

La introducción de la persona en Medicina

A. Albarracín

En primer término, muchas gracias al Instituto de Estudios Giennenses, representado por su Consejero el Dr. José Antonio Rosell Antón, por haberse acordado de mí, invitándome a participar en este *II Symposium sobre Medicina y Sociedad*, que trata de aproximar a sus oyentes a la problemática de la medicina actual y al avance de sus técnicas, pero en el que, a mi entender, no debe faltar una reflexión sobre lo que, más allá de esa azarosa empresa de curar en el año 2000, representa, significa y reivindica la persona del enfermo. Tema eminentemente antropológico, al que voy a dedicar, de la manera más comprensible posible, mi intervención.

Pero antes de ello, quiero cumplir un rito que vengo siguiendo en mis conferencias a lo largo y a lo ancho de España: una alusión a lo que para mí significa el contacto con la tierra en que desarrollo mi actividad y cuyo recuerdo, a veces como ahora lejano, perdura en mi memoria.

Tres veces he visitado Jaén y su provincia. La primera, de orden más bien espiritual, tuvo lugar con mi asistencia a unos actos conmemorativos de Pedro Poveda, el fundador de la Institución Teresiana, en su Linares nativo. De aquella ocasión guardo el recuerdo de una carretera en cuyos bordes los olivares se perdían en el horizonte, camino de Úbeda, esa pasmosa ciudad que de

repente me mostraba la maravilla renacentista de sus edificios, la iglesia del Salvador, el Parador Nacional del Condestable, los palacios, si mal no recuerdo, de las Cadenas y de Mancera, contemplados a la luz crepuscular del día que iba cayendo.

Luego, en plan turístico, tras un viaje profesional a Granada, una tarde aquí, en la capital, con la visita obligada, morosa y asombrada a la Catedral, a algunas iglesias cuyos nombres no mantengo y, cómo no, al castillo de Santa Catalina, atalaya hacia ese horizonte cuya vega proclamó Alfonso X «abundada de todo abundamiento».

Y por fin, una tercera visita, ésta de orden más profesional, aquella tarde del año 1973 en que camino de Granada para asistir a un Congreso de Historia de la Medicina, recogí a las puertas de Jaén un herido en una colisión automovilística y lo traje hasta vuestra Residencia del Seguro de Enfermedad. Tres recuerdos de hace más de un cuarto de siglo, que mantienen en mi mente y en mi corazón –recordar es volver a traer al corazón– mi contacto con Jaén, con este «planteado Jaén» del menor de los Machado.

Pienso, y por ello me he detenido en contar estas impresiones íntimas, que mi triple aproximación a Jaén y su provincia, revela muy bien la condición de médico humanista de que me precio. Definí Terencio, en frase célebre, que el humanismo consiste en que nada humano sea ajeno al

hombre: *Homo sum et nihil humani a me alienum puto*. Pues bien, entre vosotros mi condición humana cultivó el espíritu, admiró el arte y ejerció la humanidad profesional. Por todo ello, una vez más gracias, gienenses.

Pero yo no he venido aquí esta tarde a hacer confidencias personales, sino a hablaros de un tema que, en principio, parece obvio: «La introducción de la persona en medicina». ¿Es que el médico y la medicina no han tenido siempre en cuenta que desarrollan su actividad con personas? Pues aunque parezca extraño no es así. Me explicaré: por supuesto que ante cualquier enfermedad, esto es, al estudiar la patología, el médico siempre ha sabido que el protagonista de su actividad es un hombre enfermo; lo que sucede es que durante siglos no ha sabido sobrepasar el límite de pensar que esa enfermedad tiene su sede en un hombre, sin pararse a pensar que, además, la enfermedad es de un hombre. Durante siglos, ante el enfermo o en el laboratorio, el sujeto de la enfermedad no ha pasado de ser el portador de un mal que el médico debía descubrir, al margen de la condición humana de ese paciente que sufre el proceso.

