer la vida que le conviene: la correspondiente al estado de salud, si realmente puede contarse con esta perspectiva, o la menos mala entre las que el estado de enfermedad permita, si la dolencia no parece curable. Además de no poder —porque físicamente lo impidan la disnea, el vértigo, la idea obsesiva, etc.—, no sabe. Ahora bien: una de las diferencias principales entre uno y otro modo de enfermar consiste en que en la enfermedad crónica no neurótica (una insuficiencia cardíaca, una tuberculosis pulmonar) prepondera el «no poder», y en la enfermedad crónica neurótica (una neurosis obsesiva, una neurosis orgánica cualquiera) predomina el «no saber». Desde un punto de vista esencial-fenomenológico, pienso, en efecto, que *la neurosis consiste ante todo en un «no saber hacer la propia vida»*;

---

[7] Lo cual, naturalmente, no excluye la posibilidad de que tal desorden morboso desaparezca con remedios de carácter farmacológico, quirúrgico, etc. A ellos deberá acudir muchas veces el tratamiento. La idea de la neurosis que acabo de exponer exige dicha posibilidad, de la cual es ejemplo bien patente la psicofarmacología actual. Reaparecerá el tema.

más precisamente, en no saber hacer una vida a la cual se pueda llamar, en el rigor de los términos, «*sana*» y «*propia*».

Bastan, creo, las sumarias precisiones que anteceden para examinar con algún fundamento, como en el caso de la enfermedad crónica *solito sensu*, la meta, la estructura interna y la figura temporal del tratamiento de la enfermedad neurótica.

Como en la enfermedad crónica, la *meta del tratamiento* deberá ser, en el mejor de los casos, la salud, y en el peor, la menos mala entre todas las vidas que el estado de enfermedad haga posibles. En definitiva, una vida nueva a la cual pueda darse el nombre de «sana» o «hígida», o a la que, siendo enferma, pueda considerarse «soportable» o «llevadera». Nunca la curación de una enfermedad crónica puede ser, afinando la mirada, verdadera *restitutio ad integrum*, siempre tiene que ser, de uno u otro modo, *profectio in novum*, ida del paciente hacia una nueva forma de vivir más o menos «sana» o «normal». Pero, a veces, el estado que procura el tratamiento del enfermo crónico se aproxima bastante a la *restitutio* de la fórmula tradicional. La enfermedad neurótica, en cambio, exige casi siempre una novedad considerable en la vida a que el tratamiento debe aspirar. La existencia neurótica suele ser un *arrangement* falso e insatisfactorio, el expediente o «chapuza vital» valga la expresión, que para sí mismo inventa y realiza quien a causa de su dolencia *no sabe hacer* por sí mismo su propia vida. El neurótico tiene que vivir no pudiendo vivir como realmente vive y no sabiendo vivir como debería hacerlo. Por lo cual la vida nueva que para él invente el médico no puede meramente ser la consecuencia de un *aprendizaje*, sino el resultado de una verdadera *reforma*. La rehabilitación somática y psíquica del paciente —suficientes en tantos de los llamados «enfermos crónicos»— debe convertirse en verdadera y formal psicoterapia en el caso de los enfermos neuróticos: una psicoterapia no limitada a ser simpre roboración del ánimo del paciente o pura acción sugestiva sobre él.

El enfermo, como he dicho, debe conquistar un modo de vivir al que en verdad —con plena satisfacción vital, unas veces, como satisfacción más o menos veteada de molestia e invalidez, otras— pueda llamar «propio»; justamente lo que no le es posible hacer de manera satisfactoria respecto del vivir que él, como neurótico, se ha visto obligado a construirse. Ahora bien: ¿cuál es la estructura de una vida a la cual se pueda en verdad llamar «propia», cuál debe ser, por tanto, el camino hacia ella? No me es posible aquí tratar en forma idónea tan

grave cuestión antropológica [8]. Diré tan sólo que la vida personal es «propia» para quien la hace, cuando en ella se da una instalación adecuada de la existencia en la realidad; y añadiré que esa instalación será adecuada, desde el punto de vista de la salud —hígidamente adecuada, si quiere decirse así—, cuando la idea de sí mismo y las creencias vivas del sujeto en cuestión no sean morbosas [9] y se hallen normalmente ordenadas en su personal existencia. No debemos olvidar que la creencia es el hábito anímico por el cual la realidad del mundo llega a sernos plenamente real [10].

Quede intacta la cuestión de cómo un conjunto de creencias vivas puede estar normalmente ordenado dentro de una existencia personal; baste decir que de ella depende, entre otras cosas, la posibilidad de distinguir con cierto rigor mental al pecador (el hombre que, sin mengua de esa normal instalación creencial en la realidad, quebranta con el ejercicio de su libertad el orden moral que sus propias creencias establecen [11]) del neurótico (el hombre que por carecer de tal ordenación vital entre existencia y creencia no es responsable de su conducta, o sólo lo es de un modo muy parcial y escaso). Sea de ello lo que quiera, lo importante ahora es: *a)* que la cura psicoterápica *stricto sensu* tiene como meta una recta y satisfactoria instalación del paciente en la realidad; y *b)* que tal empeño requiere reformar de algún modo el apoyo del enfermo en sus creencias vivas; por lo tanto, en un sentido muy amplio y no necesariamente religioso del vocablo, el logro de una verdadera «conversión».

No es un azar que los dos grandes iniciadores de la actual psicología profunda, Pierre Janet y Sigmund Freud, hayan topado, no como filósofos, sino a través de su experiencia psicológica y clínica, con la noción

---

[8] *Lo haré algún día si, como proyecto, llego a enfrentarme directa y formalmente con el tema de la antropología médica.*

[9] No siempre será tarea fácil discernir el carácter «normal» o «morboso» de una creencia. Creer en las virtudes sanadoras de un chamán, valga este ejemplo, es cosa normal en una tribu de yakutos siberianos y sería accidente morboso en Madrid o en París.

[10] Intégranse en esta fórmula la noción central de la antropología de Zubiri —el hombre como «animal de realidades» por obra de una «inteligencia sentiente»— y la *doctrina de la creencia, de Ortega. Vea el lector los breves apuntes contenidos en el* apartado «Pregunta y creencia» de mi libro *La espera y la esperanza* (Parte V, cap. II).

[11] La «normalidad» de que ahora hablo tiene un carácter meramente existencial o vital, no lleva en sí, por tanto, un juicio de valor. Desde el punto de vista de su salud, un delincuente no psicópata es un hombre «normal», aunque no lo sea desde el punto de vista de la ética.

de «realidad». En su análisis de la psicastenia, tan célebre antaño, Janet describió una *fonction du réel* y subrayó su alteración en el neurótico. Este sería un hombre que por causas de orden psicofisiológico —causas, como sabemos, terapéuticamente reversibles— es incapaz de vivir normalmente la realidad y en la realidad. Freud, por su parte, contrapuso al «principio del placer» *(Lustprinzip)* un «principio de la realidad» *(Realilitätsprinzip)*. El hombre tiende hacia el placer, pero tiene que contar con la realidad, y a tal función sirven en su existencia los órganos de los sentidos, el pensamiento consciente y la atención. No creo que la ulterior teoría de la neurosis haya elaborado de manera suficiente el problema de la relación del neurótico con la realidad; relación en la cual la idea de sí mismo y la creencia tan esencial papel desempeñan. En ella debe tener la psicoterapia su objetivo más inmediato.

La invención del médico en el tratamiento de la enfermedad neurótica posee, pues, un carácter hondamente reformador. La «vida nueva» del enfermo exigirá en ocasiones un verdadero cambio de creencias —expresión que, como he dicho, no debe ser necesariamente entendida en un sentido religioso—, y llevará otras veces consigo una más idónea utilización de las creencias en verdad operantes dentro del alma del paciente. En el enfermo crónico no neurótico, el terapeuta debe modificar los proyectos vitales y los hábitos psicofísicos; en el enfermo neurótico, el cambio debe llegar hasta el fundamento creencial de esos proyectos y hábitos, y por esto le he dado el nombre de «reforma». Tal invención, ¿debe ajustarse a un tipo humano bien determinado, como de modo implícito o explícito afirmó el psicoanálisis ortodoxo (la creación de un «hombre sexualmente maduro») o como, a su manera, luego ha sostenido Kretschmer (la configuración de un «hombre dieciochesco, tan alejado del cinismo moral como del pacato encogimiento»)? No lo pienso así. La regla de oro debe ser ésta: «Que el enfermo llegue a ser el mejor de los personajes que su persona le permite ser». No el «¡Llega a ser el que eres!» de la tan citada consigna fichteana, sino un «¡Llega ser el que puedes ser!»; porque el «poder ser» del hombre no es mera explicitación, sino genuina innovación; no simple actualización de potencias, diría Zubiri, sino verdadera creación de posibilidades. Para lo cual el médico deberá utilizar al servicio de su empeño inventivo y reformador —regla terapéutica, regla ética— todas las creencias no morbosas que realmente operen en la intimidad del enfermo.

En la *estructura del tratamiento* hay que distinguir siempre lo tocante

al médico, al remedio y al enfermo. Sabemos ya todo lo que el médico debe ser ante el neurótico: inventor, reformador, camarada, educador y amigo; todo ello va implícito en las consideraciones precedentes. Pero tal vez convenga examinar con mayor detenimiento lo relativo al remedio.

En el tratamiento de un neurótico deben articularse unitaria y armoniosamente la somatoterapia y la psicoterapia. Puesto que la causa inmediata de la neurosis es un desorden del cuerpo, somática tendrá que ser en alguna medida la terapéutica que contra ella se emplee. Las posibilidades neurofisiológicas de la somatoterapia actual (psicofármacos, fisioterapia, neurocirugía reformadora) son considerables; tanto, que en determinados casos —cuando los hábitos psicofisiológicos del desorden morboso no hayan echado raíces en el carácter del enfermo— la acción de un fármaco que *a la vez* sea usado como placebo podrá resolver satisfactoriamente el problema terapéutico. Todo consistirá en saber elegir el remedio verdaderamente adecuado a la causa somática de la neurosis en cuestión y en saber administrarlo con tino, como Sócrates la hierba con que curó el dolor de cabeza del joven Cármides [12]. La psicoterapia propiamente dicha podrá en tales ocasiones quedar relegada a un segundo término.

Muy otras serán las cosas cuando el desorden neurótico haya arraigado en el carácter del enfermo, y el hecho de «no saber hacer la propia vida» sea incapacidad habitual y profunda. En tales casos, el terapeuta hará bien no prescindiendo de la somatoterapia, pero deberá hacer de la psicoterapia —ahora ya en el más riguroso y técnico de los sentidos— su recurso principal.

Puesto que ya la perspectiva histórica es posible, los psicoterapeutas actuales más reflexivos van procurando ordenar de una manera sistemática, no sólo aditiva, las diversas técnicas de su disciplina. Para J. H. Schultz, los procedimientos psicoterapéuticos pueden ser clasificados en tres grandes grupos; dos de ellos extremos y contrapuestos, los «métodos mentales», dirigidos exclusiva o preponderantemente a la personalidad psíquica del enfermo (métodos de Dubois y Rosenbach, diversas escuelas psicoanalíticas), y los «métodos organísmicos», cuyo objetivo, como su nombre indica, es la dinámica neurofisiológica, el movimiento vital del organismo del sujeto tratado (hipnosis, relajación ,etc.), y otro

[12] Véase mi libro *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica.*

grupo intermedio, constituido por el dominio de los «ejercicios en común» [13].

Más pertinente a nuestro tema es la clasificación implícita en diversos escritos de A. Maeder [14] y de M. Boss [15]. A primera vista, el criterio ordenador es externo y pintoresco: a un lado, los métodos en que se usa el diván *(couch)*; a otro, los métodos en que el diván no se usa. En los primeros, el paciente apenas ve al médico; con lo cual se hace menor la intensidad del encuentro terapéutico, pero también menos autoafirmadora la actitud del enfermo (el decúbito quita aplomo y seguridad, «desautoriza» al yacente; «le descabalga», dirían nuestros clásicos) y más llana y desembarazada la acción de la *vis medicatrix* de su naturaleza. Tal es el caso en la cura psicoanalítica tradicional: «ilustrada» por el médico a lo largo del coloquio psicoterápico, el alma del paciente se reordenaría desde dentro de sí misma. Muy otras parecen ser las cosas cuando el paciente, sentado ante el psicoterapeuta, ve directamente a éste y se siente mirado por él. Antes el enfermo era «más naturaleza»: sujeto en que poco a poco van operando sin trabas y sin falsos circuitos las fuerzas de su alma; ahora es, si vale decirlo así, «más persona»: partícipe activo —*frente a* y *con* un médico que actúa a su lado personalmente, que es su *Partner*, su «compañero», como dice Maeder— en la enpresa de conquistar la «vida nueva» a que se endereza el tratamiento. El encuentro médico-enfermo es así más directo e intenso (la «curación por el encuentro» de que habló Hans Trüb [16]), hácese más formalmente dialógica la relación terapéutica y debe ser más acusada, para que el tratamiento sea eficaz, aquella «preeminencia existencial» del terapeuta que mencioné en el capítulo consagrado a la transferencia. Empleando mi propia terminología, diré que la entidad terapéutica —la realidad humana operante en el proceso de la curación— es en tal caso la cuasi-díada que componen el enfermo y el médico. Este no se limita a ser psico-analista, disector según arte de las venas y arterias anímicas por las que fluye la libido; es también conductor, psica-gogo de un enfermo al que se enseña a proceder como «persona en su persona». El descubrimiento de la contra-transferencia fue un primer paso en esta dirección, y

[13] Puede leerse una exposición sinóptica del pensamiento de Schultz —explanado más ampliamente por él en libros anteriores— en «Die Behandlung mit seelischen Mitteln», *Wege der Heilung* (Stuttgart, 1959).

[14] *Der Psychotherapeut als Partner* (Zürich, 1957).

[15] *Psychoanalyse und Daseinsanalytik* (Bern, 1957).

[16] *Heilung aus der Begegnung* (Stuttgart, 1951).

S. Ferenczi, el primer psicoterapeuta que resuelta y deliberadamente se movió en ella. Orientados por sus respectivos puntos de vista doctrinales, son hoy legión los médicos europeos y americanos (Maeder, Schehaye, Federn, Bally, Schwing, Fromm-Reichmann, Rose, Boss, Benedetti, Shands, Seguín, etc.) que han adoptado este proceder.

Pienso que el psicoterapeuta debe evitar, ante todo, el doctrinarismo y la unilateralidad. Tendrá o no tendrá una visión personal bien explícita y elaborada de lo que son el ser humano y la vida psíquica (habrá de tenerla, siquiera sea en forma implícita y no sistemática, para que en verdad sea «técnica» su manera de obrar); pero en su conducta terapéutica deberá emplear, combinándolos sin rutina a la vista de cada caso, los diversos métodos que la psicoterapia actual ofrece, y nunca perderá de vista que la relación cuasi-diádica entre él y el enfermo debe realizarse operativamente según tres actividades principales, el consuelo, el consejo y la conducción. «La psicoterapia —decía yo hace casi cinco lustros— esta fundada en la intuición amorosa del destino a la vez propio y comunal del enfermo (propio, porque es suyo; comunal, porque se realiza en la comunidad que el enfermo constituye con los demás hombres), y se halla enderezada a otorgarle consuelo, consejo y conducción por obra de la coexistencia» [17].

El *consuelo* —ahora y siempre— tiene como fundamento una amistosa donación de compañía. Aunque *solatio* no tenga etimológicamente que ver con *solitudo*, el consuelo es psicológicamente la convivencia de una con-soledad, la experiencia de sentir que por obra de la compañía se atenúa o desaparece la soledad en que la desolación sume al hombre; o también, ya en un orden operativo y ascético, el arte de trocar la soledad desolada y aflictiva en soledad conviviente y acompañada. La enfermedad, como sabemos, aisla. «Para la sociedad —ha escrito H. Freyer—, la enfermedad de uno de sus miembros es en primer término un fenómeno de pérdida. El enfermo es en cierto modo un apóstata. Su enfermedad le conduce a una existencia privada, y sólo la curación le devuelve a la sociedad» [18]. Pero antes que «pérdida» social y objetiva, la enfermedad es, en el enfermo mismo, vivencia de soledad, «aislamiento» subjetivo. Ya sabemos por qué. Ahora importa subrayar: *a)* que en el enfermo neurótico es todavía más penoso este sentimiento de soledad, porque la dolen

---

[17] *Medicina e historia*, pág. 303.

[18] «Der Arzt und die Gesellschaft», en *Der Arzt und der Staat* (Leipzig, 1929).

cia que le aisla —sea organoneurosis o psiconeurosis— no le impide *aparentemente* vivir en comunidad operativa y dialógica con los hombres que le rodean; y *b)* que el primer recurso del médico para curar o aliviar ese aflictivo aislamiento íntimo consiste en «saber oir» como tal médico al enfermo. Muchas neurosis sanan —o podrían sanar— no más que con una somatoterapia adecuada y una psicoterapia sólo atenida a ese «saber oir» del terapeuta. Antes de ser formalmente «psico-analítica», la eficacia del psicoanálisis es —en el más elemental de los sentidos— «psico-acústica». Lo es, en primer término, por obra del oir de un médico que sabe administrar técnicamente sus palabras y sus silencios; y en segundo, por obra del oir del enfermo, para el cual la palabra del médico —recuérdese la virtud «sodalicia» de la mera apelación verbal— es vehículo de compañía, «sésamo» que rompe benéficamente el muro de su soledad.

El *conseio* presupone el consuelo y es un paso adelante en la senda de la cooperación amistosa y técnica que el consuelo inició. Varias veces he dicho que la asistencia médica es un acto de convivencia formalmente distinto del consejo: hasta cuando la actividad terapéutica es puramente logoterápica, el médico no puede quedar en simple consejero. Pero esto no excluye que el tratamiento lleve y aún tenga que llevar en su estructura auténticos consejos, y más cuando la psicoterapia es su ingrediente principal. Todo consejo consiste, desde un punto de vista formal, en decir al aconsejado lo que puede y debe hacer y cómo puede y debe hacerlo; por tanto, en esclarecerle e ilustrarle acerca de su destino futuro. Pero así como la tarea de aconsejar a un individuo normal no exige que ese esclarecimiento tenga por objeto la realidad misma del que lo oye —no pocas veces sería contraproducente dar consejo exponiendo al otro el contraste entre lo que él es y lo que él cree ser—, el consejo psicoterapéutico debe proponerse modificar la idea de sí mismo del paciente, y de ahí que haya de tener su materia, no sólo en lo que el otro puede y debe hacer, sino también en lo que el otro está siendo, puede ser y debe ser. La constitución del espíritu humano hace que la experiencia de la verdad y del bien sea irrevocable. Cuando yo he aprendido una verdad o cuando he adquirido una noción perfectiva, podré, puesto que soy libre, contrariar una y otra con mi conducta, pero tendré que hacerlo sabiendo que las contrarío. Hace años describió Schultz el fenómeno psicológico de la «compulsión adquirida a la ejecución» *(erworbener Vollzugszwang)*; quien, por ejemplo, ha aprendido a leer, se ve forzado

a hacerlo cuantas veces tiene letras ante sus ojos. La verdad y el hábito mental perfectivo nos obligan de algún modo. Tal es, pienso, el fundamento psicológico de la ética socrática y del consejo psicoterapéutico; puesto que este último, como he dicho, debe llevar consigo la prudente y gradual ilustración del paciente acerca de lo que él realmente es.

Consuelo y consejo culminan y adquieren pleno sentido terapéutico en la *conducción* del enfermo por el médico. La cooperación cuasi-diádica entre uno y otro tiene como tarea inmediata conducir al paciente hacia la «vida nueva» que para él se ha inventado; hacia la salud, en el mejor de los casos. No siempre será fácil el empeño. El médico es en principio «preeminente» respecto del enfermo, y éste, también en principio, se halla dispuesto a obedecer a quien como médico le trata (si no lo estuviese, no habría ido a buscar su ayuda técnica); pero el concreto ejercicio de esa obediencia tropieza siempre con las resistencias que los psicoterapeutas tantas veces han vivido y descrito. Tres me parecen ser los recursos principales para vencerlas: capacidad sugestiva, verdad y amor. La primera —que en parte es nativa, y en parte adquirida por obra de la técnica, el hábito y el prestigio— permitirá al médico la paulatina reforma de las creencias del paciente, si estas son morbosas o inadecuadas, o de la personal instalación del paciente en ellas, si no lo son. No sólo en orden a la fe religiosa es cierta la sentencia de San Pablo acerca del nacimiento *ex auditu* de la fe. Pero esta faena de *metánoia* —más radicalmente, de *metabiosis*, de conversión vital— no sería terapéutica si no tuviese como fundamento la verdad del propio enfermo, lo que él está siendo y es; por consiguiente, la prudente y gradual comunicación de esa verdad a quien ha de hacerla suya; en definitiva, el bien del enfermo, bajo forma de instalación adecuada en la realidad y plena conquista de sí mismo. Nunca como en el tratamiento psicoterápico se hacen patentes el carácter de con-saber que por esencia posee la relación médica y la radical condición amistosa de ésta. Seguín ha hablado con brillantez y acierto de un *eros psicoterapéutico*; pero, como enseñó Platón, la forma psicológica y social del *érôs* debe ser *philía*, y no puede quedar fuera de esta regla el que anima la práctica terapéutica. Esta, en efecto, debe nacer de la amistad y conducir a ella.

Lo dicho acerca de la *figura temporal del tratamiento* en el caso de la enfermedad crónica no neurótica puede repetirse sin grandes modificaciones en el caso de la enfermedad neurótica. La relación médica tiene de hecho y debe tener un carácter discontinuo, escandido; la acción tera-

péutica debe seguir siempre un curso «por bordadas». La hostilidad de Platón contra la «medicina pedagógica» —aquella en que el terapeuta acompaña permanentemente al enfermo, como el pedagogo al niño en la antigua Grecia— nos parece hoy doblemente justificada, puesto que nuestras razones no son sólo ético-políticas, como las que Platón adujo, sino, por añadidura, estrictamente médicas. La acción del remedio prescrito, cualquiera que este sea, requiere tiempo; y, por otra parte, el enfermo —que es persona, además de ser organismo paciente-reagente— debe ir aprendiendo a hacer por sí mismo, sin presencia ni ayuda del médico, la vida hacia la cual éste le conduce. Todo, pues, hace aconsejable la estructura discontinua de la relación médica: la moral privada, que exige no aumentar sin necesidad y con propósito de lucro el número de las «visitas»; la moral social, respecto de la cual siguen siendo válidos algunos de los argumentos de Platón, y la esencia misma del tratamiento, tanto en lo que tiene de operación física como en lo que tiene de operación personal. Lo cual cobra muy especial relieve en el caso de la enfermedad neurótica, porque en ella adquiere importancia máxima la educación del enfermo para el ejercicio de su libertad.

III. TRATAMIENTO MEDICO Y AMISTAD

Según la idea deformadora y abstractiva a que de ordinario conduce la visión científico-natural de la medicina, el tratamiento debe ser la consecuencia operativa y en cierto modo automática del diagnóstico; y el diagnóstico, a su vez, es el saber resultante de la objetivación técnica del enfermo. En cuanto terapeuta, el médico sería un ingeniero del cuerpo y el alma del paciente. «Ingeniero de la libido» se consideró a sí mismo Freud, fiel secuaz de esa mentalidad, en los primeros años de su práctica psicoanalítica. Según su propia realidad, en cambio, el diagnóstico y el tratamiento son, respectivamente, expresión cognoscitiva y expresión operativa del fundamento específico de la relación médica. Es verdad que el tratamiento debe ser consecuencia de un juicio diagnóstico previo; así lo exige la índole «técnica» del quehacer médico, su condición de *ars medendi*. Pero también es verdad que la intención terapéutica es anterior al diagnóstico y que en alguna medida le condiciona. Esta es la razón por la cual la mera presencia del médico —en cuanto esa presencia realiza ante el enfermo, por el simple hecho de existir, una «in-

tención terapéutica» —tiene, previamente a toda exploración, cierta virtud sanadora.

Repetiré mi fórmula: en su realidad misma, el tratamiento médico, bien a través del diagnóstico, bien directa e inmediatamente, es la expresión operativa de la relación entre el médico y el enfermo, el conjunto de los actos técnicos de ayuda en que se realiza y manifiesta el fundamento específico de esa relación. Ahora bien, tal fundamento específico puede adoptar, como sabemos, formas muy distintas: una de ellas correctamente amistosa, la correspondiente a la relación médico-enfermo que venimos considerando ideal y canónica; otras muchas coincidentes, por vía negativa, en ser deficientemente amistosas o francamente enemistosas. Examinemos con brevedad estas dos contrapuestas posibilidades.

I. Cuando el médico actúa vocacionalmente y cuando el enfermo busca ante todo en la asistencia médica, sin supersticiones ni retorcimientos, la reconquista de la salud perdida, el tratamiento será consecuencia operativa de la «amistad médica» que desde el momento mismo de su encuentro se estableció entre uno y otro.

En dos sentidos, complementarios entre sí, es entonces «amistoso» el tratamiento médico. En el orden de la operación, toda amistad merecedora de su nombre se realiza como beneficencia y como confidencia, ambas exquisitamente dirigidas a la persona del amigo; por tanto, a *tal* persona, y no sólo a *una* persona. Soy amigo de mi amigo procurando con obras su bien personal (beneficencia) y haciéndole partícipe de una parte de mi personal intimidad (confidencia), y él lo es mío correspondiéndome en igual forma. Pues bien, una y otra acción existen en la relación médica ideal. Con su tratamiento, el médico procura el bien del enfermo tratado: no el de «un ciudadano», el de «un asegurado» o el del «paciente número tantos», sino el de la persona que con su nombre propio, su figura propia y su enfermedad propia ha solicitado de él ayuda técnica o por él ha venido a ser atendida; y el enfermo, a su vez, sabe que es así, tiene en su alma la firme y bien fundada convicción de que el beneficio resultante de ese tratamiento es precisamente *para él*, para su persona [19]. Y la acción terapéutica ¿hubiese podido hacerse real y verdade-

[19] Hasta en los servicios hospitalarios más densamente poblados puede hacerse algo para conseguirlo. En el suyo de Santiago de Chile, el Prof. Hernán Alessandri ha hecho sustituir el número de la cama por el nombre del paciente que en aquél momento la ocupa.

ramente interpersonal sin alguna confidencia del enfermo al médico y sin que éste coejecutara creyentemente en su alma la vivencia y la intención correspondientes a esa expresión confidencial? No es precisa la práctica de una psicoterapia *stricto sensu* para que esto suceda; bastará, como acabo de decir, que el terapeuta quiera con alguna seriedad «individualizar» su tratamiento, hacerlo perfectamente adecuado a la persona singular que es su paciente.

Todo ello, lo repetiré una vez más, médicamente concebido y médicamente realizado. La amistad entre el médico y el enfermo debe ser, valga la redundancia, *médica*; la confidencia que éste hace y aquél busca, debe tener alguna importancia para el diagnóstico y el tratamiento; de otro modo sería mero objeto de curiosidad inútil y hasta, en ocasiones, de curiosidad nociva. Aunque el médico no fuese amigo del enfermo, con amistad extramédica, antes de establecerse entre ambos la relación que como tales les vincula, aunque tal amistad extramédica no surja entre ellos con motivo del tratamiento, amistosa, médicamente amistosa será su mutua vinculación si ésta es técnicamente correcta. «A igualdad de saber —dice una sentencia antigua—, será mejor médico el que sea más amigo del enfermo». Indiscutible verdad. Pero junto a ella podría y debería ponerse esta otra: «Quien sea médico por vocación, será amigo de sus enfermos». Porque el médico no sólo es tecnófilo (amigo de su arte) por ser antropófilo (amigo del hombre en cuanto hombre), como los hipocráticos dijeron; es también amigo del enfermo, de cada enfermo, y precisamente por ser amigo de su arte, por el simple hecho de ejercer aficionada y vocacionalmente su profesión. Así lo exige, aunque el médico sea más o menos reticente respecto de lo que vengo llamando «concepción científico-personal» de la medicina, la realidad misma del arte de curar.

II. ¿Necesitaré decir que no siempre es ideal, y por lo tanto médicamente amistosa, la relación entre el terapeuta y el enfermo? En ocasiones, esa amistad será deficiente o se hallará contaminada por intereses adventicios nada amistosos; en algunos casos, quedará sustituída por una fría inamistad funcional, valga la expresión, o por una resuelta enemistad. Con lo cual el tratamiento será, genéricamente considerado, realización y manifestación operativa de la vinculación no amistosa que de hecho actúe como fundamento específico de la relación médica; y en la concreta realidad de cada caso clínico, el resultado operativo de los intereses y

las actitudes que mutuamente se hayan conjugado en el encuentro y la relación del médico y el enfermo.

Recuérdese lo dicho a propósito del diagnóstico. El médico puede actuar como terapeuta primariamente instalado, no en el *ego adiuvans* de la vocación asistencial, sino en un *ego sapiens*, en un *ego cupiens* o en un *ego fungens*. De un *ego sapiens* como instancia ordenadora de la acción médica nació el «nihilismo terapéutico» de Skoda y Dietl, y de él procedían los famosos olvidos de Addison a la hora de prescribir el tratamiento a sus enfermos hospitalarios. La bien comprobada eficacia de los actuales recursos médicos impide *a radice* esa actitud, pero no, como ya he dicho, que el terapeuta sea «dogmático», en el sentido que a esta palabra dio Marañón; o, más claramente, que se conciba a sí mismo como ingeniero de una visión científico-natural del tratamiento. Así quiso entender la actividad terapéutica el Krehl anterior a 1914: «Era mi plan originario —escribirá más tarde— exponer el tratamiento de las enfermedades internas según los principios de la fisiología patológica. Soñé lo mismo que cien años antes había soñado el gran Magendie...» [20]. En sus tratamientos, el médico actuante desde un *ego cupiens* tratará de multiplicar y complicar los actos terapéuticos, muchas veces con merma o corrupción de la relación amistosa entre él y el paciente. Y si el predominio del *ego fungens* en la práctica médica es muy notorio, el tratamiento —que en tal caso se verá reducido al empleo de los remedios «autorizados» por la organización de que el médico sea funcionario— nunca llegará a adquirir un carácter real y verdaderamente amistoso. Piénsese en la «amistad terapéutica» que podrá nacer entre un médico militar o un médico de empresa y sus pacientes, si uno y otro se atienen muy fría y recortadamente a su condición de tales en el ejercicio de la medicina. Debe tenerse en cuenta, por otra parte, que en todos estos casos puede el médico estar técnicamente bien o mal formado, y actuar seguro o inseguro de sí mismo, con muy destacada «preeminencia existencial» sobre el enfermo o carente de ella. Si el médico actúa inseguro de sí y el paciente es muy superior a él en nivel social, en talento, en sensibi-

[20] «Tuve que descubrir con dolor —dice el propio Krehl a continuación— que tal exposición no es posible... Contra lo que he deseado y esperado durante la mitad de mi vida, la terapéutica no es una consecuencia, sino un complemento de la fisiopatología». La verdad es que la terapéutica puede ser entendida como una consecuencia de la fisiopatología, si a ésta se la entiende desde el punto de vista de la condición «personal» de la «naturaleza» humana. Véase en mi libro *La historia clínica* la exposición que allí hago del pensamiento médico de Krehl.

lidad o en prestigio, ¿podrá llegar a buen término todo lo que en el tratamiento dependa de la relación interpersonal de uno y otro? ¿Será posible, si eso sucede, emprender una cura psicoterápica verdaderamente eficaz?

El paciente, por su parte, puede acudir al médico, no para lograr, con ayuda de éste, la salud, sino buscando un diagnóstico para su dolencia, o un bien atendido refugio en su enfermedad, o, en ciertos casos, sólo la receta del medicamento que deseaba y por sí mismo no podía lograr. Y se presentará ante él con la personalidad que le concedan su propio carácter y el grupo social a que pertenezca, con la reacción que en su alma haya producido el hecho de estar enfermo, con su personal actitud jurídica y moral respecto a la significación social de su dolencia y con su mayor o menor confianza en la medicina y en el médico que va a atenderle. Combínense todas estas posibilidades con las que sumariamente hemos discernido en la actitud profesional del médico, y se tendrá a la vista, como en el caso del diagnóstico, un amplio elenco de situaciones típicas que no será difícil ilustrar con ejemplos procedentes de la experiencia cotidiana.

No quiero, sin embargo, cultivar el pintoresquismo. Nada más lejos de mi intención. Tanto menos lo quiero, cuanto que pienso que la relación terapéutica puede ser muy aceptable —supuesta una decorosa suficiencia técnica en el terapeuta— por encima de las barreras que la actitud del enfermo y los intereses no asistenciales del médico pongan al establecimiento de una amistad médica satisfactoria. Como en el caso del diagnóstico, me limitaré a consignar las principales conclusiones a que podría conducir un examen detenido de la multiforme realidad empírica del tratamiento:

1.º Es preciso distinguir entre «tratamiento correcto» y «tratamiento óptimo». La corrección del tratamiento la da, en la inmensa mayoría de los casos, la suficiencia técnica del terapeuta. Por grandes que en el médico sean el puro interés científico, la sed de lucro y la pasión funcional, nunca, si los conoce, dejará de administrar como terapeuta los remedios que el caso requiera, nunca dejará enteramente de ser «médico»; y por acusados que sean en la actitud del enfermo los ingredientes perturbadores, muy pocas veces llegarán a impedir la eficacia del tratamiento, si ésta es posible, y por lo tanto a matar de raíz todo vestigio de amistad entre él y quien le trata. Mal que bien, rechinando, en tantas ocasiones, la realidad social de la asistencia médica sigue su marcha sin desastre.

Con todo, es preciso decir: *a)* que la amistad médica es hoy muy deficiente en gran número de casos, con notorio menoscabo de la eficacia sanadora del tratamiento; no tardaremos en contemplar las causas de este hecho; *b)* que siempre habrá enfermos —especialmente entre los crónicos y los neuróticos— en los cuales el tratamiento no podrá ser eficaz sin la existencia de una verdadera amistad médica entre ellos y el terapeuta; y *c)* que incluso disponiendo de remedios objetivamente eficaces —la penicilina en la neumonía, la apendicectomía en la apendicitis aguda, etc.—, nunca sin amistad médica verdadera podrá ser óptima la eficacia sanadora de su aplicación. Un cirujano correcto como operador e incorrecto como médico puede curar radicalmente la apendicitis del enfermo que a él recurra, pero no es improbable que psicológica y socialmente deje secuelas perniciosas esa incorrección extraoperatoria de su proceder.

2.º Como la simpatía, la amistad médica puede ser tácticamente «simulada» y puesta al servicio de intereses más profundos y arraigados que ella. El médico por vocación trata con amistad a sus enfermos desde la raíz misma de su alma. Movido por su sed de lucro, el médico codicioso puede tratar a sus pacientes simulando amistad hacia ellos. Pero cabe preguntarse si tal simulación dejaría de ser burda e inoperante farsa si en quien la planea y ejecuta no hubiese una brizna, al menos, de verdadera vocación médica; y, por otra parte, si el ejercicio habitual de esa «amistad táctica» no acabará suscitando en el alma del médico la afición a la medicina, y por consiguiente una vocación médica real.

3.º El tratamiento es correcto cuando la prescripción se halla bien indicada y es bien administrada, sea su materia una inyección de penicilina, la ablación de un tumor cerebral o una cura psicoterápica. El tratamiento será óptimo cuando el remedio sea prescrito y administrado, no sólo con corrección, también con amor. Sólo el amor —amor a lo que hacemos, amor a las personas hacia las cuales va, de un modo u otro, lo que hacemos— puede acercarnos a la perfección. Tanto más, cuando lo que hacemos consiste formalmente en quitar mal y procurar bien. En la actual medicina masificada, ¿es esto posible? Y si lo es, ¿cómo? Trataremos de verlo.

CAPITULO VII

EL MOMENTO ETICO-RELIGIOSO DE LA RELACION MEDICA

Cualquiera que sea la situación histórica y social en que se realice, la relación médica posee en su estructura un momento de carácter ético; en definitiva, de carácter religioso, aunque a veces sus copartícipes den a su religiosidad nombre de «ateismo». Es verdad que la rutina del ejercicio profesional puede ocultar al médico este esencial costado ético de su actividad; no será preciso recurrir a Heidegger y a su conocido análisis del «se» para advertir que tal ocultación moral es rasgo común de todas las rutinas. Pero, enmascarado unas veces por el adocenamiento del clínico, patente otras por obra de una resuelta voluntad de perfección o por la virtualidad de una intención delictiva, nunca ese carácter «moral» falta en la estructura del acto médico. La moralidad *stricto sensu* y la in-moralidad —a veces, una a-moralidad de índole defectiva o privativa, como la a-cinesia de un ser a cuya esencia pertenece el movimiento— son las formas en que cardinalmente se realiza y manifiesta la condición «moral» de la relación entre el médico y el enfermo.

Así nos lo ha mostrado nuestra excursión a lo largo de las diversas formas históricas que dicha relación ha ido adoptando en el mundo occidental. Configurada por la «piedad fisiológica» de la Grecia ilustrada, por la moral supramundana del cristianismo o por la «religiosidad mundanal» del hombre moderno secularizado —la *Weltfrömmigkeit* de que ha hablado Spranger—, la vinculación entre el clínico y el paciente ha sido en todo momento formal y materialmente ética. Y así tenía que ser, porque, como Zubiri y Aranguren han mostrado, la realidad misma del hombre es constitutivamente moral. A diferencia del animal, cuyos instintos le hacen vivir «ajustado» a su medio, el hombre se ve obligado a ajustar constantemente su comportamiento a su situación —y, a través de ella, a su mundo y a la realidad—, mediante el ejercicio de su libertad

y su inteligencia; con lo cual el «ajustamiento» se trueca en «justificación». La justificación es la expresión moral de la estructura interna del acto humano, y consiste en dar razón —recta en los actos «buenos», torcida en los actos «malos»— de la posibilidad puesta en juego para la ejecución efectiva de aquél. Toda *pre-ferencia* supone la aceptación ejecutiva de una determina*ferencia* (Zubiri) —si se quiere, de una «tendencia natural»— y comporta la justificación de ese *pre*; esto es, la existencia de una razón explicita e implícita por la cual la ferencia pre-ferida ha sido libre e inteligentemente elegida y ejecutada [1].

En cuanto acto humano, la relación médica es un acto moral, un modo específico de ser hombre —en el enfermo, en cuanto enfermo asistido; en el médico, en cuanto médico asistente— que simultáneamente se realiza en el orden de la afectividad, del conocimiento, de la operación y del deber. ¿Cuál es la estructura de este esencial costado ético de la vinculación entre el médico y el enfermo? ¿Cómo en aquél y en éste llegan a ser «pre-feridas» sus respectivas «ferencias»? ¿Cuáles son, en orden a su relación mutua, los deberes principales de uno y otro? ¿Cómo debe plantearse de un modo genérico la relación entre la ética médica y la religión? Tales son las cuestiones a que sucesivamente intentaré dar respuesta en este capítulo.

I. Para advertir el modo como realmente se manifiesta la *condición moral de la actividad del médico*, tal vez sea conveniente distinguir las dos principales situaciones en que esa actividad es ejercitada: la ayuda ocasional y no solicitada al enfermo y la asistencia a que de ordinario conduce el ejercicio profesional de la medicina.

Caminando por la calle, un médico ve que alguien a su lado, un viandante cualquiera, da unos traspiés y cae al suelo sin sentido. Se trata, sin posibilidad de duda, de un enfermo. ¿Qué hará ese médico? ¿Proseguirá su camino? ¿Acaso no le está esperando un deber en otra parte? ¿Quién le ha requerido allí para que como médico actúe? Pero en la intimidad de su conciencia se siente llamado a ayudar humana y técnicamente a aquel hombre, y así lo hace: se inclina sobre el caído, le explora, toma las medidas que estima pertinentes. Se conduce, en suma, como lo que profesionalmente es, como médico.