Hasta finales del siglo XVIII, siguiendo la tradición iniciada en el mundo clásico, cinco siglos antes de nuestra era, la medicina ha sido puramente especulativa; esto es, todo lo que sobre la enfermedad y el enfermo ha sabido carecía de base objetiva, era pura teoría que no podía ser demostrada razonablemente. La creencia en los humores —en la flema, la pituita, la bilis negra y la bilis amarilla—, la creencia en los miasmas —unas partículas inertes, portadoras de gotitas de algún humor corrompido—, la creencia en la existencia de una fuerza vital superior a las físicas, eran entes imaginarios carentes de un fundamento comprobable en la realidad. ¿Quién había visto un humor? ¿Quién había contemplado un miasma? ¿Quién había podido demostrar la existencia real de

una fuerza vital, capaz de mantener sano al hombre y que al debilitarse originaba la enfermedad? Teorías, especulaciones, elucubraciones de gabinete sin posibilidad de comprobación y que daban paso a terapéuticas acordes con ellas, entre las que ocupaban primordial lugar las sangrías, los eméticos y los enemas para expulsar los humores corruptos, agentes físicos que impidieran la llegada de los miasmas y roborantes hipotéticos que mantuviesen vigorosa la fuerza vital.

Pero al iniciarse el siglo XIX, todo va a cambiar. Por distintos caminos la ciencia médica comienza a descubrir una serie de hechos totalmente demostrables a través de las ciencias naturales y, lo que es más importante, capaces de ser visualizados y medidos por el médico.

Comienza la aventura en Francia, inmediatamente antes del período revolucionario. ¿Cómo era la medicina francesa en esta época? He aquí una anécdota bien reveladora. Siendo Napoleón todavía Primer Cónsul, esto es, en los primeros años del siglo XIX, proyecta la reestructuración de la famosa Academia de Ciencias, misión que encarga al físico Laplace. Éste elabora su plan y muestra a Napoleón su proyecto: en él, de modo extraño, incorpora dos médicos al seno de los académicos. Tan raro es el hecho, que el propio Napoleón pregunta al físico el motivo de su sorprendente decisión: ¿Médicos en la Academia? Y la respuesta de Laplace es esclarecedora, a la par que crítica para la medicina: «Sire, es para que aprendan al lado de los sabios».

Como digo, todo va a cambiar. La incorporación de las ciencias naturales a la investigación médica, con sus métodos y desarrollos, va a permitir, por distintos caminos, objetivar la enfermedad. De una parte, una serie de médicos franceses, Bichat, Corvisart, Bayle, Laennec, van a convertir la lesión anatómica, hasta ahora mero hallazgo de autopsia, en clave de la patología. La enfermedad, dirán, es pura y simplemente una



lesión anatómica localizada: úlcera, inflamación, estenosis, etc. Pero hay que conseguir ver esta lesión con los propios ojos, hay que hallar los «signos físicos» capaces de demostrar la existencia real de la alteración anatómica. Ello lo muestra muy reveladoramente el invento de Laennec en 1819. Este médico, hombre piadoso y de una moralidad estricta —se cuenta que cuando Pío VII acudió a París a la coronación de Napoleón como Emperador, exclamó al conocer la existencia de Laennec: «*Medicus pius, res miranda!*»— no se atreve a acercarse su oído a la pared torácica de una enferma joven, algo obesa, para percibir los ruidos de sus pulmones, práctica habitual en la época. ¿Cómo salvar la situación? Paseando una mañana por los jardines de las Tullerías, en París, observa a unos niños que juegan con una viga de madera: uno de ellos golpea un extremo de la misma; otros ponen su oído en el extremo opuesto para captar los sonidos emitidos por los golpes. *Laennec se dirige de inmediato a la casa de la enferma, enrolla su cuaderno de notas, aplica un extremo al pecho de la joven y queda maravillado al oír los sonidos pulmonares. Pero aquí viene lo revelador; denomina a su artefacto estetoscopio, palabra compuesta por otras dos griegas: *stethos* —pecho— y *skopein* —ver—. La medicina se ha hecho sonora, pero para los médicos de la época sigue siendo visual, siguen buscando imágenes objetivas. Por ello se persiguen nuevos métodos, endoscópicos primero (laringoscopio, esofagoscopio, oftalmoscopio, etc.) y luego con los rayos X, con los registros eléctricos y lo que después ha seguido hasta la ecografía, el escáner y la medicina nuclear.*

Bien; pero hay enfermedades en las que la autopsia demuestra que no existe lesión anatómica. Y va a ser entonces fundamentalmente la medicina germana la que ponga de manifiesto que en muchas ocasiones la enfermedad no es sino una alteración funcional, una alteración de un proceso ener-

gético: la diabetes, la insuficiencia hepática, la dispepsia, la colesterolemia, etc., etc., son enfermedades sin lesión anatómica, son deficiencias funcionales, también capaces de ser objetivadas y medidas en el laboratorio mediante análisis clínicos y pruebas funcionales que constituyan el «signo funcional».