Basta un rápido examen de ese trivial suceso para advertir que en él se dan uno tras otro los siguientes actos éticos:

[1] Véase la *Etica* de J. L. L. Aranguren (2.ª ed., 1959), págs. 63-76.

1.º Aceptación personal de la tendencia a la ayuda al semejante menesteroso y enfermo. La contemplación inmediata del estado de menester a que damos el nombre de «enfermedad» produce siempre en el hombre, médico o no, un sentimiento ambivalente, una actitud afectiva en cuya trama se mezclan y contienden la repulsión y la atracción. Por lo general, el espectáculo de la enfermedad repele; y, por otra parte, nunca es grato el abandono o la posposición del proyecto a cuya ejecución estamos libremente consagrados, aunque éste sea el minúsculo de dar un paseo u hojear una revista. Pero la visión de la desgracia ajena, y más cuando ésta cobra figura de enfermedad, suscita también en el alma del hombre —egoísta y altruista a la vez— un sentimiento de ayuda al desgraciado, cuya primera manifestación es el acercamiento a él, la *adsistentia*. Más o menos favorecido su ánimo por la «segunda naturaleza» que crean la educación y los hábitos vigentes en el mundo en torno, quien se encuentra con un enfermo prefiere unas veces hacer suya la ferencia de la atracción, y por lo tanto cumplir con el deber de ayudar al menesteroso, y otras la ferencia de la repulsa, y por consiguiente el voluntario incumplimiento de ese deber. Lo cual, sea uno u otro el camino preferido, constituye un acto formal y materialmente ético.

2.º Decisión de ayudar técnicamente al enfermo y conversión de la voluntad de ayuda en proyecto de acción. Una vez preferida la ferencia y la posibilidad de la ayuda, ¿cómo se dará a ésta realidad efectiva? ¿De un modo genéricamente humano; por ejemplo, llevando al enfermo a la casa de socorro más inmediata, para que en ella sea atendido por los que oficialmente tienen el deber de hacerlo? ¿De un modo estrictamente técnico, asumiendo como médico, siquiera sea inicial y provisionalmente, la responsabilidad del «caso» en cuestión? Esta segunda línea de conducta es, sin duda, harto más incómoda que la anterior, y de ahí la inevitable tentación de abandonarla. La configuración técnica de la ayuda posee, pues, un esencial carácter ético.

3.º Ejecución más o menos cuidadosa y diligente de los actos en que el proyecto de acción cobra realidad concreta. Cabe, en efecto, mayor o menor aplicación en el saber (consideración rutinaria del caso o estudio del mismo hasta donde lleguen las posibilidades intelectuales propias; por tanto, con doble y leal voluntad de suficiencia y de aprendizaje), mayor o menor diligencia en el hacer (sumario y tópico tratamiento de urgencia o empeñada ejecución de todo cuanto entonces parezca conveniente), mayor o menor cuidado en el cumplimiento de las reglas

éticas que por sus creencias y sus hábitos uno considere normativas. Todo lo cual, como las decisiones anteriores, posee un inequívoco carácter ético, moral.

Aunque menos ostensible, no es menos evidente la condición esencialmente moral del habitual ejercicio de la medicina. No es precisa la emergencia de situaciones delicadas o extremas para que esa constitutiva índole «moral» de la actividad médica se haga manifiesta. Imaginemos un médico esperando en su consultorio a uno de los enfermos que previamente ha citado. Le recibe, le explora, le diagnostica, le prescribe el adecuado tratamiento, percibe de él honorarios correctamente estipulados. ¿Qué hay de moral —o de inmoral— en todo ello? No pocas cosas. Por lo menos, las siguientes:

1.ª La aceptación personal de la condición de médico. Ser médico es algo más que la posesión de un título académico y profesional; es también —debe ser— la posesión de una «segunda naturaleza», constituida por los hábitos mentales, operativos y estimativos que requiere el ejercicio decoroso de la medicina. Pues bien, esta segunda naturaleza puede ser personalmente asumida por su titular de muy diversos modos: con gusto o con disgusto, con voluntad buena o mala, con perezoso hastío o con designio de perfección. Esto es: realizando moral o inmoralmente el peculiar modo de ser hombre subyacente al rótulo de «médico».

2.ª La acogida amistosa del paciente a quien técnicamente se va a atender. Cada enfermo produce en el médico distinta impresión, y no sólo como enfermo, también como persona. Cuando esa primera impresión es grata, será preciso ajustarla proyectivamente, con deliberación mayor o menor, a las exigencias técnicas y morales de la exploración y el tratamiento; cuando es ingrata, habrá que vencerla, para que el acto asistencial sea la «afable prestación de ayuda técnica» en que debe consistir, como en otra parte he dicho, el ejercicio de la medicina [2].

3.ª La ejecución cuidadosa o descuidada, correcta o incorrecta, de las diversas acciones exploratorias y terapéuticas. Todo lo que anteriormente ha sido dicho a este respecto —aplicación en el saber, diligencia en el hacer, observancia de las reglas éticas— puede ser repetido ahora.

4.ª La fijación de unos honorarios que ni social, ni personalmente sean abusivos.

¿Quién negará que todos estos actos —ineludiblemente hasta en el

---

[2] Véase mi trabajo, ya citado, *El silencio y la palabra del médico.*

más trivial y rutinario de los casos —llevan consigo decisiones y comportamientos de orden moral? No hay duda: la relación médica, como toda acción humana, posee una estructura y un contenido de carácter ético. Ser médico no es sólo diagnosticar, formular tratamientos y establecer una vinculación afectiva con el enfermo más o menos satisfactoria; es también, inexorablemente, realizar de manera moral o inmoral la relación interhumana de que el diagnóstico, el tratamiento y la vinculación afectiva son expresión y consecuencia.

No menos indudable es, cuando con alguna atención se la investiga, la *condición moral de la relación del enfermo con el médico*. Estar «personalmente» enfermo —vivir la enfermedad de un modo u otro, reaccionar de un modo u otro al hecho de padecerla— es por sí mismo un acto moral; tanto más lo será cuando ese «estar enfermo» haya llegado a constituirse en relación médica. Si el paciente es atendido sin haberlo solicitado, aceptará con un talante o con otro al médico que le atiende y la ayuda técnica que se le presta, y esa orientación de su conducta tiene un esencial aspecto ético. Y si es asistido a requerimiento propio, su actitud personal frente al médico requerido será siempre —tenuemente, unas veces, ostentosamente otras— moral o inmoral. Tanto, pues, por el lado del médico como por el lado del enfermo, la relación médica lleva la moralidad en lo más íntimo de su estructura.

II. Veamos ahora, aunque sea de manera esquemática, cuáles son en esa relación los *deberes respectivos del médico y del enfermo*. No trato con ello de bosquejar una deontología médica general. Quiero tan sólo plantear *a radice* el capítulo de ella concerniente a lo que en la actividad del médico es a la vez elemental y fundamental: su vinculación afectiva, diagnóstica y terapéutica con el paciente.

Todos los *deberes del médico respecto del enfermo* no son otra cosa que explanaciones ocasionales del sencillo y esencial mandamiento en que el arte de curar tiene su regla de oro: el bien del paciente. El autor del escrito hipocrático *de prisca medicina* afirmó que el *métron* del saber médico, el inapelable criterio rector de la experiencia que el médico adquiere, debe ser «la sensación del cuerpo», lo que el técnico en medicina percibe observando el cuerpo del enfermo. Los capítulos precedentes nos han permitido ampliar esa venerable sentencia: el *métron* del saber médico debe ser el conocimiento de la total realidad del enfermo, y no sólo la sensación del cuerpo de éste. Pues bien: el *métron* de la ética médica,

la regla cardinal a que el terapeuta debe en todo momento atenerse, es esa misma total realidad; pero ya no en cuanto realidad cognoscible y manejable, sino —más radicalmente— en cuanto realidad valiosa. El bien del enfermo, el máximo bien del enfermo: tal debe ser, desde un punto de vista moral, el norte invariable del médico.

Como todas las reglas muy esenciales, ésta que acabo de proponer pide mucho y dice poco. ¿Qué es, en rigor, el bien del enfermo? En una situación determinada, ¿en qué podrá, en qué deberá consistir ese bien? El «bien del enfermo» que el médico ha de tener ante sus ojos, ¿debe ser, sin más, lo que el enfermo mismo considere «su bien», lo que sobre el caso dictamine la sociedad a que médico y enfermo pertenecen o lo que allende las diversas convenciones sociales establezcan la ciencia o una religión supranacional y supratempórea? El bien de una persona, ¿puede ser querido y procurado sin conflicto? Si el acto virtuoso debe buscar, salvo en las situaciones-límite, ese «término medio» que la ética más tradicional viene prescribiendo desde Aristóteles, ¿a qué normas habrá de atenerse su ejecutor para conseguirlo? Procurar el bien del enfermo es, como vemos, empeño bastante más fácil de formular y enunciar que de configurar y cumplir.

Sin el menor propósito de agotar el tema, sabiendo muy bien que la buena moral consiste más en inventar animosamente deberes propios, como tantas veces dijo Marañón, que en cumplir meticulosamente reglas generales, nombraré y describiré de manera sumaria los principales «campos conflictivos» en que se hace patente el carácter ético de la relación entre el médico y el enfermo. Son los siguientes:

1.º El *conflicto entre persona y sociedad.* Hay ocasiones en que la conexión entre el «bien de la persona» y el «bien de la sociedad» no se presenta bajo forma de conflicto. He aquí un enfermo de neumonía. Vive de su trabajo, y la enfermedad le ha obligado a interrumpirlo. Desde el punto de vista del estado en que se encuentra, ¿cuál es el bien de ese enfermo? Evidentemente, su pronto restablecimiento. ¿Cuál es, por otra parte, el bien de la sociedad a que el paciente pertenece? Sin duda alguna, el rápido retorno al trabajo que ha debido abandonar. En tal caso, como en tantos otros, el bien personal y el bien social se armonizan formalmente y coinciden materialmente. Su materia, en efecto, es la misma: la salud del enfermo.

No siempre son las cosas tan llanas. Mencionaré brevemente unas cuantas posibilidades: *a)* La sociedad exige el pronto restablecimiento

del enfermo, o al menos el inmediato retorno de éste a su tarea social, al paso que el enfermo no quiere reintegrarse a su función sin hallarse total y firmemente restablecido. Un Jefe de Estado, un general en campaña, un capitán de empresa, un simple padre de familia pueden hallarse en tal situación conflictiva. Cuando de la presencia de un hombre en su puesto de trabajo depende la suerte de una batalla o el sustento de una prole, ¿qué deberá hacer el médico? ¿Buscará la salud o el alivio pasajero del enfermo por la vía más expeditiva, aunque esta vía sea peligrosa? ¿Hará caso omiso, en su conducta terapéutica, de la conveniencia de la sociedad? *b)* La sociedad —o, arrogándose su representación, el Estado— exige y desea que el enfermo no se restablezca, o incluso que muera; frente a ella, el enfermo desea su salud, y pide que ésta sea prontamente conseguida. Platón —recuérdese— quería para su ciudad ideal un cuerpo médico «que cuide de los ciudadanos de buena naturaleza anímica y corporal, pero que deje morir a aquellos cuya deficiencia radique en sus cuerpos, y condene a muerte a quienes tengan un alma naturalmente mala e incorregible» (*Rep.* III, 409 e-410 a). Más cerca y más lejos de nosotros que Platón, el Estado nacional-socialista alemán decretó un día, invocando el bien del pueblo, que murieran *manu medica* millares y millares de enfermos mentales. Pero no es preciso llegar a tales aberraciones morales. Si un médico atiende la neumonía de un *gangster* y sabe que la prolongación del estado de enfermedad puede evitar determinado acto delictivo, acaso la muerte de alguna persona inocente, ¿empleará la penicilina para curar al paciente en veinticuatro horas? *c)* En cuanto empresarios de la actividad pública del enfermo, la sociedad y el Estado exigen conocer con precisión lo que el enfermo tiene; por lo tanto, que el médico extienda y firme el correspondiente «certificado». El enfermo, a su vez, puede pedir al médico sigilo, bien acerca de su estado de enfermedad, bien acerca de la dolencia que padece. ¿Le será siempre fácil al médico resolver el indudable problema moral que esta colisión de derechos le plantea? [3]

2.º El *conflicto entre la consideración objetiva y la consideración personal del enfermo*. Hagamos ahora abstracción de los deberes «sociales» a que el enfermo y el médico puedan hallarse sometidos; consideremos el contacto entre uno y otro como pura relación cuasi-diádica. En el diagnóstico

[3] En el próximo capítulo aparecerá de nuevo, muy concretamente planteada, esta interrogación, bajo la cual tantas y tan delicadas situaciones conflictivas plantea la medicina socializada.

y en el tratamiento, ¿a qué dará el médico mayor importancia: a lo que en el paciente es objetividad somática o a lo que en él es subjetividad anímica? En la inmensa mayoría de las enfermedades, se impondrá de manera incuestionable el primer término del dilema; en otras —una neurosis obsesiva, por ejemplo—, prevalecerá el segundo. Pero en todas habrá que establecer la proporción respectiva de uno y otro, y tal empeño constituirá un problema a la vez técnico y ético. Prescindir de la psicoterapia por negligencia o por prisa puede en ciertos casos ser un descuido éticamente tan grave como olvidar en otros la exploración de los reflejos pupilares o la pesquisa de hemorragias ocultas en las heces.

3.º El *conflicto entre la declaración y la ocultación de la enfermedad.* Sabemos que el juicio diagnóstico adquiere su acabamiento cuando se hace saber compartido; la declaración personal del estado de enfermedad pertenece constitutivamente a la relación médica. Mas, por otra parte, hay no pocos casos en que un conocimiento preciso de su situación puede perjudicar al enfermo, va contra su bien. El médico debe decir al paciente toda la verdad que convenga al bien natural de éste (el logro de su salud) y a su bien personal (el destino de su persona, tal como lo entienden y prefiguran sus creencias); no debe pasar de ahí. Lo cual, no será preciso subrayarlo, constituye un delicado problema, a la vez cognoscitivo y ético. ¿Hasta dónde llega en cada caso la tolerancia del enfermo respecto de la verdad acerca de sí mismo? ¿Qué verdades pueden favorecerle, cuáles le pueden dañar? ¿De qué modo pueden ser mutuamente armonizados el bien de su naturaleza (para el cual acaso le convenga no oir hablar de la muerte propia) y el bien de su persona (que en determinados casos exigirá conciencia clara del riesgo de morir)? Siempre será posible resolver correctamente todas estas cuestiones; pero la solución habrá de nacer en casi todos los casos de un verdadero conflicto ético.

4.º El *conflicto entre el deber de asiduidad y el deber de distanciamiento.* Una buena relación terapéutica exige cierta asiduidad por parte del médico, tanto para advertir a tiempo las mudanzas en el estado del enfermo, como para vigilar el efecto de las prescripciones y para aprovechar la condición de «medicamento» que la presencia del terapeuta tiene. Mas, por otra parte, esa asiduidad debe estar regulada por cierto distanciamiento. Exígenlo así: *a)* la conveniencia de que el enfermo, una vez ayudado por el médico, «haga» por sí solo su propia salud; *b)* la necesidad en que el médico se ve de atender a otros enfermos; necesidad que además de económica, es también social y moral; *c)* la conveniencia

de no suscitar y cultivar viciosamente los fenómenos de transferencia. Todo lo cual, como bien se advierte, posee un evidente carácter a la vez conflictivo y ético.

5.º El *conflicto entre el poder y el deber.* La técnica es tanto un «saber hacer» como un «poder hacer», y la del médico no constituye excepción a esta verdad. Mucho es lo que hoy puede el médico, en cuanto técnico de la medicina: puede penetrar, mediante ciertas drogas, en la intimidad de la conciencia del paciente, y en cierta medida gobernarla; puede, quirúrgicamente, acceder sin riesgo excesivo a los parajes más recónditos del cuerpo humano; puede paralizar el sistema nervioso central o agitarlo convulsivamente. ¿*Deberá* hacer frente a cada caso todo lo que en él *puede* hacer? Su juicio acerca de las posibilidades exploratorias y terapéuticas de una determinada técnica —juicio siempre en alguna medida estadístico, conjetural y subjetivo—, ¿en qué medida llega a justificar realmente la aplicación de esa técnica en el caso en cuestión? De nuevo la respuesta deja de ser puramente técnica; de nuevo se hace, además de técnica, ética. Porque el médico actual —tal es una de las gloriosas pesadumbres del progreso científico— puede siempre mucho más de lo que debe.

6.º El *conflicto entre la apetencia del lucro máximo y la obligación del lucro justo.* Puede el médico, y aún debe, actuar en ciertas ocasiones sin afán de lucro, sólo por amor: así atenderá a los miembros de su familia, a algunos amigos y a los pobres, si por desventura los hay en la sociedad a que él pertenece. Pero en cuanto su actividad se hace técnica social, profesión, en ella es y tiene que ser parte inexcusable un aspecto económico. ¿Cómo regularlo? ¿Cómo el médico deberá establecer la cuantía de sus honorarios? Y, sobre todo, ¿cómo la percepción de honorarios y la relación contractual inherente a ella —«Yo te atiendo, y tú me pagas; yo te pago, y tú me atiendes»— pueden compaginarse con la regla tan constantemente repetida en este libro: que, cuando es lo que debe ser, la relación médica tiene su fundamento propio en la amistad?

Dos son, a mi juicio, las normas éticas que deben presidir este vidrioso empeño: la primera atañe a la decisión del médico, la segunda a su moderación. Demostrará un médico que procede en su práctica movido *en última instancia* por una razón de amor —o por una genuina vocación médica: dos modos de expresar una misma cosa— cuando, puesto en el trance de decidir, sepa renunciar a sus honorarios. Tal es el caso: *a)* cuando por la dignidad de una profesión que ama y respeta

y por su propia dignidad, desista de pleitear con el paciente en defensa de la remuneración a que legítimamente tiene derecho; *b)* cuando, requerido por alguien que no puede pagar lo que él habitualmente percibe, sepa no rehusar su ayuda técnica; *c)* en cualquier evento, cuando su conducta diagnóstica y terapéutica no sea diferente ante el enfermo que le paga y ante el que no le paga.

Mas para la adecuada calificación de un comportamiento moral, no basta la consideración de los casos-límite. Hay personas, en efecto, que con su esporádica abnegación o su esporádico heroismo en tal o cual caso extremo tratan de justificar todo lo que habitualmente hacen, incluídos los abusos. Sin la observancia habitual de una decorosa moderación en la fijación de honorarios —moderación en cuya estructura tienen que entrar muchos y muy diversos motivos: nivel técnico del médico, nivel económico del paciente, hábitos imperantes en la sociedad que le rodea, modo de la asistencia prestada etc.—, el recto y aun abnegado comportamiento en los casos de excepción no tendría suficiente valor justificativo [4]. Sólo mediante la moderación cotidiana puede demostrarse que es auténtico el desinterés excepcional [5].

Los párrafos precedentes muestran algunos de los más importantes conflictos éticos de la relación entre el médico y el enfermo. ¿Cómo resolverlos satisfactoriamente? La aplicación de la regla de oro de la deontología —el servicio del médico al bien del enfermo— presenta en la vida real múltiples y muy delicadas complicaciones. No debo estudiarlas aquí una a una. Pero tal vez no sea inoportuno, tras esta sumaria excursión por los principales campos conflictivos de la ética médica, indicar que la procura del bien del enfermo sólo será moralmente satisfactoria cuando se ajuste a los tres siguientes principios: 1.º. Principio de la *máxima capacidad técnica*. El médico comenzará a ser moral sólo cuando haya alcanzado toda la suficiencia técnica que sus dotes personales y las posibilidades didácticas e instrumentales de su mundo conjuntamente le permitan. 2.º. Principio de la *obra bien hecha*. La moral del médico, como la de cualquier otro técnico, consiste ante todo en hacer del mejor

---

[4] Hablo aquí, naturalmente, de la libre fijación de honorarios. Muy otro es el caso cuando el médico recibe por sus servicios una remuneración fija, de ordinario exigua. Véase lo que sobre el tema se dice en el capítulo subsiguiente.

[5] El autor de los *Praecepta* hipocráticos —recuérdese— aconseja prestar asistencia gratuita para devolver algún favor recibido o «por el interés actual de la reputación.» La vigencia de este consejo no ha prescrito a través de los siglos.

modo posible aquello que técnicamente debe hacer. La perfección de la propia obra no es sólo una hazaña intelectual, técnica o estética; es también, y muy esencialmente, un deber moral [6]. 3.º. Principio de la *autenticidad del bien.* El bien del enfermo debe ser «auténtico», lo cual exige un doble y no siempre armonioso atenimiento del médico: por una parte —en caso de conflicto, la parte decisiva—, a lo que según las creencias íntimas del paciente sean el bien y la perfección del hombre; por otra, a lo que según sus propias creencias sean ese bien y esta perfección. A través de situaciones más o menos conflictivas, un médico celoso de su capacidad técnica, exigente respecto a la calidad de su obra asistencial y atento a la autenticidad del bien por el cual se esfuerza —en primer término, el bien del enfermo—, será, en el más hondo y genuino sentido del término, un médico moral.

A los deberes del médico respecto del enfermo corresponden —porque el estado de enfermedad no exime por completo de obligaciones sociales— los *deberes del enfermo respecto del médico.* Pueden estos cifrarse, a mi juicio, en tres sencillas palabras: lealtad, confianza y distancia. La lealtad para con el médico llevará al enfermo a declarar sin ambages todo cuanto a su juicio sea o parezca ser importante para un cabal conocimiento de su dolencia, aun cuando no haya sido expresamente interrogado acerca de ello. La confianza en el médico no brota, claro está, del simple propósito de sentirla; pero el paciente puede y debe cultivarla en sí mismo. Nada más inconveniente e incorrecto que la veleidad del enfermo en la elección de médico —si ésta es para él posible— y en su vinculación a él. La mejor prueba de la confianza es la obediencia. Tanto por razones técnicas como por razones éticas, el enfermo debe obedecer al médico. «El enfermo que no sabe ser *paciente* —ha escrito Marañón— disminuye sus posibilidades de curarse... El saber sufrir, el sufrimiento bien administrado, es también medicina... Obedecer es empezar a curarse» [7]. La distancia, una afectuosa distancia, evitará, en fin, que la confianza y la amistad dejen de ser transferencia

---

[6] «La moral —ha escrito Ortega— no es una *performance* suplementaria y lujosa que el hombre añade a su ser para obtener un premio, sino que es el ser mismo del hombre cuando está en propio quicio y vital eficacia. Un hombre desmoralizado es simplemente un hombre que no está en posesión de sí mismo, que está fuera de su radical autenticidad y por ello no vive su vida, y por ello no crea, ni fecunda, ni hinche su destino» (*Obras Completas,* IV, 72). El imperativo de la «obra bien hecha» es, como se sabe, uno de los temas permanentes en la ética de Eugenio d'Ors.

[7] «Realidades y errores», en *Gaceta Médica Española,* XXVII (1953), núm. 1.

útil y se truequen en transferencia viciosa. Recuérdese lo dicho al estudiar el momento afectivo de la relación médica.

III. Acabamos de ver cómo la relación entre el médico y el enfermo es fuente y campo de deberes para las dos personas que la constituyen. ¿De dónde nacen esos deberes? ¿Cuál es el nexo real entre la técnica y la ética del médico? ¿Hay, puede haber para una y otra un fundamento común, o su conexión mutua es meramente externa y convencional? Estas interrogaciones plantean la delicada cuestión de las *relaciones entre la ética médica y la religión*. Dos palabras acerca de ella, en orden a nuestro tema.

¿Existe, puede existir una *ética médica puramente natural*, exclusivamente emanada, por tanto, de lo que «por naturaleza» sea la relación entre el médico y el enfermo? El imperativo central de la ética médica —la procura del bien del paciente— ¿puede ser reducido a una serie de mandamientos pura y exclusivamente fundados en las exigencias de la «naturaleza humana», válidos, en consecuencia, para todos los tiempos y todos los hombres? A primera vista, sí. Curar al enfermo de su dolencia si para ello se tienen recursos adecuados —la regla hipocrática de «favorecer y no perjudicar»—, es sin duda un mandamiento técnico y ético de validez intemporal. Pero, como hemos visto, ese mandamiento se problematiza tan pronto como el médico ha de preguntarse en concreto y en serio por el contenido real de su acción favorecedora. Prescribir penicilina a un neumónico debe ser regla terapéutica para todos y —en tanto no sea descubierto un fármaco más eficaz que la penicilina— para siempre. ¿Podremos decir lo mismo de los consejos que exige el tratamiento psicoterápico de una neurosis obsesiva o —si el médico es católico— de la obligación de bautizar a un recién nacido en trance de muerte?

Pese a lo que a veces puede indicar su primera apariencia, los deberes del hombre —entre ellos, los deberes médicos— no son nunca «puramente naturales». Hasta los pensadores más radical y crasamente atenidos a una concepción «naturalista» de la realidad del hombre y de la realidad en general se han visto obligados a reconocerlo así, cuando con alguna seriedad han contemplado el problema moral de la conducta humana. ¿Qué otro sentido tiene, dentro del pensamiento helénico, la disputa en torno a la relación entre *physis* (naturaleza) y *nómos* (convención)? Pocos la vieron en la antigua Grecia más profunda y clara-

mente que Demócrito. Como en todos los seres vivientes, en el hombre actúan los impulsos de la naturaleza; pero un impulso —enseña el filósofo de Abdera— no es verdaderamente «humano» si su «naturalidad» no ha sido configurada por *nómoi* o convenciones sociales, como la de pensar, si del impulso sexual se trata, que la descendencia es ventajosa (Diels-Kranz, fr. 278) o, por el contrario, que no conviene tener hijos (fr. 276). «La naturaleza y la enseñanza —léese en el fr. 33— son cosas análogas; la enseñanza transforma a los hombres, pero por obra de esa transformación crea naturaleza». La enseñanza —en definitiva, la formación del hombre según las convenciones de la sociedad a que pertenece— posee, pues, una virtud «fisiopoética», suscitadora de naturaleza. De ahí que el sabio deba discernir entre las distintas «necesidades» *(anánkai)* de la naturaleza. Las hay, en efecto, muy profundas e inexorables, como la necesidad de vivir, y frente a ellas sería necio no obedecer (fr. 289); mas también las hay superficiales y aparentes, y ante ellas hay que distinguir las que convienen y las que dañan (frs. 223, 234, 235), para arraigarlas más y más en la naturaleza, cuando son convenientes, mediante la eficacia educadora y «fisiopoética» de *nómoi* razonables, y para eliminarlas enérgica y combativamente, si son nocivas. «Luchar contra el (propio) ánimo es cosa difícil; pero de hombres prudentes es lograr la victoria», dice Demócrito (fr. 236). La concepción «nómica» del deber indica que ni siquiera para los griegos pudo ser pura «fisiología» la «ética». ¿Habrá que concluir, entonces, que en el *nómos* hay algo constitutivamente trans-natural? Tal fue una de las aporías del naturalismo helénico.

Muy lejos de ese naturalismo, pero con el propósito de no rebasar los límites de la «mera razón» —más acá, por tanto, de una ética confesionalmente religiosa—, Kant afirmará que el hombre debe ser lo que naturalmente no es y no tiende a ser. El deber *(Pflicht)* puede coincidir materialmente con la tendencia natural *(Neigung)*, pero es constitutivamente distinto de ella, y en no pocos casos habrá de contrariarla. En cuanto «ente moral» *(moralisches Wesen)*, la naturaleza humana sería de alguna manera in-natural o trans-natural. La «ética» no puede ser reducida a la «física», ni el *homo noumenon* al *homo phaenomenon*.

Basta, creo, este sumario apuntamiento histórico para advertir que la ética médica es y tiene que ser trans-natural; con otras palabras, que sus preceptos no pueden surgir unívoca y determinadamente de la «naturaleza de las cosas». Más precisamente: que si bien hay y tiene

que haber *algo* natural en esos preceptos —porque para el médico el bien del enfermo es, ante todo, la salud, y ésta constituye un hábito de la naturaleza—, no *todo* puede ser natural en ellos. Y en tal caso, ¿de dónde procede lo que convierte aquel «algo» en este «todo»? ¿Cuál es el fundamento y la fuente de esa instancia trans-natural de la ética médica?

Conocemos cuál sería la respuesta de Demócrito. Aquello por lo cual la regla ética se constituye como trans-natural y gana su acabamiento, tiene su fundamento y su fuente en las convenciones —más razonables, unas, menos razonables, otras— imperantes en la sociedad a que médico y enfermo pertenecen. Más radicales que Demócrito, nosotros daremos otra respuesta: último fundamento y primera fuente de la ética médica —diremos— son las *creencias* del médico y del enfermo acerca de la realidad y del sentido de la existencia humana; en definitiva, las *creencias religiosas* de uno y otro, llámense éstas cristianismo, judaísmo, mahometismo, budismo, deismo o ateísmo. Graves y múltiples preguntas se levantarán ahora en la mente del médico reflexivo. ¿En qué medida y de qué modo puede ser el ateísmo una actitud «religiosa»? ¿Cómo los preceptos de una ética médica atea puden tener su origen más allá de la pura naturaleza humana? ¿Cómo en la ética médica cristiana se armonizan las instancias naturales y las sobrenaturales? Entre las distintas éticas médicas, ¿hay alguna capaz de envolver a todas ellas y dar de ellas razón? La necesidad de no rebasar el tema del presente libro me impide tratar a fondo estas cuestiones. Debo contentarme haciendo ver que a ellas conduce ineludiblemente un examen serio y atento de la relación entre el médico y el enfermo [8].

[8] El lector español podrá completar estas rápidas y esquemáticas indicaciones con la lectura de los tratados y ensayos sobre ética médica de Marañón, Muñoyerro, P. Peiró, Benzo, Quintana Fergusson, Royo Villanova, etc. Muy especialmente le recomiendo tres revistas: la austriaca *Arzt und Christ*, la francesa *Présences* y la alemana *Die Krankenseelsorge*. Y, entre los no españoles, los libros de W. Riese (*La pensée morale en médecine*, París, 1954), G. B. Gruber (*Arzt und Ethik*, Berlín, 1956) y M. Castex, S. J. (*La relación entre el médico y el enfermo*, Buenos Aires, 1960).

CAPITULO VIII

CONSISTENCIA SOCIAL DE LA RELACION MEDICA

Sin las indicaciones que tan reiteradamente hice en la Introducción, el examen sistemático de la relación médica que en estos últimos capítulos vengo haciendo daría de ella una imagen falsa. Nos la haría ver, en efecto, como un encuentro entre dos personas que se realiza afectiva, cognoscitiva y operativamente, y al cual vinculan con el mundo histórico y social en que acontece los saberes científicos de que están hechos el diagnóstico y el tratamiento, las técnicas con que uno y otro se realizan, las normas éticas y jurídicas que los condicionan y las creencias más o menos formalmente religiosas sobre que descansan. La práctica del médico sería, mirada en su conjunto, la constitución de una serie de cuasi-díadas de carácter afectivo, diagnóstico y terapéutico dentro de un mundo que desde fuera determina la interpretación científica que de ellas se hace, los recursos operativos de que el médico se vale y la contextura moral de la relación. Externamente matizada por todas estas determinaciones, la frase de Schweninger que al comienzo cité —«Cuando veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta»—, conservaría íntegra su validez.

Ahora bien, esto no es cierto, porque la relación médica tiene una realidad constitutivamente social. La díada que forman dos amigos o dos amantes se halla, por supuesto, socialmente condicionada. En ella, una y otra persona hablan tal lenguaje, visten tal indumento, pertenecen a tal clase o grupo, están en tal sitio y son, genéricamente, hombres; pero el sentido último del vínculo que las une es, si vale decirlo así, sobresocial, porque el término a que ambas aspiran es la constitución de un «nosotros» diádico, por tanto, de un «yo-en-nosotros» y un «tú-en-nosotros».

Bien distintas son las cosas en la cuasi-díada que constituyen el mé-

dico y el enfermo. Hay en ella, sin duda, una genuina relación amistosa, y repetidamente nos lo ha hecho ver así nuestro análisis del diagnóstico y del tratamiento. ¿Qué otra cosa sino «amistad», en el sentido más rigurosamente interpersonal del término, es una vinculación interhumana a la que pertenecen la beneficencia para tal persona, la confidencia de tal persona a tal persona y la coejecución creyente de vivencias e intenciones estrictamente personales? La tesis del sociólogo H. Schelsky, según la cual la consideración atenta de cuanto en la asistencia médica es relación médico-enfermo lleva consigo una desvirtuación «idílica e irrealista» de la medicina práctica, puesto que ésta quedaría íntegramente explicada desde presupuestos científico-naturales e histórico-sociológicos [1], me parece inadmisible *a radice*. Cuando la asistencia médica al enfermo es lo que debe ser, hay en ella —debo repetirlo— una genuina relación interpersonal y amistosa. Pero así como en la amistad *stricto sensu* el término de la vinculación entre los amigos es la constitución de una díada sobresocial, el término hacia que se mueve la relación médica es el logro de un bien objetivo —la salud, como hábito psicofísico—, al cual pertenece por esencia, puesto que uno está y tiene que estar sano en el mundo y en su mundo, una dimensión estrictamente social. La amistad *sensu stricto* es social en cuanto a sus medios y sobresocial en cuanto a su fin; si se quiere, es social por fuera y sobresocial por dentro. La relación médica, en cambio, es sobresocial, al menos en parte, en cuanto a sus medios, y social, esencialmente social, en cuanto a su fin; es, si se quiere, sobresocial por fuera y social por dentro. La relación médica termina, es cierto, con un acto sobresocial: la coejecución creyente del «Me siento bien» del ex-enfermo en que, como vimos, tiene su nervio mismo el acto clínico de «dar de alta». Pero, después del alta, el ex-enfermo es para el médico —salvo que exista entre ambos una amistad ajena a la medicina— un hombre que hace normalmente su vida social en el mundo a que pertenece, y nada más. Sólo desde este punto de vista me parece defendible —parcialmente defendible— la tan extremada tesis sociológica de Schelsky.

Esto nos conduce a examinar de cerca la consistencia social de la relación entre el médico y el enfermo y, como complemento, las principales formas sociales que tal relación adopta en el mundo actual.

[1] H. Schelsky, «Die Soziologie des Krankenhauses im Rahmen einer Soziologie der Medizin», *Krankenhausarzt*, 31 (1958), 169. En el mismo sentido, W. Schoene, «Die Medizin als Faktor im Akkulturationsgeschehen», *Sociologus*, 8 (1958), 113.

I. RELACION MEDICA Y SOCIEDAD

Imaginemos un médico —todavía los hay— que entiende su práctica al modo individualista de Schweninger. Ese médico se verá obligado, como todos, a manejar y utilizar en su relación terapéutica con el enfermo datos y realidades de carácter estrictamente social (vida familiar, vida profesional, etc.), pero es casi seguro que, frente a los posibles impugnadores de su tesis, daría razón de esos ingredientes de su ejercicio profesional con las palabras de Claudio Bernard que ya conocemos. «Es verdad —diría nuestro hombre— que en mis tratamientos me veo con frecuencia obligado a tener en cuenta eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico y, por consiguiente, multitud de consideraciones de familia o de posición social; pero todo esto —añadiría, siempre con el genial fisiólogo— nada tiene que ver con la ciencia».

Frente a este menguado y cicatero reconocimiento del momento social de la asistencia médica, y frente a tan tajante negación de carácter «científico» al hecho de tener en cuenta ese componente del tratamiento, la medicina más actual afirma: primero, que la relación entre el médico y el enfermo tiene una estructura constitutivamente social; y segundo, que el conocimiento de esa estructura puede y debe ser científico, aunque según un tipo de ciencia distinto del que preside y orienta la investigación en los laboratorios de medicina experimental. En los últimos decenios ha nacido, en efecto, una disciplina médica nueva, la *sociología médica* (*medical sociology* de los autores americanos, *soziologische Medizin* de Th. von Uexküll, *Medizin-Soziologie* de R. König, etcétera). La cual, claro está, no es toda la medicina, pero constituye—pese a la terquedad con que la desconocen los planes de estudios de nuestras Facultades— una parte esencial de su cuerpo.

No puedo ni debo yo exponer aquí una imagen abreviada de lo que esa disciplina es. He de ceñirme al tema de este libro y estudiar sucesivamente la consistencia social de la enfermedad individual, la condición social del médico en tanto que médico y la realidad social de la relación entre él y el enfermo [2].

---

[2] El lector que quiera introducirse en el tema de la sociología médica puede utilizar el libro de M. Pflanz antes mencionado *(Sozialer Wandel und Krankheit)* y «Probleme der Medizin-Soziologie», número especial de la *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (Köln und Opladen, 1958).

I. Ante todo, la *consistencia social de la enfermedad individual.* He aquí un enfermo cualquiera: un diabético, un tuberculoso pulmonar, un esquizofrénico. Se trata de *un* individuo humano, de *un* hombre en cuya realidad se individualiza biológica y personalmente un modo de vivir al que hemos convenido en llamar «enfermedad». Todo proceso morboso tiene una realidad inmediata rigurosa e irrefragablemente individual-personal. ¿Cómo, entonces, puede decirse que la enfermedad de un hombre posee consistencia «social»? Responderé a esta interrogación examinando a vista de pájaro la génesis real de la enfermedad, la vivencia de ésta por parte del enfermo, la configuración del cuadro sintomático y la comunicación que de su estado de enfermedad hace el paciente al médico.

1. Cualquiera que sea el nombre elegido para designar cada uno de los tres momentos que según Galeno constituyen la *causa morbi*, pienso que el esquema de la etiología galénica conserva plenamente su vigencia. En la causación de la enfermedad se articulan, en efecto, una causa procatárctica, externa o primitiva (veneno, bacteria, etc.), otra proegúmena, interna o dispositiva (constitución y susceptibilidad individuales, en el más amplio sentido de estas palabras) y otra sinéctica, continente o inmediata (la primaria alteración anatomofisiológica a que en el organismo del paciente dan lugar, juntándose, la causa procatárctica y la causa proegúmena). Pues bien: el más sumario examen de los dos primeros momentos que integran el esquema etiológico del galenismo, llevará a descubrir en ellos una estructura inequívocamente social.

Consideremos con alguna atención la *causa dispositiva* de la enfermedad, de cualquier enfermedad. Hay en ella, todos lo sabemos, un esencial *componente génico*: lo que el enfermo es por el hecho de pertenecer a una determinada estirpe. Y la «estirpe» ¿no es en sí misma un concepto social, además de ser un concepto biológico? Un genealogista ingenioso ha puesto de relieve que todos los europeos actuales tenemos en nosotros, en nuestro organismo, una partecita de Carlomagno; por vía más o menos colateral, éste figura entre nuestros ascendientes. No hay duda: cuanto en la génesis de la enfermedad depende de la estructura génica del individuo enfermo posee un carácter incuestionablemente «social». En el enfermo en tanto que enfermo, están biológicamente presentes los otros, la sociedad.