Pero, desgraciadamente, todavía queda un grupo de procesos patológicos, las enfermedades infecciosas, en las que ni se detecta lesión anatómica ni se comprueba alteración funcional. El médico se halla impotente para combatir las si sigue apelando a la vieja doctrina de los miasmas, unas partículas inertes microscópicas que nadie ha visto. La obra de Pasteur, de Koch y de Klebs, con sus sucesivos descubrimientos de los microbios y de la relación específica de cada uno de ellos con una enfermedad determinada: la tuberculosis, la neumonía, la meningitis, etc. etc. permite, por fin, que este grupo de procesos patológicos sea visualizado y mensurado mediante la bacteriología a través de medios de cultivo y de pruebas inmunológicas. A la postre, mediante el «signo etiológico» comparable al físico y al funcional ya descubiertos. La medicina de mediados del siglo XIX ya es feliz. Una nueva era parece abrirse a los ilusionados ojos del galeno, que le permite asegurar un porvenir en el que todas las enfermedades sean curables. Las lesiones anatómicas mediante fármacos apropiados y con la cirugía extirpadora. Las lesiones funcionales mediante fármacos sustitutorios —así la insulina en la diabetes— o con la cirugía reparadora. Los procesos infecciosos mediante la profilaxis con vacunas y sueros o a través del combate directo contra los microbios con los desinfectantes primero, luego con las sulfamidas y los antibióticos. En una palabra, el hombre enfermo, portador de una lesión anatómica, de una alteración funcional, de una invasión microbiana, se ha convertido en un objeto físico-químico, en un campo de investigación

totalmente ajeno a su condición específicamente humana en el que tan sólo se buscan ávidamente «signos» capaces de mostrar la enfermedad. La persona no aparece por parte alguna. Así nos lo muestran algunos ejemplos significativos.

En el Berlín de comienzos de siglo un eminente médico, Leube, afirma sin ambages que el tiempo que el médico consagra a hacer un buen interrogatorio, esto es, a hablar con el enfermo, es tiempo que pierde para hacer un buen diagnóstico.

Y también, ahora en París, el año 1865 el gran fisiólogo Claude Bernard escribe su famosa *Introducción al estudio de la medicina experimental*, y en ella aparece la siguiente frase: «El médico se ve obligado a no olvidar 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».

La conclusión, aunque deprimente, es inmediata: la persona queda al margen de la medicina. Su condición humana no es tenida en cuenta por la gloriosa medicina finisecular, ávida de saberes físico-químicos, totalmente ajenos a la persona del enfermo. El médico sabe que, ante el enfermo, está en contacto con una persona, mas al razonar sobre la enfermedad debe olvidar esta circunstancia para pensar únicamente en el objeto físico-químico que aparece alterado ante sus ojos. El enfermo no es sino un fragmento de cosmos. Así lo muestra también en la Viena de los dos últimos decenios del siglo XIX la figura de Joseph Skoda, el eminente clínico del famoso Hospital General, el *Allgemeine Krankenhaus*, cuyos diagnósticos fulgurantes se han hecho célebres en la ciudad. Pasa visita rodeado de una cohorte de discípulos; se detiene ante una cama, explora al enfermo y de inmediato expone su diagnóstico y pasa a la cama siguiente. Nada más; no ha hablado con el paciente; no le interesa el tratamiento, hasta el punto de que alguno de sus internos le tira

de la bata y le pide: «Sr. Profesor, Sr. Profesor, ¿qué damos a este enfermó?». A lo que displicente, el gran médico responde: «¡Bah; eso es lo mismo». Para él, el acto médico consiste simplemente en llegar al conocimiento de la alteración físico-química de que el innominado paciente es portador.

A tal propósito, no me resisto a contarles una anécdota que nuestra el humor, el gracejo y a la par la resignación del pueblo vienés de esta época. Junto a Skoda trabaja en el Hospital General el eminente anatomopatólogo Rokitanski, encargado de estudiar los cadáveres de los fallecidos en el nosocomio, con tal minuciosidad que llega a convertirse en el temido juez de los internistas, a los que muchas veces desmiente sus diagnósticos previos. Pues bien; como antes dije los vieneses solían decir que eran las personas más felices del mundo porque tenían la suerte de ser insuperablemente diagnosticados por Skoda y mejor autopsiados por Rokitanski.

Nuestro gran médico don Gregorio Marañón, en 1935, recordará sus primeras historias clínicas: «se describían en ellas —dice— los síntomas, los análisis y, a veces, las lesiones, es decir, la enfermedad; pero el enfermo no estaba allí. Ni una alusión a como era “la persona” que sustentaba la enfermedad».

Y no olvidemos, en lo que concierne a la realidad de los cuerpos enfermos, la situación en que se encontraban en los Hospitales Generales de toda Europa. Por lo que concierne al de Madrid, tuve hace años la suerte de encontrar un documento muy expresivo en el que el Dr. D. Ángel Pulido describe la situación de dicho centro en 1889.

«Hemos visto enfermos de medicina en salas de cirugía, enfermos de miseria, inedia, senectud e invalidez junto a enfermos agudos, y nada puede decirse que sea más censurable contra este verdadero pandemónium morboso que el siguiente cuadro que nos presenta uno de los más ilustrados pro-

fesores de ese Hospital. En septiembre último —me decía— visité la sala X. En la cama número 6 agonizaba una enferma de fiebre tifoidea la misma noche que en la número 7 abortaba otra enferma. Dos días más tarde daba a luz una enferma en la número 9, teniendo por vecina a otra de tifoidea y, en la sala H, coincidiendo los testeros de sus camas, una con fiebre puerperal contraída en la misma sala... Hablemos de las crujías: esa fila de camas que se coloca en el centro de las salas promoviendo acumulaciones, que si son peligrosas siempre, lo son más tratándose de enfermos necesitados de aire puro... Mucho ganaría también el sosiego de los enfermos con que la limpieza de las salas, que ahora se hace a las cuatro de la mañana en verano y a las cinco en invierno, con grande ruido y amplia abertura de las ventanas, se hiciese más tarde... Penetra de repente el aire, y entonces los tísicos, catarrosos, cardíacos, neumónicos y la inmensa mayoría de la población hospitalaria se enfría, rompe a toser y sufre una exacerbación en sus padecimientos...».

Lo cual nos muestra que además de no ser considerados sino objetos físico-químicos portadores de lesiones, la suerte física de los pobres pacientes hospitalizados era terro-rífica. Por eso suena a paz, y es preciso proclamarla, la actitud de uno de los mejores cirujanos madrileños del XIX. Don Alejandro San Martín, a quien, al alborar nuestra centuria, encontró una tarde el Dr. Marañón sentado al borde de una cama del Hospital, ante una niña que lloraba desconsoladamente. Y según el testimonio de don Gregorio, el cirujano, rodeando con su brazo los hombros de la enfermita, musitaba: «Niña, ¿por qué lloras? ¿Es que no tienes a nadie que lllore por tí?». No; no todos los medicas eran Skoda a la hora de acudir al Hospital.

Pero las cosas no podían seguir así. De forma azarosa, en los primeros años de nuestro siglo se va a producir un hecho sorprendente en el que interviene el propio en-

fermo para señalar su condición personal: el incremento notable de las neurosis, esto es, de las enfermedades en las que participa la biografía del paciente. Expresado en la frase que da título a mi intervención de esta tarde, la introducción del sujeto en medicina.

Naturalmente, esta irrupción no va a ser súbita; precisará un largo camino que nos enseña la reflexión histórica sobre la medicina del XIX. A partir del último cuarto del siglo va a aumentar considerablemente la frecuencia de las afecciones neuróticas en los dos estratos más importantes de la sociedad: el burgués y el proletario.

En la burguesía tal auge puede ser explicado por el fuerte estrés a que el hombre burgués se halla sometido a causa de su triunfo social y como consecuencia de la sacralización del trabajo productivo, fundamento de ese triunfo; por la intensa crisis de las creencias religiosas y seculares acerca del sentido de la vida; por la existencia de fuertes tabús sociales, sobre todo de carácter sexual, cuando ya las almas individuales los vivían como simples convenciones, a la vez postizas y opresoras: escisión entre una pacata moral pública y una convencional moral privada; lo que socialmente era «pecado» o «delito», ya no lo era en la intimidad de cada una de las personas. El buen burgués centroeuropeo tiene una querida, pero ello no es óbice para que los domingos se muestre en la iglesia con su ejemplar familia verdadera.