En la génesis de la constitución individual opera, por añadidura,

algo más que un momento génico. Implicados unitariamente con él, hay otros dos, los componentes gestativo y educacional de la configuración biológica del individuo. Doy el nombre de *componente gestativo* de la constitución individual al que pone en ésta la doble gestación por que atraviesa el ser humano: la uterina y la social. Los nueve meses de útero materno no son suficientes para dar al recién nacido la inicial madurez que exige la vida biológica en el mundo a que nace. El zoólogo Ad. Portmann ha estudiado con gran brillantez la inmaturidad natal del individuo humano y ha propuesto dar el nombre de «útero social» al entorno protector y conformador que rodea al niño durante los primeros meses de su existencia extrauterina; entorno en el cual es parte principalísima la madre o la persona que como tal actúa. No debo exponer aquí la copiosa investigación biológica, psicológica y clínica (Spitz, Silvia Brody, Sullivan, Bowlby, etc.) que en estos últimos años ha promovido ese tema, tan profunda y originalmente tratado entre nosotros por Rof Carballo, en *Urdimbre afectiva y enfermedad.* Diré tan sólo que la acción configuradora del «útero social» completa y perfila el modelado de la constitución individual que iniciaron la peculiaridad génica y la gestación uterina del embrión. Ya en un orden supra-biológico —o más bien, antropológico—, esa acción es el cauce a través del cual acontece la primera «impregnación cultural» del ser humano (Ruth Benedict). Pero el «troquelado» de la constitución prosigue después de cumplida la obra de este «útero social». Tras la operación de los componentes génico y gestativo, la acción conformadora corre a cargo del *componente educacional* de la constitución, el cual se halla integrado por todas las vicisitudes biológicas y biográficas (educación en sentido estricto, enfermedades, alimentación, vida familiar, etc.), a que el individuo humano se halla sometido en su relación vital con el mundo.

Todo lo cual nos dice que si la constitución biológica es terminativamente *individual*, puesto que en la realidad biológico-personal de un individuo adquiere figura definitiva, esa constitución es genética y estructuralmente *social.* O bien, desde un punto de vista nosológico, que la causa dispositiva de la enfermedad, aunque individualmente realizada y configurada, tiene carácter social, lleva dentro de sí la sociedad a que el enfermo como hombre y como tal hombre pertenece.

Lo mismo debe afirmarse de la *causa externa* o *primitiva* de la enfermedad humana. ¿Será necesario demostrar con argumentos clínico-

estadísticos la constante presencia de un factor sociológico en la etiología de las más diversas enfermedades: infecciosas, alérgicas, por desgaste, traumáticas, neuróticas *stricto sensu*, etc.?. Tal vez no sea inútil, sin embargo, mostrar con algunos datos precisos que la causación de las enfermedades tumorales también posee estructura *social*. Aparentemente, sufre de neoplasia el individuo que, si vale decirlo así, de ella tiene que sufrir. La génesis de un tumor benigno o maligno sería un evento de índole puramente individual. Sin embargo, la investigación estadística de estos últimos años (Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Noruega, Africa del Sur, Indonesia, etc.) ha demostrado la existencia de una relación entre la frecuencia de la morbilidad tumoral y la clase social a que el enfermo pertenece: el cáncer de estómago, por ejemplo, es más frecuente en las clases económicamente bajas; los cánceres de colon y de recto, en las clases económicamente elevadas; el cáncer de pulmón y el de cuello uterino, en las clases inferiores; el de mama, en las altas [3]. ¿Por qué todo esto? ¿Qué mecanismos psicofisiológicos dan realidad a esa sorprendente correlación estadística? No creo que nuestro saber actual nos permita en todos los casos dar una respuesta suficiente a esas interrogaciones. Los datos apuntados y los mil que a ellos podrían añadirse muestran, en cualquier caso, que también la causa externa de la enfermedad humana posee un carácter inequívocamente *social*.

2. Más patentes son las cosas en lo tocante a la *vivencia de la enfermedad* por el sujeto que la padece. En páginas anteriores consigné la estrecha relación que existe entre la génesis y la estructura del sentimiento de enfermedad, por una parte, y la índole cultural y social del grupo humano a que el enfermo pertenece, por otra. Tal vez no sea impertinente, para confirmar lo dicho, añadir ahora algunos datos estadísticos. Apoyado en un esquema de Horder y Horder, Braun, por ejemplo, encuentra que por cada defunción hay 1.200 alteraciones triviales de la salud, y que de los sujetos pertenecientes a este grupo sólo un centenar acuden al médico. La decisión de solicitar asistencia médica no depende, pues, tanto de factores propiamente patológicos, como de factores psicológicos y sociales. La frecuencia de la «llamada al médico» varía notablemente, en cada especie morbosa, con la situación social del paciente (Freedman y Hollingshead, Hollingshead y Redlich, Sopp). Estu-

[3] Puede verse en M. Pflanz, *Sozialer Wandel und Krankheit* (págs. 188-197), la oportuna bibliografía.

diando la llamada al médico por causa de enfriamiento, Summerskill y Darling han encontrado, por su parte, este curioso hecho: entre los estudiantes judíos y los alumnos de la Facultad de Economía de la Cornell University, esa llamada es más frecuente que entre los individuos pertenecientes a otros grupos universitarios [4]. Lo cual no hace sino confirmar en nuestro medio «civilizado» la relatividad cultural de los conceptos de «salud» y «enfermedad» (o de «normalidad» y «anormalidad»), que tan elocuentemente han descrito en los medios «primitivos» Ruth Benedict, Ackerknecht, Margaret Mead y otros autores.

3. No sólo la causación de la enfermedad y el sentimiento de padecerla se hallan socialmente condicionados; también lo están la *configuración del cuadro sintomático* y —como pronto veremos— la declaración de éste al médico por parte del enfermo. La tesis de Marañón según la cual la úlcera de estómago no es la misma enfermedad en un segador y en un profesor de filosofía, debe ser temáticamente ampliada a toda posible enfermedad y a todo género de constrates sociales, si estos son acusados. El tema «síntoma y sociedad» ha adquirido relativa notoriedad en la investigación contemporánea. En cuanto a las enfermedades psiquiátricas, los estudios de Hollingshead y Redlich son ya, en cierto modo, clásicos [5]; en otro orden de enfermedades, los trabajos de Ruesch y de Ruesch y Bowman [6], han aportado multitud de ejemplos convincentes. Basten estas sumarias indicaciones. Todo clínico sensible y experto podría añadir a ellas mil datos complementarios. Los «otros» lejanos (la sociedad, a través de sus diversos grupos) y los «otros» próximos (las personas que más inmediatamente rodean al enfermo) condicionan en alguna medida la realidad misma del cuadro clínico de la enfermedad individual. Cuadro clínico y clase social; cuadro clínico y grupo nacional o regional; cuadro clínico y profesión; cuadro clínico y círculo cultural; contorno humano del enfermo y constitución de la enfermedad: he aquí una serie de temas —ya par-

---

[4] Datos tomados del libro de M. Pflanz antes mencionado.

[5] A. B. Hollingshead y F. C. Redlich, «Social class and psychiatric disorders» *Milbank Memorial Fund* (New York, 1953), págs. 195-208, y *Social class and mental illness* (New York, 1958).

[6] J. Ruesch y K. M. Bowman, «Personality and chronic illness», *J. Am. Med. Ass.*, 136 (1948), 851; J. Ruesch, *Chronic disease and psychological invalidism* (Univ. of California Press, Berkeley, 1951) y «Social technique, social status, and social change in illness», en C. Kluckhohn, N. A. Murray y D. M. Schneider, *Personality in nature, society and culture* (New York, 2.ª ed., 1953).

cialmente abordados estos últimos años— en que muy bien podrían emplear su curiosidad y su esfuerzo los médicos españoles que dicen no poder investigar por falta de recursos materiales [7].

Esta conclusión se impone: la realidad inmediata de la enfermedad, tanto en un orden psicosomático como, a mayor abundamiento, en un orden personal, es rigurosamente individual; quien está enfermo es un individuo humano; pero ello no excluye que la causación del proceso morboso, el sentimiento de padecerlo y la configuración del cuadro clínico posean en su estructura, por modo constitutivo, un momento genuinamente social, susceptible de ser estudiado con métodos y criterios científicos.

II. Examinemos ahora la *condición del médico en tanto que médico*, y distingamos en ella lo relativo a la formación técnica y lo concerniente al ejercicio profesional.

Que la formación del médico se halla sometida al «espíritu del tiempo», y por tanto a influencias históricas, es cosa sobremanera evidente; y no sólo porque va cambiando el contenido del saber —recordemos las reservas de un clínico tan eminente como Trousseau frente a la formación química del médico, y pensemos lo que hoy es la bioquímica para la medicina—, sino porque a la vez muda la mentalidad con que ese saber es poseído y utilizado. ¿Quién no percibe la existencia de un profundo contraste entre la idea que de sí mismo y de su papel en el mundo tenía el médico hace cien años y la que tiene hoy?

Pero no es sólo histórica la causa del cambio en la formación y en la mentalidad del médico; es también, en el sentido más riguroso del término, social. La práctica clínica varía, en efecto: *a)* Con la mentalidad económico-social del titular. Hay médicos de mentalidad burguesa; los hay también de mentalidad proletaria; y si estos modos de sentir y pensar son algo más que una etiqueta política o un dicterio lanzado desde fuera, es seguro que influirán considerablemente en el estilo del ejercicio asistencial. *b)* Con la intención según la cual es practicada la medicina. Es verdad que el hábito de ejercer la asistencia médica desde uno de los cuatro «yos» que reiteradamente he discernido —el *sapiens*, el *cupiens*, el *fungens* y el *adiuvans*— depende ante todo de la vocación y la

[7] Me parece ejemplar, en este sentido, el trabajo de García-Sabell sobre el modo de enfermar del hombre gallego, a que me referí en páginas anteriores.

voluntad del clínico; pero también depende, y en no escasa medida, del medio social en que la formación técnica y profesional ha tenido lugar. ¿Cuántas vocaciones científicas no ha malogrado entre nosotros la sed de lucro que con tanta fuerza opera en nuestra sociedad? *c)* Con el modo en que socialmente se realiza la asistencia del enfermo. Hay, como todos saben, médicos libres, médicos vinculados por contrato (el de iguala, por ejemplo), médicos funcionarios (del Estado, del Municipio, etc.), médicos socializados (sociedades de asistencia médica, Seguros de Enfermedad); la asistencia puede ser, por otra parte, hospitalaria y domiciliaria, etc. No es precisa una indagación sociológica muy minuciosa y detenida para advertir que a cada uno de estos tipos del ejercicio médico corresponde un modo distinto —adjetivo, quizá, pero importante— de entablar la relación con el enfermo.

En resumen: como la enfermedad del paciente, la formación y el ejercicio profesional del médico tienen una estructura esencialmente social.

III. ¿Puede sorprender según, esto, la *atribución de un carácter constitutivamente social a la relación médica*? En su verdadera realidad, al margen de cualquier abstracción metódica, esa relación resulta del engarce cuasi-diádico de la individualidad y la socialidad de la persona del enfermo, por una parte, y la individualidad y la socialidad de la persona del médico, por otra. Más precisamente: en la relación entre el médico y el enfermo se realiza una vinculación interpersonal cuasi-diádica, inserta en un cuadro de referencias sociales y parcialmente determinada por él. Todo lo que acontezca entre un médico y un enfermo debe terminar, a través de lo que técnicamente exijan el diagnóstico y el tratamiento (aparatos diversos, intervención de otras personas, etc.), en la relación que entre ellos dos ha establecido su mutuo encuentro; pero, a la vez, todo lo que entre ellos ocurra puede y debe ser parcialmente referido, tanto cognoscitiva como operativamente, a las diversas instancias sociales que sobre ellos operan. De otro modo, el ejercicio y la teoría de la medicina serían, en una u otra medida, deformación y empobrecimiento de la realidad.

¿Qué es, desde un punto de vista sociológico, la relación médico-enfermo? ¿Cómo debemos entender, si nuestra mente exige un mínimo rigor científico, el marco social en que específica e inmediatamente se constituye la cuasi-díada propia de esa relación? En lo que a la sociedad

«civilizada» atañe, médicos y sociólogos de nuestro tiempo han elaborado algunos esquemas conceptuales para responder con cierta precisión a esas dos interrogaciones. Mencionaré y describiré sumariamente la teoría del papel social del enfermo, del sociólogo norteamericano Talcott Parsons, y las diversas doctrinas acerca de la conexión entre la vinculación interhumana y la asistencia médica («bipersonalidad» de P. Christian, «comunicación afectivo-vegetativa» de von Ditfurth, «urdimbre afectiva» de Rof Carballo, etc.). Una y otras se exigen mutuamente y se complementan entre sí.

Todo conjunto social, dice Parsons, es un sistema de procesos de interacción entre coactuantes. Cada uno de estos se halla enlazado con los demás a través de una multitud de relaciones sociales, y tiene en el sistema una parte funcional que puede ser descrita distinguiendo en ella la *posición* o lugar de su instalación en la sociedad *(status)* y el *papel* que en esa instalación socialmente desempeña *(role)*. Pues bien: el papel correspondiente a una determinada posición y el que recíprocamente adoptan y desempeñan, frente a él, los coactuantes instalados en posiciones distintas, vienen determinados por las «expectativas institucionalizadas» que corresponden al primero; esto es, por lo que el sistema social en cuestión espera de quien en él cumple ese papel.

La actual sociedad civilizada (en un sentido amplio de esta palabra) constituye un sistema social más o menos homogéneo. En ella, una posición social bien determinada es la del enfermo; otra, la del médico. ¿Qué es socialmente un enfermo? ¿Cuáles son las expectativas institucionalizadas que corresponden al papel del enfermo en la sociedad civilizada, qué espera del enfermo nuestra sociedad? Tales expectativas son, según Parsons, cuatro: 1.ª El enfermo queda libre, mientras lo está, de las obligaciones sociales inherentes a los papeles que en estado normal desempeñase dentro del sistema. 2.ª El enfermo no puede, por mucho que se esfuerce en ello, quedar por sí mismo libre de su enfermedad. Por tanto, se halla exento de responsabilidad social en lo tocante a su papel de enfermo. 3.ª El enfermo está obligado a «querer curarse». 4.ª El enfermo está obligado a solicitar ayuda médica y a cooperar, al servicio de su salud, con el médico que se la presta. De ahí, por vía de reciprocidad, las expectativas de la sociedad respecto del médico: éste, de un modo o de otro, debe liberar al enfermo de sus responsabilidades sociales (tal es la función que cumple el «certificado de enfermedad» cuando formalmente se expide), aceptar la irresponsabilidad del paciente

respecto a su condición de tal, acoger la voluntad de salud del enfermo y colaborar técnicamente con él en la empresa de curarle. Del médico espera la sociedad, por tanto, la no aceptación de cualquier tentativa del enfermo para obtener de su enfermedad ventajas de carácter «antisocial», cualquiera que sea el género de estas [8].

El esquema de Parsons ha sido bien acogido por médicos y sociólogos (Crewe [9], Leavell [10], etc.). Pero su validez no es y no puede ser absoluta, ni siquiera en la sociedad «civilizada» y «occidental». En primer término, porque la estimación social del neurótico no permite siempre formular, en relación con él, la segunda de las expectativas de Parsons. La consideración de la neurosis como «enfermedad», en el sentido tradicional de esta palabra, ha sido tardía, y sólo en determinados círculos culturales llega a darse plenamente (Bräutigam y Christian) [11]. Las ya citadas investigaciones médico-sociológicas de Hollingshead y Redlich han mostrado, a su vez, que en varios estratos sociales de New Haven un desorden neurótico no libera de obligaciones sociales, y que en tal caso el neurótico es considerado responsable de su enfermedad. Por otro lado, los papeles del enfermo y del médico no son invariables, se hallan sometidos, como la sociedad misma, a constante mudanza. Numerosos autores alemanes (Deneke, Huebschmann,

---

[8] No agotan estos sumarios datos el análisis sociológico de la profesión médica que ha propuesto Parsons. Dentro del pensamiento sociológico de este autor, la «orientación del actuante» queda ordenada por su referencia a un sistema de «pautas de orientación» *(pattern variables)*. Cinco serían las principales. La vida social obliga, en efecto, a elegir: 1.º, entre la afección emocional y la neutralidad afectiva; 2.º, entre la orientación hacia la colectividad y la orientación hacia uno mismo; 3.º, entre el universalismo y el particularismo; 4.º, entre el atenimiento a condiciones previas (por ejemplo: lo que por su pertenencia a tal familia es el enfermo, si del médico se trata) y la exclusiva consideración del rendimiento social; 4.º, entre una orientación funcionalmente difusa y otra funcionalmente específica. El médico, dentro de las expectativas institucionalizadas de la sociedad civilizada actual, debe ser afectivamente neutro, orientarse hacia la colectividad, optar por el universalismo, atenerse al rendimiento y actuar con estricta especificidad funcional. Mil matices, sin embargo, podrían añadirse a estos asertos. Véase: T. Parsons, «Psychoanalysis and the social structure», *Psychoanal. Quarterly*, 19 (1951), 371; *The social system* (Free Press, Glencoe, Ill., 1951); «Illness and the role of the physician», *Am. J. Orthopsychiatr.*, 21 (1951), 452.

[9] F. A. E. Crewe, «Medicine and social science», *Arch. Dis. Childh.*, 30 (1955), 303.

[10] H. R. Leavell, «Contribution of the social sciences to the solution of health problems», *N. England J. Med.*, 247 (1952), 885; «Chronic disease and behavioral sciences», *J. Chron. Dis.*, 2 (1955), 113.

[11] W. Bräutigam y P. Christian, «Wesen und Formen der Psychotherapeutischen Situation», en el *Handbuch der Neurosenlehre*, de Frankl, Gebsattel y Schultz (I, 402).

A. Müller, Schaefer, Mitscherlich, K. Wagner) [12], han hecho notar, por ejemplo, que el papel del enfermo en las *Krankenkassen* se ha invertido. De sentirse deudor, el paciente ha pasado a sentirse acreedor; en la enfermedad, el deber sería de los otros. Szasz, por su parte, ha estudiado en los Estados Unidos los cambios recientemente acaecidos en el papel social del enfermo y del médico, sobre todo del psiquiatra [13]. Unase a esto la existencia de otro hecho: que el papel del enfermo lleva en sí, a veces, ingredientes no comprendidos en la descripción de Parsons. Por ejemplo, el prestigio social que en ocasiones otorga la enfermedad, variable según la entidad morbosa —una «gripe asiática», por ejemplo, da más prestigio que un vulgar «resfriado»—, y de no escasa importancia, como han demostrado Schottstaedt y sus colaboradores, en la patosociología de la vida hospitalaria [14].

Desde un punto de vista sociológico, ¿qué será la relación médica, según este esquema de Parsons? Evidentemente, el resultado del mutuo engarce entre las expectativas institucionalizadas del enfermo y las del médico. Si unas y otras son, en su concreción individual, las vigentes en la sociedad a que ambos pertenecen, la relación entre el médico y el paciente será sociológicamente adecuada; en otro caso, esa relación será defectuosa y se constituirá en fuente de conflictos sociales, y hasta en causa de desórdenes morbosos más o menos iatrogénicos. No sería difícil establecer *a priori* una tipología de las formas deficientes de la relación médica, según el modo como en ella realicen médico y enfermo las expectativas que a uno y otro corresponden. O bien, frente a un caso particular de relación médica incorrecta, examinar su estructura sociológica según los puntos de vista de Parsons.

Pero la sociología de la relación médica no debe ser únicamente

---

[12] J. F. V. Deneke, *Gesundheitspolitik* (Stuttgart, 1957); H. Huebschmann, «Der Arzt und die soziale Wirklichkeit», *Frankfurter Hefte*, 12 (1957), 573, y «Der soziale Faktor in der Erkrankung», *Aerztl. Mitt.* (1958), 257; A. Müller, «Subjektive Aspekte der Krankenversicherungs- Neuregelung», *Bundesarbeitsbl.*, 11 (1960), 394; H. Schaefer, «Der Patient, seine Krankheit und der Arzt», *Bundesarbeitsbl.*, 11 (1960), 399; A. Mitscherlich, «Der genormte Patient», *Bundesarbeitsbl.*, 11 (1960), 402; K. Wagner, «Kassenpatient und Kassenarzt in der Gegenwart», *Bundesarbeitsbl.*, 11 (1960), 403.

[13] T. S. Szasz, «Scientific method and social role in medicine and psychiatry», *Arch. intern. Med.*, 101 (1958), 228.