También el proletariado de la época protagoniza el fenómeno neurótico, del que constituyen suma representación las histerias que Charcot ve en la Salpêtrière. La escisión entre el «hombre» y el «trabajador»: éste se siente vitalmente ajeno al sentido de lo que con su trabajo produce —recuerden la feroz sátira del Charlot de *Tiempos modernos*—; la pasividad en la orientación del destino propio; la sorda y habitual inseguridad en el vivir; el constante sentimiento de una inferioridad cualitativa en las pobres

formas de vida «proletaria» respecto de las más refinadas formas de vida «burguesa», y, como consecuencia psicosocial, la frecuente pseudocompensación de aquel sentimiento mediante la taberna y la reyerta intrafamiliar: no serían comprensibles los sainetes costumbristas de Arniches sin tener en cuenta esta circunstancia.

¿Cómo se enfrentan los médicos de la época con la neurosis? Los que entienden la enfermedad como lesión anatómica, pensarán que se trata de fugaces y pasajeras lesiones anatómicas en el sistema nervioso. Los que tratan de comprenderla como disfunción orgánica, verán en ella ciertas alteraciones respiratorias y del pulso. Los adictos a la invasión externa hablarán de un «trauma histérogénico». Ninguno de ellos llega a entender la génesis y desarrollo de las neurosis, no encuentran la explicación «fisicoquímica» objetiva de su presencia.

Entre tanto, en Viena un médico entonces desconocido, Sigmund Freud, comienza a ejercer la medicina. Acude a París y, junto a Charcot, estudia las enfermas histéricas de la Salpêtrière, sin que le convenzan las teorías de su admirado maestro. Regresa a la capital austríaca y con Breuer comienza en 1895 a ver enfermos neuróticos y a sorprender la importancia de la sexualidad en el desarrollo de sus procesos. Y pienso que no sería comprensible la obra freudiana si no tuviésemos en cuenta una característica de su biografía. Freud es semita; esta circunstancia le ha creado una situación de inferioridad ante la sociedad vienesa, que le ha cerrado las puertas de la carrera universitaria, creando un ambiente hostil frente a su persona. Al someter a sus enfermos neuróticos a un sueño hipnótico, haciéndoles hablar recordando episodios de su vida que en estado lúcido de su conciencia no eran capaces de recordar, por hallarse en zonas de su intimidad distintas a las de la pura conciencia lúcida descubre, repito, el papel fundamental que en la génesis de su enfermedad posee la libido. Y en su sub-

consciente encuentra que ha llegado la hora de su venganza, arrojando frente a esa sociedad que le ha despreciado la acusación de su oculta represión sexual. Aunque traten de silenciarlo, proclama a los cuatro vientos su doctrina psicoanalítica. A partir de ahora, el médico va a recurrir a la comunicación verbal con el enfermo para obtener datos que los restantes sentidos no pueden proporcionarle, acerca de lo que la enfermedad es: como en su día afirmaba mi maestro Laín, cuya lección sigo, la neurosis se ha hecho auditiva, la enfermedad ha dejado de ser visual para hacerse audible. Y aquella expresión de Leube del tiempo utilizado en hablar con el paciente como perdido para el diagnóstico, deja de tener sentido. Ahora el médico debe dedicar todo su tiempo a hablar con el enfermo, que le cuenta su propia vida, para conseguir el diagnóstico óptimo.

La obra de Freud no pasó de aquí, pero legó a la medicina del futuro cinco aportaciones fundamentales.

1.ª. El descubrimiento de la ineludible necesidad del diálogo con el enfermo para adquirir un conocimiento cabal de lo que la enfermedad sea. Evidentemente, el médico siempre ha dialogado con el enfermo y la anamnesis se basa en la comunicación verbal entre el médico y el paciente. Lo destacable en Freud es su actitud ante el problema de la anamnesis, a la que va a dar un sentido nuevo: hasta Freud, la anamnesis era puramente testifical; el enfermo actuaba como testigo de su propia vida, objetivamente contemplada —«me duele aquí», «mi enfermedad se remonta a equis tiempo», «se me alivia con...», etc.—. Ahora, con Freud, el diálogo se hace interpretativo; por parte del enfermo, porque refiere datos que interpreta situándolos en la totalidad de su existencia; por parte del médico, porque somete a interpretación técnica todo lo que del enfermo oye. Frente al intento anterior de objetivar visualmente la causa de la enfermedad, ahora el intento de comprender



e interpretar las circunstancias de la existencia personal del paciente.