[14] W. W. Schottstaedt, R. H. Pinsky, D. Mackler y St. Wolf, «Sociologic, psychologic and metabolic observations in the community of a metabolic ward», *Am. J. Med.*, 25 (1958), 248, y «Prestige and social interactions on a metabolic ward», *Psychosomat. Med.*, 21 (1959), 131.

estudiada «desde fuera»; es decir, desde las normas vigentes en la sociedad que la envuelve y determina. Hay que estudiarla también «desde dentro»; a partir, por tanto, del conjunto bipersonal que integran el médico y el enfermo. ¿Qué significación *social* posee el hecho de ser *médica*, constituida por un terapeuta y su paciente, la cuasi-díada en que tal relación cobra realidad? El conjunto unitario que forman un «yo» y un «tú» —la «bipersonalidad», en el sentido de Christian [15]; la relación dual, diádica o cuasi-diádica entre dos hombres, según mis propias precisiones [16]—, tiene su psicología y su patología. Llámesela «comunicación afectivo-vegetativa», con von Ditfurth [17], o «urdimbre afectiva», con Rof Carballo, la vinculación con los otros que empezó a constituirse en los primeros días de la vida extrauterina es de algún modo necesaria para la normalidad del individuo humano. Cuando falta o es muy escasa, puede ser causa de enfermedad, sobre todo si el déficit se ha producido en la primera infancia (hospitalismo infantil, tuberculosis pulmonar, ulcus gástrico, desórdenes neuróticos y psicóticos, etcétera). Cuando existe con normalidad, actúa de un modo protector, «anti-nosógeno». Cuando existe de manera anómala, contribuye a la génesis de los más diversos trastornos morbosos [18]. Pues bien: la relación con el médico, sobre todo en las enfermedades crónicas y neuróticas, cumple en la vida del paciente un papel que sólo mediante un análisis atento de la biografía social de éste podrá ser íntegramente entendido. Recuérdese lo dicho en el capítulo consagrado al momento afectivo de la relación médica. En definitiva, otro modo de ser *social*, allende su índole *amistosa*, la cuasi-díada que forman el terapeuta y el paciente.

Condicionada a la vez «desde fuera» y «desde dentro», la relación médica es en sí misma social. Insisto: en sí misma, no sólo porque el modo de estar enfermo el paciente y el modo de ser médico el terapeuta se hallen sociológicamente determinados. Tanto por el fin a que aspira (la salud del enfermo), como por las normas que la configuran (las

---

[15] P. Christian, *Das Personsverständnis im modernen medizinischen Denken* (Tübingen, 1952).

[16] Véase lo dicho en páginas anteriores. Y, por supuesto, *Teoría y realidad del otro*.

[17] H. von Ditfurth, «Die affektiv-vegetative Kommunikation», *Der Nervenarzt*, 28 (1957), 70 y 103.

[18] J. Downer («Chronic disease among spouse», *Milbank Memorial Fund Quart.*, 25, 1948, 366) ha encontrado, por ejemplo, que la frecuencia con que los esposos padecen *la misma* enfermedad crónica es superior a la media dentro del medio social en que viven.

expectativas propias del medio humano en cuestión) y por las tendencias psicológicas que en ella afloran (el «menester convivencial» del paciente), la vinculación terapéutica es, en definitiva, una *cuasi-díada social*. Tal vez no sea inútil mostrarlo de un modo más concreto y empírico —que el lector avisado convertirá fácilmente en casuístico, mediante el recuerdo de su propia experiencia— examinando cada uno de los momentos que la integran.

El *encuentro* entre el médico y el enfermo y la *exploración clínica* que a él subsigue son siempre, aunque sus dos protagonistas parezcan estar solos, actos genuinamente sociales. Así lo imponen la índole misma del ambiente en que ese encuentro se verifica (consultorio privado, policlínica hospitalaria o asistencial, sala de hospital, domicilio del paciente, etc.) y la presencia visible o invisible de «los otros»: visible, cuando alguien acompaña al enfermo y de un modo u otro, a veces bien perturbadoramente, interviene en la anamnesis; invisible, cuando actúa a través de normas y determinaciones de carácter institucional. Una maniobra exploratoria puede ser moral y socialmente lícita o ilícita; la exploración debe ser ejecutada con los recursos que ofrezca la sociedad en cuestión y la singular situación del médico y el enfermo dentro de ella; ciertas normas externas (tal es el caso en el reconocimiento médico militar y en el que las casas de seguros imponen a sus clientes) orientarán en uno u otro sentido el examen del paciente; ciertas expectativas más o menos institucionalizadas en el medio social (por ejemplo, el prestigio de los rayos X) harán punto menos que inevitable el empleo de tal o cual recurso diagnóstico: he ahí, en rápida enumeración unos cuantos modos de la presencia invisible de los otros remotos —de la sociedad— desde los primeros momentos de la relación médica.

Que la *vinculación afectiva* entre médico y enfermo —sea o no muy visiblemente «transferencial» el vínculo resultante— posee en su estructura un importante momento social, con toda claridad apareció ante nosotros en el capítulo correspondiente. Otro tanto cabe decir respecto del *diagnóstico*. Este, como vimos, es siempre un con-saber, y a la contextura de ese «con» pertenecen —junto al médico y el enfermo— «los otros». A veces, los otros próximos, bien porque la comunicación del diagnóstico haya de ser hecha en iguales términos al paciente y a quienes le acompañan, bien porque el médico tenga que usar, sin lesión grave de la verdad, dos fórmulas diagnósticas distintas, una para el enfermo y otra para sus deudos. En el con-saber participan, en todo caso, los otros

invisibles, impersonales y remotos, la sociedad: esto es lo que en definitiva ocurre cuando el médico adapta la expresión de su diagnóstico a la formación intelectual y a la peculiaridad afectiva del enfermo (puesto que una y otra dependen en muy buena medida de la situación del paciente en la sociedad) y, ya de manera patente y oficial, cuando, por la razón que sea (sanitaria, laboral, etc.), ha de «certificar» el estado de enfermedad del sujeto diagnosticado.

En diversos lugares de este libro he ido indicando los motivos que hacen social la prescripción y la ejecución del *tratamiento médico*. A riesgo de incurrir en delito de pesadumbre, los recapitularé ahora, distinguiendo, como en lo tocante a la exploración y al diagnóstico, la intervención de los «otros próximos» y la de los «otros lejanos».

Aquellos tienen parte en el tratamiento: *a)* en cuanto técnica o familiarmente colaboran en la ejecución de las medidas terapéuticas prescritas (administración de fármacos, ordenación de la vida, empleo de remedios fisioterápicos, etc.); *b)* en cuanto, como tantas veces ocurre, tratan de intervenir en la prescripción («Doctor, ¿por qué no le receta tal cosa?»).

La sociedad, a su vez, condiciona real y efectivamente la terapéutica: *a)* porque el enfermo pertenece a una clase social determinada; y aunque a la sensibilidad actual repugne con tanta violencia la distinción entre una «terapéutica para ricos» y una «terapéutica para pobres», las diferencias económicas-sociales subsisten en la ordenación del tratamiento, no sólo cuando son caros los remedios prescritos, sino también, y a veces muy en primer término, cuando el médico tiene que inventar una «vida nueva» para el paciente; *b)* porque la organización a que el enfermo pertenece (Seguro de Enfermedad, Ejército, etc.) puede autorizar el empleo de ciertos remedios y no el de otros; *c)* por la eficaz presión que la propaganda de las casas productoras de medicamentos ejerce sobre el médico y sobre el paciente: no pocas veces se receta «lo que está de moda» en la sociedad a que uno y otro pertenecen; *d)* porque la sociedad misma, bien en su conjunto, bien a través de algunas de sus instituciones (hospital, grupo terapéutico, consultorio público, etc.), ejerce una acción favorable o nociva sobre la eficacia del tratamiento prescrito; *e)* porque todo remedio suele ser, a la vez que recurso objetivamente eficaz, placebo, y el «prestigio» del remedio en que tal hecho tiene su fundamento posee un carácter estrictamente social; *f)* porque el tratamiento, aún no exigiendo la invención de una «vida nueva» para

el paciente, debe consistir en la reinstalación del enfermo en el puesto social que antes de enfermar ocupaba: tal es el caso de la «rehabilitación», hoy tan en boga.

La relación médica, bien lo vemos, es constitutivamente social. Junto a instancias «personales» (el modo como el enfermo siente su enfermedad y responde a ella, el modo como el médico posee, entiende y practica su condición de tal, la actitud individual de cada uno de los dos frente al otro), operan en ella poderosas instancias «sociales». Acabamos de ver las más importantes. Juntas aquellas y estas, determinan el tipo y la concreta realidad de la relación médica. Invito al lector curioso al ejercicio mental de establecer, considerando las diversas variables del fenómeno, los varios modos típicos de esa relación. O bien, al ejercicio inverso: contemplar la realidad de una determinada vinculación terapéutica —háyala vivido como médico o como enfermo—, y analizarla metódicamente a la luz de cuanto llevo expuesto. Tal vez no sea inútil, para el cumplimiento de uno y otro empeño, mostrar en forma de cuadro los principales motivos que presiden la configuración de la relación médica:

I. MOTIVOS PERSONALES

A. *Del enfermo*

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

B. *Del médico.*

1. Suficiencia técnica real.
2. Conciencia de esa suficiencia (seguridad o inseguridad de sí mismo, en tanto que médico).
3. Interés dominante en su ejercicio profesional (ciencia, lucro, función pública o ayuda al enfermo).
4. Condiciones personales (temperamentales y éticas).

5. Actitud frente al enfermo (en cuanto éste es «caso clínico» y en cuanto es «persona»).

II. MOTIVOS SOCIALES

A. *Relativos al enfermo.*

1. Motivación de la «llamada al médico»:

   a) intervención de «los otros próximos».
   b) intervención de «los otros remotos» (instancias sociales en sentido estricto).

2. Motivos sociales en el sentimiento de enfermedad.
3. Motivos sociales en la respuesta a la enfermedad.

B. *Relativos al médico.*

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

C. *Relativos a la relación médica en cuanto tal.*

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

II. LA RELACION MEDICA EN LA SOCIEDAD ACTUAL

La crisis de la relación médica en la sociedad actual, veíamos en la Primera Parte de este libro, debe ser entendida como la consecuencia histórica de una «rebelión del sujeto» contra la objetivación clínicamente abusiva y socialmente injusta a que le había sometido la asistencia médica vigente en los primeros lustros de nuestro siglo; lo cual nos llevó a distinguir en la realidad empírica de esa «rebelión» dos aspectos comple-

mentarios, uno estrictamente «clínico» y otro —en el habitual sentido de esta palabra— «social». Pues bien: para estudiar ahora los diversos modos sociales de la relación médica en el mundo actual, hemos de volver a esa «rebelión» del sujeto y examinar cómo han respondido a ella la medicina y la sociedad del siglo xx.

I. Estudiemos ante todo el *aspecto clínico* de la respuesta a tal «rebelión». Un importante y llamativo suceso, el auge constante del número de enfermos neuróticos desde los últimos lustros del siglo xix, puso de manifiesto en el seno de los consultorios de Europa y América el malestar del enfermo frente a la sociedad en que vivía y respecto de la medicina con que se le atendía. El nacimiento del psicoanálisis no fue sólo un suceso estrictamente científico; fue también, en la total significación del término, un suceso histórico-social.

En efecto. ¿Contra qué se dirigía esa rebelión? A la postre, contra una vida social en buena parte desconocedora de lo que el hombre realmente es —con mayor precisión: de lo que aquellos hombres sentían y pensaban ser— y contra un modo de la asistencia médica excesivamente objetivador o «cosificador» del sujeto a quien se prestaba. La terapéutica al uso y la gran fe en las posibilidades de la «ciencia» —entendiendo por tal la de cuño puramente científico-natural— no bastaban, juntas, para *tratar* de manera suficiente el nuevo modo de enfermar; de ahí la peculiar índole de la respuesta, en un orden puramente clínico. A través de muy distintas escuelas y posiciones doctrinales (hablen por sí solos los nombres de Freud, Adler, Jung, Stekel, Dubois, Schultz, etc,), el médico ha venido a prestar a la «persona» del enfermo una consideración mucho más atenta y deliberada, tanto según el sentido psicológico-individual del término «persona» como según el sentido psicológico-social de esta palabra. Puesto que la persona, según aquél, es una realidad inteligente, íntima, libre, creadora y apropiadora, el diagnóstico y el tratamiento, sin dejar de ser objetivos, se han hecho en nuestro siglo mucho más «intimistas». Y puesto que la persona —la personalidad y el personaje— es, a la vez, la figura que reviste el individuo humano cuando como tal se constituye y actúa en la sociedad a que pertenece, el diagnóstico y el tratamiento han adquirido un resuelto cariz social. Se ha producido en nuestro siglo, por tanto, una «personalización intimista» y una «personalización social» de la relación médica. Recuérdese lo expuesto en páginas anteriores.

Prescindamos ahora de los aspectos «intimistas» —confidenciales y coejecutivos— del diagnóstico y el tratamiento. Dicho ha sido sobre ello lo suficiente. Dentro de un orden puramente clínico, todavía al margen, por tanto, de lo que la sociedad en cuanto tal haya hecho, consideremos tan sólo los aspectos «sociales» de la relación entre el médico y el enfermo. A la vista de lo que hoy es la asistencia médica, ¿cómo desconocer que en ella se ha producido una *socialización desde dentro*, si se me permite decirlo así? Nacidos de exigencias estrictamente clínicas, la medicina actual muestra, entre otros, los siguientes rasgos:

1.º Una socialización del enfermo, tanto en orden al diagnóstico como en orden al tratamiento. No me refiero tan sólo a la consideración clínica de los aspectos sociales de la etiología y del cuadro sintomático. La concepción «social» del diagnóstico afecta hoy a la índole misma del juicio que lo expresa. Para algunos autores (Koch [19], Mainzer, [20], Braun [21], Szasz [22], Lippross [23]), el juicio diagnóstico —más precisamente, la expresión del juicio diagnóstico— vendría a ser, en último término, una fórmula operacional, un recurso comunicativo variable en su forma, y en cada caso adaptado al fin social que ocasionalmente deba cumplir (ante el enfermo y su familia, ante el Estado, ante una organización o una empresa, etc.). Sin mengua de su referencia a un desorden «real» y «objetivo», la forma expresa del diagnóstico se halla siempre socialmente condicionada. Lo cual, como Jores [24], Langen [25] y Sigel [26] han puesto de relieve, se hace especialmente patente en la formulación y la comunicación del diagnóstico de las enfermedades neuróticas. No menos evidente viene siendo la socialización terapéutica del paciente: psicoterapia de grupo, rehabilitación colectiva; en suma, utilización de la condición social del hombre para tratar la enfermedad. Diríase que nuestro siglo ha descubierto la razón «técnica» de lo que en un orden puramente

---

[19] R. Koch, *Die ärztliche Diagnose* (2.º ed., Wiesbaden, 1920).

[20] F. Mainzer, *Ueber die logischen Principien der ärztlichen Diagnose* (Berlín, 1925).

[21] R. N. Braun, *Die gezielte Diagnostik in der Praxis* (Stuttgart, 1957).

[22] T. S. Szasz, «Malingering. Diagnosis or social condemnation?», *Arch. Neurol. and Psychiatr.*, 76 (1956), 432.

[23] O. Lippross, «Ein Scheinproblem», *Arzt in Westfalen*, 4 (1956), 19.

[24] A. Jores, «Die psychosomatische Betrachtung des Herzkranken», *Münch. med. Wschr.*, 60 (1961).

[25] D. Langen, «Diagnostik aus dem sprachlichen Ausdruck», *Dtsch. med. Wschr.*, (1957) 1006.

[26] K. Sigel, «Eine Exploration mit ungezielten Testfragen...», *Med. Klin.* (1957), 1368.

«espiritual» —a la postre, religioso— sucedía hace mil seiscientos años en la ciudad hospitalaria de Cesárea.

2.º Una socialización de los objetivos y los recursos del tratamiento. Al enfermo se le trata para que viva de nuevo y del mejor modo posible en la sociedad; tal es, como dije, el sentido último de la «rehabilitación». El médico no se conforma lanzando al ex-enfermo a la sociedad para que en ella se las componga como sepa y pueda, sino que le educa —o trata de educarle— para un óptimo cumplimiento de ese empeño. Ha cambiado, pues, el concepto del «alta»: ésta ha dejado de ser estrictamente individual y tiende a hacerse más y más social [27].

Nada más revelador, a este respecto, que un examen rápido de las últimas novedades en la estructura y en la concepción del hospital. En orden a la asistencia médica, el hospital comenzó siendo el conjunto arquitectónico y funcional de una enfermería y una farmacia; conjunto al cual sucesivamente se han ido añadiendo la sala de autopsias (siglos XVII y XVIII), el laboratorio químico (primera mitad del siglo XIX) y el laboratorio bacteriológico (segunda mitad del siglo XIX). Pues bien: en el siglo XX, el hospital se «socializa» en su estructura, se proyecta funcionalmente hacia la sociedad que le rodea (departamentos de asistencia social, visitadores sociales, etc.), y es, por otra parte, «sociológicamente» estudiado y concebido. Los recientes trabajos de Hall, Schelsky, Biörck, Mitscherlich, Rohde, Caudill y tantos más [28] hacen entender de un modo inédito la institución hospitalaria: ésta es una colectividad *sui generis*, que por sí misma, en virtud de su propia estructura sociológica, puede favorecer la curación del enfermo o entorpecerla. Como la persona del médico, el hospital es en sí mismo un «medicamento» de acción unas veces sanadora y otras nociva [29].

---

[27] El librito *Soziale Krankheit und soziale Gesundung*, de V. von Weizsäcker (1930), fue uno de los primeros signos de este cambio de actitud. Una excelente «puesta al día» de la relación que desde un punto de vista puramente clínico y sanitario existe entre medicina y sociedad puede leerse en J. Rof Carballo, «Idea del hombre, medicina y sociedad», *Revista de la Universidad de Madrid*, X (1961), 155-206.

[28] O. Hall, «Sociological research in the field of medicine», *Am. Sociol. Rev.*, 16 (1951), 639; H. Schelsky, *loc. cit.*; G. Biörck, «Sjukhusets betydelse som centrum för social service-verksamhet», *Sv. Läkartidn.*, 55 (1958), 1041; A. Mitscherlich, «Soziologisches Denken in der Medizin», *Krankenhausarzt*, 31 (1958), 286; J. J. Rohde, «Norm- und Orientierungsprobleme in Position und Rolle des Krankenhausarztes», *Angest. Arzt*, 12 (1959), 261; W. Caudill, *The psychiatric Hospital as a small society* (Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1959).

[29] ¿Cuánto tienen que progresar, en este sentido, nuestros hospitales? Un buen

3.º Una socialización del médico en cuanto tal. La complejidad creciente de la medicina exige cada vez con más fuerza que ésta sea practicada «en equipo»; por tanto, colectivamente, socialmente. La relación médica debe comenzar y acabar siendo vinculación cuasi-diádica entre un hombre (el médico) y otro hombre (el enfermo): la fórmula de Jiménez Díaz citada al comienzo me parece perfecta. Pero ello no debe ser óbice para que en esa relación se integren y articulen todos los miembros del equipo diagnóstico y terapéutico. ¿Cómo? ¿Qué puede suceder, qué debe suceder en la relación médico-enfermo como consecuencia de esta ineludible complicación de la asistencia clínica? He aquí un rico venero de problemas teóricos y prácticos para el médico que intelectual y técnicamente quiera vivir en nuestro siglo. Júzguelo el lector a la vista de los sugestivos trabajos de Bálint y su equipo.

Pero la socialización de la medicina contemporánea, como respuesta a la tantas veces mencionada «rebelión del sujeto», no ha tenido solamente un aspecto clínico; posee también un *aspecto social*, si se me permite tal redundancia. Por imperativos estrictamente clínicos, la asistencia médica se ha socializado, como hemos visto, desde dentro; por imperativos rigurosamente sociales —recuérdese lo dicho en la Primera Parte— la medicina práctica se ha socializado *desde fuera*. Cuatro han sido las manifestaciones principales del suceso:

1.º La actitud del paciente menesteroso ha cambiado *a radice*. Desde la Edad Media hasta nuestro siglo, el enfermo hospitalario ha venido entregándose sin condiciones a una asistencia médica concebida, respecto de él, como pura beneficencia. Durante los últimos decenios, en el alma del paciente menesteroso ha surgido, cada vez más vigorosa, la conciencia de un radical e ineludible derecho al cuidado de su enfermedad.