2.^a. La resuelta estimación diagnóstica y terapéutica del componente instintivo de la vida humana. Frente a las lesiones anatómicas, las alteraciones funcionales y las causas externas aparece el instinto como momento constitutivo en la existencia del hombre: Freud, con su doctrina de la libido, va a hacer ver que entre el cuerpo y el yo consciente existe un lazo constituido por los sentimientos, los impulsos y los instintos del individuo.

3.^a. El descubrimiento de la existencia y significación que en la vida del hombre poseen los diversos estratos de la conciencia psicológica; a través de su doctrina del subconsciente y del inconsciente demuestra que la visión tradicional de la conciencia psicológica era inaceptable y señala la significación, en cada uno de esos modos y grados, de sus respectivos contenidos.

4.^a. La valoración de la importancia, desde un punto de vista científico, de la conexión entre la vida anímica y la corporal. Tal relación era conocida desde que el hombre reflexionó sobre sí mismo. Así se nos dice que un médico alejandrino, Erasístrato, ante la enfermedad que padecía el hijo del Emperador, hizo pasar ante él todas las damas de la corte a la vez que le tomaba el pulso, y observando la aceleración de éste al contemplar a la mujer de su padre, diagnosticó la causa amorosa de su dolencia. Pero corresponde a Freud el mérito de haber contribuido con singular eficacia al tratamiento científico de este importante problema antropológico y clínico.

5.^o. La ordenación comprensiva del suceso de la enfermedad en la biografía del enfermo. Las enfermedades no son «quistes» o «paréntesis» morbosos aparecidos en el curso de una biografía sana o normal. El proceso patológico, por el hecho de aparecer en un determinado momento de la vida de una persona, tiene una significación biográfica propia.

Hasta aquí, lo que la obra de Freud aportó a la medicina inmediata. A partir de aquí un complejo proceso, en el que por supuesto ni puedo ni debo entrar, que va introduciendo en los presupuestos del psicoanálisis, hasta entonces referido a las neurosis no orgánicas, todas las enfermedades corporales: psicoanalistas ortodoxos entre 1918 y 1922; el libro colectivo dirigido por Oswald Schwarz en Viena en 1925, *Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales*; la obra de Ludolf von Krehl tres años más tarde; la medicina psicosomática nacida en los EE. UU. entre 1934 y 1935. Intentos todos ellos de introducir el individuo en la medicina entera, pero que no llega a descubrir la condición «personal» del «individuo» humano. A partir de 1925 la obra de Viktor von Weizsäcker inaugurará una nueva etapa para ello: la patología biográfica. La originalidad de este médico habría consistido en:

1.^o. Ampliar la plena consideración biográfica de la enfermedad a todos los procesos morbosos, incluidos los más visibles y primitivamente orgánicos. A través de sus ideas acerca de la relación entre las crisis vitales y la génesis de las enfermedades infecciosas, establece su curiosa doctrina sobre las anginas psicógenas. Dos ejemplos. Un joven mantiene relaciones con su novia mientras prepara unas oposiciones. La prometida le urge la celebración del matrimonio y cada vez que saca el tema a colación, el enamorado sufre unas anginas flemonosas. El otro caso es el de una estudiante de medicina que ha mantenido relaciones sexuales con un compañero, de las que piensa ha quedado embarazada. Sufre unas anginas y acude al consultorio médico. «¡Vaya anginas!», dice el médico que la ve. Y ella responde: «¡Peor hubiera sido lo otro!».

2.^o. Considerar al enfermo como un ser vivo y personal: un individuo tan primaria y esencialmente dotado de libertad, intimidad e inteligencia racional como de cuerpo y oscuros instintos vitales.

3.º. Esforzarse en el escueto y empeñado atenuamiento a la singular realidad de cada enfermo.

Por motivos históricos y personales –entre ellos la Segunda Guerra Mundial–, Viktor von Weizsäcker no dio remate a su obra, aunque algunas de sus ideas deben y deberán ser tenidas en cuenta por todo médico que se proponga entender como un evento genuinamente humano y personal la específica realidad del enfermar del hombre.