2.º Desde la Grecia clásica hasta nuestro siglo, se ha venido admitiendo como un hecho social inevitable y, en cierto modo, *natural*, la existencia de una «medicina para ricos» y una «medicina para pobres». Había, pues, recursos diagnósticos y terapéuticos sólo accesibles a los enfermos económicamente bien situados. Hoy, en alguna medida, subsiste de hecho esa discriminación; pero la conciencia del hombre actual no

---

paso en ese sentido ha sido, según mis noticias, el Hospital Provincial que recientemente ha sido construido en Oviedo.

Sobre la conducta cooperativa —a la postre, «socializada»— del equipo médico, véanse los libros de M. Bálint antes mencionados.

la admite, y contra ella se lucha sin descanso en toda la extensión del planeta.

3.º Antaño, la asistencia médica al enfermo menesteroso quedaba ordinariamente limitada a las enfermedades orgánicas de cierta gravedad. Hoy todo enfermo, cualquiera que sea su condición social y económica —por lo menos, en la sociedad industrial y urbana—, se siente con derecho a solicitar asistencia facultativa para sus enfermedades leves, aunque éstas parezcan ser funcionales o neuróticas.

4.º Hasta el siglo xx, la enfermedad, para el individuo menesteroso, era pura y simple calamidad. Desde hace algunos años, y sin dejar de ser, en la inmensa mayoría de los casos, infortunio leve o grave, la enfermedad va siendo considerada como fuente de derechos extra-médicos: el enfermo menesteroso siente y piensa —con entera razón, a mi juicio— que respecto a la sociedad su dolencia le da derecho a cierta «indemnización» [30].

Repetiré lo que antes dije: por imperativos estrictamente sociales, la asistencia médica se ha socializado en nuestro siglo *desde fuera*. Han entrado en crisis, hace ya algunos lustros, la práctica «libre» o «privada» de la medicina (sólo un pequeño porcentaje de los médicos en ejercicio vive hoy de ella) y la asistencia hospitalaria tradicional. Rápidamente está desapareciendo en todos los países el viejo «hospital de beneficencia». Bajo una u otra forma, y salvo en las zonas de la sociedad de mayor holgura económica, el enfermo es atendido por algún «Seguro de Enfermedad». Tal es el marco en que hoy con más frecuencia se establece la relación médica. Dentro de ese marco, ¿cómo el médico y el enfermo se relacionan entre sí? ¿Qué posibilidades ha abierto y qué problemas ha suscitado, en orden a nuestro tema, la actual socialización de la medicina?

La respuesta a estas interrogaciones exige considerar rápidamente otro suceso de la vida histórica actual, y por lo tanto de la medicina de nuestro tiempo: la *autonomía de las técnicas* (L. Albertí) [31], el hecho de que no pocas de las necesidades vitales del hombre puedan ser resueltas utilizando productos fabricados en serie o mediante operaciones que no exigen la intervención de un técnico especialmente calificado. Las téc-

---

[30] No quiero y no puedo desconocer que para nuestras clases medias la enfermedad suele ser hoy grave y hasta irreparable calamidad económica.

[31] L. Albertí López, «En torno al ejercicio profesional de la medicina en nuestro tiempo», *Revista de la Universidad de Madrid*, X (1961), 245-270.

nicas de la comodidad vital van, cada vez en mayor número, automatizándose y estandardizándose. Basta, para advertirlo, medir el contraste en la preparación de una fórmula magistral por un farmacéutico de hace cien años y la adquisición de unas tabletas de aspirina en cualquier farmacia actual. Cabría hablar de una «autonomía del remedio» o —si no se quiere ir tan lejos— de una «medicación sin médico». Los analgésicos, los hipnóticos y tranquilizantes, los antibióticos, los laxantes, mil y mil productos de la industria farmacéutica pueden hoy ser adquiridos sin intervención visible del técnico que los ha preparado —por tanto: *como si* uno pudiese naturalmente contar con ellos— y sin la menor participación del técnico que conoce su indicación y debiera prescribirlos. Algo análogo es posible decir —aun cuando el fenómeno no sea en este caso tan acusado— por lo que atañe al diagnóstico. ¿No va habiendo también, por obra de esta autonomía de las técnicas, un «diagnóstico sin médico»? La exploración radiográfica, bacteriológica, optométrica, bioquímica, etc. ¿no va haciéndose más y más automática, no comienza a dar resultados técnicamente correctos en manos de laborantes sin formación médica? A la vez que la sutileza del recurso exploratorio, crece sin tregua su automatismo, y por tanto su condición de «bien social», su general e inmediata disponibilidad para cualquiera que pueda pagarlo.

Personalización y socialización de la asistencia clínica, complejidad, sutileza y autonomía creciente de las técnicas diagnósticas y terapéuticas: he aquí las condiciones internas y externas que en el mundo actual presiden el establecimiento y la configuración de la relación entre el médico y el enfermo.

II. Examinemos para terminar, el problema de la *relación médica en la medicina socializada*. Como suceso histórico, ésta ha sido, lo repetiré, la consecuencia médico-asistencial de la «rebelión del sujeto» —el sujeto menesteroso y médicamente mal atendido— en la sociedad occidental de la segunda mitad del siglo XIX. Desde la ley de Bismarck que en 1883 creó en Alemania las *Krankenkassen*, hasta los Seguros Obligatorios de Enfermedad de la Gran Bretaña y España, pasando por la total socialización de la asistencia médica en la Unión Soviética, apenas existe un país «civilizado» en el que de un modo u otro y con una extensión mayor o menor, no se haya producido un cambio fundamental en la estructura social de la ayuda técnica al enfermo. No debo estudiar aquí los mil problemas sociológicos, políticos, económicos, administrativos y sanitarios

que plantea la asistencia médica socializada. Mas tampoco sería posible entender con mínima suficiencia lo que en ella es la relación entre el médico y el enfermo, sin examinar, siquiera sea del modo más sumario, alguna de las cuestiones de carácter general que la realidad de la medicina actual ofrece a cualquier considerador reflexivo.

1. En lo tocante a la *iustificación histórico-social* de los Seguros de Enfermedad, me atendré al bien ordenado elenco de razones que recientemente aducía entre nosotros P. Cano Díaz [32]: *a)* La eficacia y la carestía de la medicina actual. Los recursos diagnósticos y terapéuticos son hoy, además de eficaces e inexcusables, caros. El médico, por otra parte, es más frecuentemente requerido, sobre todo en las grandes ciudades. *b)* El deficiente estado sanitario de la población, principalmente en las clases proletarias. Un solo dato: durante la última guerra mundial, de 16.000.000 de personas médicamente reconocidas en los Estados Unidos, la mitad fueron declaradas inútiles para el servicio militar; ahora bien, las dos terceras partes de tales inutilidades podrían haber sido prevenidas o curadas, en opinión de la administración norteamericana, si se hubiera dispuesto de una asistencia sanitaria adecuada. *c)* La general conciencia del derecho del hombre a la salud: «El goce del grado máx mo de salud que se pueda lograr —dice una declaración de la O. M. S.— es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». *d)* La general tendencia a la socialización de las profesiones y las técnicas. *e)* La creciente intervención del Estado en la vida social.

Todo lo cual determina que la socialización de la asistencia médica sea vivida por el hombre actual como consecuencia necesaria de un grave e inexorable imperativo de justicia.

2. El afán de justicia social y un discreto nivel en la formación del médico no son suficientes, por sí solos, para el logro de una buena asistencia médica socializada. Esta no sería posible sin el efectivo cumplimiento de los siguientes *presupuestos*: *a)* Suficiencia económica. El Seguro de Enfermedad no puede no ser caro, si ha de ser eficaz. Sólo las sociedades en alguna medida urbanas e industriales pueden pagar una medicina socializada de cierta calidad. *b)* Capacidad técnica. La organización de un Seguro de Enfermedad es faena compleja, no sólo desde un punto

---

[32] «El Seguro de Enfermedad en el mundo occidental», *Revista de la Universidad de Madrid*, X (1961), 207-244.

de vista médico, mas también desde un punto de vista administrativo. Una sociedad en que no haya penetrado de manera suficiente la mentalidad racionalizadora y racionalizada del mundo moderno, no podrá socializar con eficacia su medicina. *c)* Formación moral. El buen rendimiento de un Seguro de Enfermedad exige como presupuesto la vigencia de una buena moral civil y social. Sin la general disposición de las almas a considerar como fuente de deberes las múltiples instancias en que se expresa la vinculación civil y social de nuestra vida, la socialización de la medicina quedará dañada en su mismo seno.

3. Menor importancia tiene, desde nuestro punto de vista, un examen detenido de los diversos *modos* que hasta hoy ha ido adoptando el Seguro de Enfermedad. Cano Díaz los ordena según tres criterios: *a)* El diverso grado de la obligatoriedad del Seguro. Hay, según los países, Seguros de Enfermedad obligatorios (Unión Soviética, Gran Bretaña, España, etc.) y voluntarios (Estados Unidos). Debe consignarse, sin embargo, la general tendencia a la obligatoriedad del seguro médico. *b)* La extensión social de los beneficios del Seguro. Pueden estos llegar, en efecto, a toda la población, o sólo a una parte de la misma. *c)* El modo de ser requerida la asistencia: libre elección del médico dentro de un cuadro profesional determinado, libre elección entre todos los médicos de la población donde se resida u obligación, por parte del asegurado, de recurrir al médico a cuyo «cupo» pertenezca. *d)* El modo de la prestación del servicio: libertad de elección, por parte del médico, de los recursos diagnósticos y terapéuticos que el caso requiera, o atenimiento obligatorio al cuadro de los que la organización autoriza; prestación directa de la asistencia o indemnización por los servicios recibidos. Hasta la fecha, el Seguro de Enfermedad vigente en España es obligatorio para una parte de la población y presta asistencia directa con atenimiento a un cuadro de recursos determinado.

4. Repitamos ahora una interrogación páginas atrás formulada: *en orden a la relación entre el médico y el enfermo, ¿qué posibilidades ha abierto y qué problemas ha suscitado la socialización de la medicina?* Para simplificar las cosas, admitamos que la formación técnica del médico y la capacidad funcional de la organización (orden administrativo, recursos asistenciales, etc.) son suficientes. En el caso de que, como en España acontece, no admita el Seguro la libre elección del médico por parte del asegurado, ¿cómo será, cómo podrá ser la relación médica? Un examen conjunto de la realidad empírica (lo que efectivamente sucede), de la realidad posible

(lo que podría suceder, utilizando rectamente las posibilidades de que se dispone) y de la realidad ideal (lo que debería suceder, lo que sucedería si las posibilidades fuesen óptimas), obliga a discernir en esa interrogación tres órdenes de problemas:

1.º Problemas de *carácter afectivo*. Sin la libre elección del médico por parte del enfermo, ¿es posible que entre uno y otro se establezca una verdadera «amistad médica»? Con otras palabras: producida en esas condiciones, ¿puede ser satisfactoria, con la frecuencia debida, la relación entre el terapeuta y el paciente? Pienso que una consideración leal y adecuada del tema exige resolver previamente las siguientes cuestiones:

a) La confianza del enfermo en el médico, ¿es condición necesaria para la certidumbre del diagnóstico y para la eficacia del tratamiento? Si los recursos diagnósticos y terapéuticos son *in casu* objetivamente eficaces y si el paciente es persona psíquicamente sana y robusta, la respuesta debe ser negativa. Una oclusión intestinal, una bronconeumonía y una fractura ósea pueden ser muy correctamente diagnosticadas y muy eficazmente tratadas sin que esa confianza haya llegado a producirse. Los remedios —fármacos o intervenciones quirúrgicas— actúan por lo que ellos son; y aunque la desconfianza del paciente merme una parte de la acción favorable que el remedio, en cuanto placebo, pudiera ejercer, no por eso dejará la penicilina de matar a los neumococos, ni se hará imposible la cicatrización del intestino intervenido. La «medicina resolutiva» —aquella que Platón juzgaba preferible para la *pólis*— no exige, en principio, la confianza del enfermo.

Otro será el caso cuando el médico no disponga de remedios resolutivamente eficaces, o cuando el paciente, por una u otra causa, sea hombre psíquicamente débil, o —en cualquier hipótesis— cuando exista un firme propósito de perfeccionar y personalizar al máximo el diagnóstico y el tratamiento: entonces la confianza del enfermo en la persona de quien le trata será rigurosamente imprescindible. Recuerde el lector cuanto se dijo en los capítulos precedentes.

b) La libertad de elección del médico por el enfermo, ¿es condición necesaria para la creación de la confianza de éste en aquél? Demos a las posibilidades personales y técnicas del médico todo el valor que realmente tienen, y respondamos sin vacilar: en términos absolutos, no. Un médico no elegido por el enfermo e impuesto por la organización asisr tencial podrá casi siempre, si efectivamente se lo propone, conquistala confianza de la persona a que atiende. Dos simples recursos, suficiencia

técnica y buena voluntad, le bastarán para ello. Y puesto que *puede* hacerlo, *debe* hacerlo, así en cuanto titular de una medicina, la actual, en cuya eficacia es razonable confiar, como en cuanto persona capaz de cumplir con responsablididad deberes libremente contraídos.

Esa conquista chocará con dificultades considerables cuando por tal o cual razón —pronto contemplaremos alguna— la organización asistencial no sea satisfactoria para el asegurado, y llegará a ser imposible en ciertos casos particulares. Es preciso reconocer, sin embargo, que la libre elección del médico no excluiría *a radice* esta posibilidad, casi siempre determinada, cuando efectivamente se da, por motivos de índole personal. ¿Debe el seguro, según esto, prever la posibilidad de que la relación médica sea interrumpida por una u otra de sus partes, cuando los motivos aducidos para ello sean objetivamente suficientes? En mi opinión, sí; aunque no se me ocultan las dificultades que presentaría la adecuada reglamentación de ese evento y, sobre todo, la resolución efectiva del conflicto, cuando realmente se produjera.

c) La libertad de elección del médico por el enfermo, ¿ha tenido alguna vez plena vigencia real? La verdad es que, por lo general, éste ha sido un derecho cuyo ejercicio sólo se hallaba al alcance de los potentados. El enfermo hospitalario era tradicionalmente atendido por el jefe del servicio a que se le enviaba, o acaso por un médico subalterno de quien el paciente no conocía ni siquiera el nombre. El igualado rural debe acudir en la inmensa mayoría de los casos, sin posibilidad de opción, al titular de su iguala. El afiliado a alguna de las organizaciones asistenciales anteriores al Seguro Obligatorio de Enfermedad —«Sociedades de médico y botica» o «de médico, botica y entierro», solían llamarlas— recibía asistencia, por lo general, del clínico que la organización hubiese por sí misma contratado. Seamos sinceros: por debajo de cierto nivel económico, la libertad de elección del médico por el enfermo ha sido, en la inmensa mayoría de los casos, un derecho meramente nominal o, como con harto menosprecio de la teoría suele decirse, «teórico».

Quiero ser bien entendido. En modo alguno trato de afirmar que la libre elección del médico por el enfermo no sea, en principio, preferible a la carencia de esa libertad. Sinceramente creo que cierta capacidad de opción es tan posible como conveniente. Pienso, sin embargo, que el problema —a veces tan ligeramente discutido— debe ser planteado en sus justos términos. He aquí mi tesis: la perfección del ejercicio clínico exige la confianza del enfermo en el médico, y ésta puede ser más fácil-

mente conseguida cuando en el Seguro de Enfermedad rige el principio de la libre elección; pero ello no es óbice para que, supuestas las condiciones que antes señalé —suficiencia técnica y buena voluntad en el médico, satisfactoria capacidad funcional en la organización asistencial—, pueda conseguirse, incluso sin esa libertad de elección, una asistencia médica socializada de muy aceptable calidad.

2.º Problemas de *carácter técnico-económico*. Aunque la formación técnica de los médicos sea aceptable, y aunque, por añadidura, sea muy alta la capacidad administrativa de los gestores de la organización, sin dinero, sin mucho dinero, no podrá alcanzarse jamás una medicina socializada digna de las exigencias de justicia que el hecho mismo de la socialización de la medicina lleva en su seno. Bajo forma más o menos «organizada», el contraste entre la «medicina para ricos» y la «medicina para pobres», tradicional en Occidente desde la Atenas platónica, subsistiría casi intacto.

No me refiero solamente al mucho dinero que hoy cuestan las instalaciones asistenciales —edificios, material diagnóstico y terapéutico, etcétera—, si han de estar, como suele decirse, a la altura de los tiempos. Hablo también de la retribución y del número de los médicos encargados de la asistencia. Sin garantizar al médico un nivel de vida decoroso, ¿podrá lícitamente exigirse de él esa «buena voluntad» a que tantas veces me he referido? ¿Puede pedirse que el ejercicio socializado de la medicina sea para sus protagonistas una generosidad «a fondo perdido», si se me permite decirlo así? Y sin un número de prácticos generales y de especialistas adecuados a la cuantía de la población atendida y a lo que hoy es o debe ser el arte de curar, ¿podrá ser correcta y «amistosamente» tratado el beneficiario del seguro?

Pensemos un momento en el número de médicos que exigiría una organización asistencial no limitada a un simple «salir del paso»; y sin contar los no pocos que los servicios auxiliares requieren —bioquímicos, anatomopatólogos, bacteriólogos, radiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.—, pongamos exclusivamente nuestra atención en los titulares de la función clínica. En un consultorio cualquiera, un clínico, general o especialista, recibe a los enfermos que solicitan su asistencia. ¿Qué tiempo dedicará a cada uno? Puede ocurrir que la organización no establezca la dedicación de un tiempo medio al examen de cada enfermo; tal es el caso de nuestro Seguro Obligatorio de Enfermedad. Puede ocurrir también que la organización, aunque no de un modo muy expreso y

terminante, aconseje dedicar a cada paciente un determinado lapso temporal; esto es lo que acontece en la Unión Soviética. Aparentemente, el primer criterio es más favorable a la perfección del ejercicio clínico: nada impide al médico, en tal caso, consagrar al enfermo todo el tiempo que estime necesario. Pero ¿de qué le servirá esta posibilidad, si los enfermos acuden a su consultorio en tropel, como habitualmente sucede? Parece, pues, que debe establecerse una regulación aproximada del tiempo dedicable a cada paciente. ¿Serán suficientes los diez minutos que concede la asistencia soviética? Aparentemente, sí. Pero la obligación de consagrar buena parte de ese tiempo a faenas extra-clínicas —al «papeleo», según la jerga vigente entre nosotros— merma de manera considerable el que real y efectivamente se emplea en la comunicación directa con el paciente. Datos procedentes de la Unión Soviética nos dicen que de los 10 minutos correspondientes, en principio, a cada enfermo —de hecho, no más de 9—, 2 ó 3 han de ser consumidos en la redacción de la historia clínica, y 3 ó 4 en el «papeleo»; con lo cual, para la anamnesis y la exploración no se viene a disponer más que de unos 2 ó 3 minutos [33]. La conclusión se impone por sí sola: tanto en la Unión Soviética como en España, la asistencia médica socializada exige un número de clínicos muy superiores al actual. De otro modo, la atención al enfermo no podrá dejar de ser apresurada y rutinaria, y sólo por excepción podrá establecerse entre el médico y el paciente una relación satisfactoria.

3.º Problemas de *carácter moral.* Sin la existencia de una vigorosa «moral social», sin que en las conciencias opere con alguna fuerza el sentimiento del deber frente a la sociedad —en definitiva, frente a «los otros» remotos y desconocidos—, ¿podrá ser satisfactoria la asistencia médica socializada? En lo que a ésta se refiere, el deber afecta por igual, aunque a cada uno a su modo, al enfermo, al médico y al funcionario administrativo.

a) En el asegurado impera, por lo general, la conciencia de un derecho. O, mejor dicho, de dos: derecho a una asistencia médica humana y técnicamente satisfactoria, derecho a la indemnización. Los dos son indiscutibles, los dos son parte inexcusable de cualquier justicia social

[33] Los datos proceden de un dispensario de Saporoshe, y han sido publicados por las doctoras María Stepanovna Pasechik y María Kuzminina Sorokova en las revistas *Meditsinskii Rabotnik* y *Literaturnaia Gazeta.* Yo los tomo del libro de Mark G. Field *Doctor and Patient in Soviet Russia* (Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass.), páginas 140-141.

merecedora de su nombre. Pero sin el contrapunto de los deberes que a cada uno de ellos corresponde, ¿no serán, respecto de la relación médica, fuente de dificultades, y hasta de conflictos? A la conciencia del derecho a la asistencia médica debe acompañar una resuelta voluntad de sanar; de otro modo —recuérdese el esquema sociológico de Parsons— esa conciencia sería moral y socialmente viciosa. El derecho a la indemnización —a una indemnización suficiente, no meramente «simbólica»— queda objetiva y subjetivamente justificado, a su vez, por el deber de no convertirla en botín o en granjería. La simulación de la enfermedad y la venta fraudulenta del remedio son las formas más flagrantes de la deficiencia moral del enfermo. Pero junto a ellas —más precisamente, entre ellas y la neurosis *stricto sensu*— se halla el campo clínico, moral y socialmente indeciso, de las «neurosis de renta» o «de exención»: el gran número de sujetos que por obra de mecanismos no del todo inconscientes hacen de la enfermedad recurso para el lucro o para la evasión.

b) En el caso del enfermo, el peligro moral es la conciencia abusiva de un derecho; en el caso del médico, la insensibilidad habitual frente al deber, la conversión de la práctica clínica en rutina. Aunque su formación técnica sea aceptable, como constantemente venimos admitiendo, ¿quedará exento de responsabilidad el médico que, por sentirse «funcionario», y porque su celo en el ejercicio clínico no haya de incrementar sus ingresos, preste al enfermo una asistencia rutinaria y adocenada? No es cómoda, por lo general, la situación moral y afectiva del médico al servicio de un Seguro de Enfermedad. Ha de atender a un número excesivo de enfermos. Sabe que en alguna medida es corresponsable del estado sanitario de la sociedad a que pertenece. Debiendo en cada caso certificar el estado de enfermedad del asegurado que le requiere, se ve obligado a actuar como juez —una certificación médica viene a ser una sentencia en favor o en contra de la indemnización—, con todos los delicados problemas afectivos y morales que esa decisión lleva tantas veces consigo [34]. Además de médico, debe ser funcionario administrativo —la servidumbre del «papeleo»—, y ha de atenerse, en el ejercicio clínico, a las posibilidades y limitaciones que le brinda o le impone la organización [35]. Si, por añadidura, la retribución económica que recibe no es su-

[34] Véase el instructivo capítulo «To Certify or not Certify: The Physician's Dilemma», en el libro *Doctor and Patient in Soviet Russia*, antes citado.

[35] Sobre los problemas éticos de la prescripción en la medicina socializada, véase el trabajo de L. Albertí que en páginas anteriores mencioné.

ficiente, ¿no se sentirá con frecuencia empujado al adocenamiento y a la rutina en su práctica asistencial?

c) El funcionario administrativo, a su vez, debe sustraerse a la tentación de confundir —como en tantas ocasiones acaece— la «gestión» y la «gerencia» con la «posesión». El fin de la organización asistencial es la ayuda médica, y los protagonistas de ésta son el enfermo y el médico. Pocas cosas tan perturbadoras para una buena asistencia médica socializada como esta viciosa conversión de los «administradores» de un servicio público en «cuasi-propietarios» de ese servicio.

5. Tal vez nos hallemos ya en condiciones de formular, desde nuestro punto de vista, un *iuicio estimativo* acerca de la socialización de la medicina, la más voluminosa y controvertida entre todas las importantes novedades que el arte de curar viene conociendo en nuestro siglo.

Debe decirse en primer término que, mirada en su conjunto, la socialización de la asistencia médica es un suceso histórico irreversible, progresivo y justo. A él podría muy bien ser aplicado el famoso argumento teológico de Escoto: «Pudo ser, debió ser, luego fue». Más aún, seguirá siendo y —según toda probabilidad— de un modo más acusado cada día. Pero la inexorabilidad histórica y la indudable justicia del suceso no deben convertir en intocables los modos con que técnicamente se le realiza. Al contrario. Puesto que todavía no ha sido convenientemente superada la crisis de la asistencia médica tradicional, puesto que los Seguros de Enfermedad, desde las *Krankenkassen* bismarckianas hasta los que hoy rigen en la Unión Soviética y en España, no son más que tanteos hacia un sistema asistencial cada vez menos insatisfactorio, la más tentadora y cómoda, pero no la menos grave de las injusticias sería una actitud negativa frente a la revisión. Vivimos, como suelen decir los norteamericanos, en un *changing World* —aunque siempre «cambiante», el mundo lo es más en unos tiempos que en otros—, y a todos los órdenes de la existencia humana deben llegar los imperativos dimanantes de esa general condición histórica.

En orden a la relación entre el médico y el enfermo, ¿cuáles son las principales razones, cuáles deben ser las líneas orientadoras y las metas de esa constante faena de revisión? Permítaseme formular mi personal actitud en los dos puntos siguientes:

1.º En su conjunto, la relación médica que de ordinario permite la actual medicina socializada —desde los países de América en que se ha establecido hasta la Unión Soviética, pasando por la Europa occidental—

dista mucho de ser satisfactoria. Varias son las causas que determinan este hecho, y entre ellas: *a)* La notoria escasez de la dedicación de tiempo a cada enfermo. Si para el médico es totalmente imposible detener su atención personal en cada uno de los «casos» a que atiende, ¿cómo podrá llegar a constituirse entre él y el paciente una verdadera «amistad médica»? *b)* La indudable deficiencia de los estímulos e incentivos —no sólo de orden ecónomico— que por lo general ofrece al médico la institución asistencial. No parece viable ni justo el designio de convertir al clínico en un pequeño héroe cotidiano de la amistad con el enfermo [36]. La asistencia médica socializada es cara; tan cara, que en todos los países civilizados se plantea hoy, de un modo u otro, este ineludible dilema: «O reducción de gastos militares, o mala asistencia médica». *c)* En no pocos casos, son deficientes el sistema de solicitud del servicio (por restricción excesiva de la libertad de elección del médico) y el área de los recursos diagnósticos y terapéuticos de que el médico puede disponer. *d)* Es defectuosa, por lo general, la formación social del médico. Dejando aparte el costado moral de esa formación, las Facultades de Medicina han solido quedar ciegas, hasta ahora, frente a los múltiples problemas que plantea la conexión entre la enfermedad y la sociedad. *e)* Más defectuosa todavía es, por lo general, la formación civil y social del enfermo. Este suele vivir con mucha más intensidad sus derechos sociales como enfermo que sus deberes frente a la sociedad.

---

[36] No resisto la tentación de transcribir, tomada del libro de Mark G. Field, la siguiente anécdota, relatada por un médico y procedente de una publicación satírica de la Unión Soviética:

«Un ingeniero se burla de lo poco que gano comparado con lo que gana él.

»—¿Por qué —me dice el ingeniero— se os paga tan poco?

»—En nuestro país —le respondo— las gentes cobran según los materiales con que trabajan; y usted trabaja con oro, ¿no?

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

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

»—Es verdad.

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

»Y luego añadí:

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

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

2.º No puede ser verdaderamente satisfactoria una asistencia médica que no se funde sobre la amistad —sobre la «amistad médica», claro está— y no tienda hacia ella. Tal debe ser, junto a la buena salud pública, la meta última de la socialización de la medicina. La revisión que como imperativo permanente postulo debe, por tanto, procurar: *a)* La existencia de un número de médicos que permita la dedicación de tiempo suficiente a cada enfermo. ¿Cuántos? No es de mi competencia dar la respuesta. Debo decir tan sólo que la necesidad de proceder en ese sentido es sobremanera patente. *b)* Una decorosa retribución del médico y una justa indemnización del enfermo. *c)* Cierta libertad en orden a la elección de médico por el paciente; y, al propio tiempo, garantías para el médico frente a los posibles abusos del asegurado. *d)* Amplitud suficiente en los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. *e)* Formación social del médico, ya en el seno de la Facultad de Medicina. *f)* Formación social del asegurado y, por tanto, de la población general.

Muy diverso será, según los países y los tiempos, el ritmo de la constante revisión perfectiva a que la asistencia médica socializada debe hallarse sometida. Si ese ritmo es lento e insatisfactorio, ¿deberá el médico instalarse en el consabido círculo vicioso de un «Como no me atienden, no cumplo bien; como no cumples bien, no te atiendo»? [37] Si no estuviese en juego la salud, acaso la vida de otro hombre, tal vez sí; pero el ejercicio de la medicina exige siempre, por razón de su fin, una entrega esforzada de quien lo practica. Esta es la servidumbre moral del médico, mas también su grandeza. Gracias principalmente a ella, y a pesar de todas las deficiencias antes señaladas, la medicina socializada va siendo, en toda la extensión del planeta, una empresa en marcha.

---

[37] La primera frase de ese tácito diálogo —«Como no me atienden, no cumplo bien»— pertenecería al médico; la segunda —«Como no cumples bien, no te atiendo»—, a los titulares y portavoces de los intereses sociales. Sólo por obra de la abnegación de aquél y del buen sentido de éstos, podrá ir rompiéndose ese círculo vicioso, en modo alguno exclusivo de la profesión médica.

BALANCE Y PERSPECTIVA

El examen de lo que en la historia de Occidente ha sido la relación entre el médico y el enfermo y la inspección atenta de lo que esta relación es en su realidad actual, y hasta en su pura y simple realidad, conducen, creo, a un resultado concordante, que acaso pueda ser reducido a dos asertos.

El primero dice así: cuando es lo que por sí misma debe ser, la relación médica tiene su fundamento y su meta en una peculiar versión de la relación amistosa, a la cual conviene dar el nombre de «amistad médica». En cuanto el hombre es naturaleza, y la salud un hábito psicosomático de esa naturaleza suya, la relación médica viene a ser camaradería, asociación para el logro de un bien objetivo. En cuanto el hombre es persona, y la enfermedad un estado que de algún modo afecta a su ser personal, la relación médica debe ser algo más que camaradería, tiene que consistir en amistad. Así lo demuestra la historia entera de la medicina occidental, hasta cuando el pensamiento filosófico y el pensamiento patológico han querido ver la realidad del hombre como pura y simple naturaleza. Allende todo doctrinarismo, el buen médico ha sido siempre amigo del enfermo, de cada enfermo. Por encima de toda barrera social, el enfermo, a su vez, tiende a ser y es con frecuencia verdadero amigo del médico. Pocos enfermos correctamente atendidos dejarán de hacer suyas las palabras de Séneca que presiden las páginas de este libro.

A tal aserto debe ser añadido este otro: para el buen logro de esa ideal «amistad médica» hay que vencer, dentro de cada situación histórica y social, toda una serie de obstáculos. Algunos, monótonamente repetidos desde que en la antigua Grecia llegó a ser «técnica» la medicina (impericia, desmedido afán de lucro, dogmatismo deshumanizado, incuria, pereza o mal humor, en el médico; veleidad, intemperancia o egoísmo extremado, en el enfermo). Otros, peculiares de la situación en que la relación médica se constituye (veneración supersticiosa de Asclepio, en la Grecia

antigua; superstición seudocristiana y mentalidad ordálica, en la Edad Media; abusiva conciencia de derecho y espíritu pleitista, en nuestro siglo). Pero muy pocas veces tales obstáculos llegarán a impedir que un médico técnicamente bien formado —si en él hay, además de técnica, buena voluntad— pueda entablar con sus pacientes una relación médica satisfactoria y, por lo tanto, amistosa.

Los progresos de la técnica, ¿nos llevarán a una medicina en la cual sea inútil la relación directa entre el médico y el enfermo? No lo creo. Pienso que la disposición a la enfermedad y la enfermedad misma pertenecen por modo constitutivo a la condición humana, y por consiguiente a la existencia terrena del hombre; y tengo por seguro que, en estando enfermo, el hombre necesitará casi siempre recurrir a la ayuda y la asistencia del médico. Con seriedad empapada de humor —o con humor transido de seriedad, como se quiera—, el biólogo Jean Rostand ha imaginado lo que de sí mismo diría un *homo biologicus* experimentalmente producido: «He nacido de una semilla bien seleccionada e irradiada con neutrones; se eligió mi sexo, y he sido incubado por una madre que no era la mía; en el curso de mi desarrollo, he recibido inyecciones de hormonas y de ADN; se me ha sometido a un tratamiento activador del córtex; después de mi nacimiento, algunos injertos hísticos han favorecido mi desarrollo intelectual, y actualmente me someten cada año a una cura de sostenimiento para mantener mi mente en buena forma y mis instintos en un tono óptimo. No puedo quejarme de mi cuerpo, de mi sexo, de mi vida. Pero ¿qué soy yo en realidad?» Sigamos con la broma, y respondamos a ese *homo biologicus* ideado por Jean Rostand: «Por el solo hecho de preguntarte por tu propia realidad, tú, amigo, puedes decir, debes decir, te verás obligado a decir de tí mismo lo que de sí mismo dijo San Agustín: *Nasci hic in corpore mortali, incipere aegrotare est.* Más aún: pese a todas esas curas de sostenimiento, un día, tal vez sólo a causa de la desazón que tu propia realidad te produce, vendrás a estar enfermo. Y entonces, desde el fondo mismo de tu ser, sentirás la necesidad de que te atienda y ayude un hombre dotado de saberes técnicos y dispuesto a conducirse como amigo tuyo. Con menos palabras, un buen médico».

ÍNDICE

PROLOGO 7

INTRODUCCIÓN

Conceptos fundamentales para un estudio de la relación entre el médico y el enfermo 13

PRIMERA PARTE

HISTORIA DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO 27

CAPÍTULO I

LA RELACION MEDICA EN LA GRECIA CLASICA 33

De la medicina mágica a la medicina técnica.

I. Fundamento de la práctica hipocrática: la *philía* médica 59
II. Momento cognoscitivo de la relación médica: el diagnóstico hipocrático 59
III. Momento operativo de la relación médica: el tratamiento hipocrático 78
IV. Momento ético-religioso de la relación médica: la ética hipocrática 92

CAPÍTULO II

EL CRISTIANISMO Y LA RELACION MEDICA..... 101

De la *philía* griega a la *amicitia* cristiana. Idea cristiana del amor.

Artículo I: EL CRISTIANISMO PRIMITIVO Y LA RELACION MEDICA..... 117
I. La amistad entre el médico y el enfermo..... 117
II. El diagnóstico..... 121
III. El tratamiento..... 123
IV. La ética médica..... 126

Artículo II: LA RELACION MEDICA EN EL MUNDO CRISTIANO MEDIEVAL..... 130
I. Fundamento de la relación médica: la amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media..... 133
II. Momento cognoscitivo de la relación médica: el diagnóstico medieval..... 159
III. Momentos operativo y ético-religioso de la relación médica medieval..... 169

Artículo III: EL CRISTIANISMO MODERNO Y LA RELACION MEDICA..... 178
I. La amistad médica cristiana en el mundo moderno..... 182
II. El diagnóstico..... 185
III. El tratamiento..... 191
IV. El momento ético-religioso de la relación médica..... 194

CAPÍTULO III

LA RELACION MEDICA EN LA SOCIEDAD MODERNA SECULARIZADA..... 197

La secularización de la sociedad occidental.

I. Estructura de la relación médica..... 198

1. Filantropía, amistad y camaradería, 198.—2. Los tres modos cardinales de la asistencia médica: asistencia hospitalaria, asistencia domiciliaria, consultorio privado.... 204

II. Crisis de la relación médica..... 214

1. La «rebelión del sujeto», 215.—2. Momento social de la rebelión: medicina y sociedad. Momento clínico de la rebelión: la neurosis como suceso histórico. De Charcot a Freud..... 220

SEGUNDA PARTE

TEORIA DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO..... 229

CAPÍTULO I

LA RELACION MEDICA EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERHUMANAS..... 235

I. Formas cardinales de la relación interhumana..... 235
II. La relación cuasi-diádica: el consejo, la educación y la asistencia médica..... 238
III. Estructura de la vinculación entre el médico y el paciente. Fin propio, modo de la convivencia, vínculo propio y comunicación en la relación médica..... 242

CAPÍTULO II

LOS MOTIVOS DETERMINANTES DE LA RELACION MEDICA..... 259

I. Motivos del enfermo..... 260

1. Qué ha movido al paciente a buscar ayuda médica, 261. 2. Cómo el paciente ha llegado a sentirse enfermo, 271. 3. Cómo el paciente ha respondido al hecho de sentirse enfermo..... 285

II. Motivos del médico..... 290

1. Modos de ser médico, 290.—2. Modos de ser persona el médico, 294.—3. Disposición del médico frente al enfermo. 296

CAPÍTULO III

LA COMUNICACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO. 299

I. La mirada..... 300
II. La palabra y el silencio..... 306
1. Formalidad de la palabra: *a)* en el enfermo; *b)* en el médico, 307.—2. Contenido de la palabra: *a)* en el enfermo; *b)* en el médico..... 317
III. El contacto manual..... 335
IV. La relación instrumental..... 344

CAPÍTULO IV

EL MOMENTO AFECTIVO DE LA RELACION MEDICA. 349

I. Tipos cardinales de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo..... 351
II. Mutua relación entre la camaradería médica, la amistad médica y la transferencia..... 358
III. Formas viciosas de la relación afectiva entre el médico y el enfermo..... 373

CAPÍTULO V

EL MOMENTO COGNOSCITIVO DE LA RELACION MEDICA. 377

I. La concepción «clásica» del diagnóstico..... 378
II. El diagnóstico «integral» o «interpersonal»..... 385
1. Diagnóstico genérico, 386.—2. Diagnóstico específico, 391.
3. Diagnóstico individual..... 392
III. Amistad médica y diagnóstico clínico..... 403

CAPÍTULO VI

EL MOMENTO OPERATIVO DE LA RELACION MEDICA. 409

I. La concepción «clásica» del tratamiento..... 410

II. La concepción «científico-personal» del tratamiento..... 415
1. En la enfermedad aguda, 415.—2. En la enfermedad crónica, 419.—3. En la enfermedad neurótica..... 427
III. Tratamiento médico y amistad..... 437

CAPÍTULO VII

EL MOMENTO ETICO-RELIGIOSO DE LA RELACION MEDICA..... 443

I. Medicina y ética..... 444
II. Derechos y deberes del médico y el enfermo..... 447
III. Etica médica y religión..... 454

CAPITULO VIII

CONSISTENCIA SOCIAL DE LA RELACION MEDICA..... 457

I. Relación médica y sociedad..... 459
1. Consistencia social de la enfermedad individual, 460. 2. Condición social del médico, 464.—3. Carácter constitutivamente social de la relación médica. Sociología de la relación médico-enfermo..... 465
II. La relación médica en la sociedad actual..... 473
1. Aspecto clínico de la relación médica actual, 474.—2. La relación médica en la medicina socializada..... 479

BALANCE Y PERSPECTIVA 491

TERMINOSE DE IMPRIMIR ESTA OBRA
EN LOS TALLERES GRAFICOS DE
"EDICIONES CASTILLA, S. A.",
EL DIA 7 DE JULIO DE 1964

ESQUEMA DEL INDICE

PRIMERA PARTE

Historia de la relación entre el médico y el enfermo

I. La relación médica en la Grecia clásica.
II. El cristianismo y la relación médica.
III. La relación médica en la sociedad moderna secularizada.

SEGUNDA PARTE

Teoría de la relación entre el médico y el enfermo

I. La relación médica en el cuadro de las relaciones interhumanas.
II. Los motivos determinantes de la relación médica.
III. La comunicación entre el médico y el enfermo.
IV. El momento afectivo de la relación médica: amistad médica y transferencia.
V. El momento cognoscitivo de la relación médica: el diagnóstico.
VI. El momento operativo de la relación médica: el tratamiento.
VII. El momento ético-religioso de la relación médica.
VIII. Consistencia social de la relación médica.
   1. Relación médica y sociedad.
   2. La relación médica en la sociedad actual.

200 Ptas.