Todo ello ha iniciado una nueva orientación de la patología, la mentalidad antropopatológica, que por supuesto asume en unidad superior todas las razones parciales de las mentalidades del XIX –consideración de la enfermedad como lesión anatómica, como alteración funcional, como agresión bacteriana– integrando lo que la enfermedad tiene de somático y de psíquico en la unidad radical que es el hombre. Con palabras de Rof Carballo, la mentalidad antropopatológica debe ser entendida como la comprensión total del hombre que integre las funciones de los órganos y su vida personal, lo que ocurre en él aquí y ahora, en un momento dado, y lo que fue su pasado y su proyecto vital para el futuro, como fundamento de una medicina que pretenda realmente llamarse humana.

No. No me parece baladí el tema. Nos hallamos en la frontera del siglo XXI. La medicina actual nos muestra una serie de rasgos, muy bien estudiados por Laín Entralgo, que la engrandecen: la extrema tecnificación instrumental, la creciente colectivización de la asistencia médica en todos los países del globo, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el problema de si es técnicamente posible una mejora de la naturaleza humana. Asumiendo todo ello, esa medicina, para ser cabal, orgullosamente cabal, precisa de otro rasgo, al que constantemente he aludido en mi charla: la personalización del enfermo en cuanto tal y, como consecuencia, la resuelta penetración

de la noción de persona en el cuerpo de la patología científica.

Pero ello conlleva dos graves consecuencias. Atañe la primera a la propia actividad médica. El médico nunca debe olvidar que asumida la consideración personal de la enfermedad, jamás puede descuidar el aspecto somático de la misma. A veces lo que supone novedad ciega la realidad. Oí referir una vez al mismo Rof Carballo que en determinada ocasión un médico joven, deslumbrado por la novedad de la medicina antropológica, indagando agudamente la biografía de su enfermo, había olvidado la exploración precisa de una apendicitis, que acabó perforándose. Lo personal y lo somático siempre en unidad radical, como antes dije.

Y de otra parte, ¿qué es hoy el médico para el paciente? Pasó la fase teúrgico-mágica en la que el curador era un chamán, un hechicero o un sacerdote. Pasó la fase empírico-racional en la que el médico, para ese paciente, era un ser superior, consejero en sus problemas y, casi me atrevería a decir, dictador inapelable en sus decisiones. Hoy no es así; hoy el enfermo, ante la tecnificación de la medicina y la colectivización de la misma, exige sin conformarse. Lo cuál ha conducido a la época del consentimiento informado y de los derechos del paciente, de que pronto les hablará una gran especialista en el problema.

La empresa es difícil, repito; los riesgos muchos; la insuficiencia visible. Déjenme acabar mis reflexiones con unas palabras de mi maestro Pedro Laín Entralgo, con las que quiero una vez más rendir recuerdo y gratitud a su persona. Son el final de su libro *La medicina actual*, escrito hace más de veinticinco años pero siempre válidas: «La fabulosa medicina actual es, en efecto, técnicamente insuficiente, porque frente a muchas dolencias no podemos hacer nada, y asistencialmente inmadura, porque todos nuestros sistemas de colectivización exigen reformas importantes, y profesionalmente

injusta, porque no son pocos los países en que las diferencias económicas entre los médicos rebasan lo tolerable, y científicamente insatisfactoria, porque —entre otras cosas— todavía no somos capaces de articular de manera aceptable lo que del hombre enfermo sabemos, viéndole por un lado como simple organismo vivo y mirándole por otro como auténtica persona... sólo con la cooperación de todos podrá ser real y verdadera la grandeza de la medicina actual. Porque en la vida histórica del hombre sólo es real y verdaderamente grande una situación cuando se halla grávida de porvenir, como diría Leibniz, y cuando ese porvenir va a ser mucho mejor que el presente».

Con tan optimista palabras concluyo. Por cuarta vez he tenido la fortuna de pisar vuestra tierra. Si en las anteriores pude cultivar el espíritu, acrecentar mi cultura y practicar el humanitarismo de nuestra profesión, dejadme pensar que en esta ocasión, con nuevos amigos, puedo ayudar con mis reflexiones a los médicos de Jaén a afrontar con preocupación, pero también con optimismo, el ejercicio profesional de la medicina del año 2000. ◀

Agustín Albarracín Teulón, *Historia de la Medicina*.
