

MEDICINA & HISTORIA

Marzo
1968

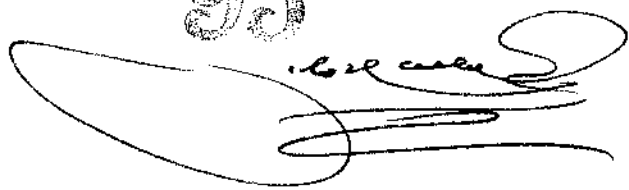
Fascículo
XLII

DR. J. DE NADAL BAIXERAS

RELACION MEDICO~ENFERMO

De esta edición se han separado cien ejemplares
numerados y firmados por el autor.

Ejemplar n.º 95

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form a cursive name.

DR. J. DE NADAL BAIXERAS

RELACION MEDICO~ENFERMO

RELACION MEDICO~ENFERMO

La significación y el alcance de las relaciones que los médicos y enfermos establecen todos los días y a todas horas se ha ido convirtiendo, poco a poco, en un tema de gran interés, como si su estudio y su análisis prometiese la apertura de nuevos horizontes para una medicina que aumenta su eficacia a medida que se tecnifica, pero que va dejando al margen de sus grandes éxitos problemas nuevos, en forma de sufrimientos humanos, que se rebelan ante los avances técnicos y aún crecen a medida que la curabilidad de ciertas enfermedades aumenta.

Cualquier aportación capaz de iluminar la profundidad de este apasionante tema debe ser recibida con gran interés y agradecimiento, y hay que reconocer que los pensadores médicos de nuestra patria no hayan quedado cortos ni en calidad ni en cantidad. Lo poco que yo puedo decir acerca de la relación médico-enfermo no alcanzará, sin duda, merecimientos para parangonarse con los importantes trabajos ya aparecidos, pero creo que estará plenamente en línea de lo que se pide. Mi recorrido profesional, que se ha extendido desde el suburbio hasta la Universidad, desde la medicina de la promoción social a la consulta privada y ha pasado por diversas experiencias hospitalarias, manteniendo siempre la actitud del internismo, o de la medicina general como quiera llamársela, me coloca, sin duda, en condiciones excepcionalmente favorables para haber recogido una experiencia muy personal de la relación médico-enfermo. Y si esta actitud del internista, como he dicho alguna vez, representa un esfuerzo de síntesis en el mundo del saber médico, un diálogo con el progreso científico y un planteamiento epistemológico de la medicina, es evidente que la meditación de una experiencia de internista acerca de la relación médico-enfermo puede tener algún interés. Y es en este sentido, desligado de cualquier compromiso teórico o trascendente, cómo me siento solicitado y cómo acepto el encargo, a la manera de una invitación, a meditar en público. Lo primero que llama la atención al hacerlo es la imposibilidad de reducir la relación médico-enfermo a un simple diálogo entre dos sujetos. Aunque el enfermo se presente solo ante el médico, rara vez se trata de un solitario. El pasado y el futuro inmediatos de un diálogo médico, cuando no el presente mismo, requieren que el médico entre en contacto con el ambiente del enfermo, y es que en realidad el enfermo está tan ligado a su mundo que ese mundo está presente y actuante en el paciente. En realidad es la enfermedad misma que se origina y actualiza en el mundo del enfermo.

Cuando el médico, por hábito profesional, interroga acerca de las relaciones familiares, profesionales, sociales, etcétera del enfermo tiene conciencia, efectivamente, de la importancia de ese perimundo en el que la enfermedad se desarrolla, pero acaso no percibe otro aspecto más profundo, y es que la forma de integración en la vida que aflora en las respuestas a su interrogatorio es la que perfila y define el contenido de lo que el enfermo con mayor o menor conciencia solicita y espera recibir del médico. No es siempre, simple y sencillamente, la salud lo que el enfermo espera; antes de la concreta solicitud de un bien, existe una esperanza inconcreta que, a fin de cuentas, requiere del médico una interpretación significativa del sufrimiento. Una interpretación que será para el enfermo la formalización de su esperanza.

Esta actitud del enfermo se concreta, en la práctica, en el deseo primordial del enfermo de saber el «nombre» de su enfermedad, porque mediante el conocimiento de este nombre espera ser capaz de interpretar su situación. De las dos corrientes que conviven en nuestra actualidad médica y contribuyen ampliamente a definirla, centrada

la una en la especie morbosa y la otra en los conceptos de totalidad, es la primera la que suele predominar en la encuesta que el enfermo formula al médico. Los enfermos invitan al médico a responder a la pregunta «qué tengo» con un «nombre», nombre que puede ser el de un enfermedad, o el de una víscera, o simplemente el de un término médico más o menos popularizado, que de un forma u otra cumpla la misión primordial de ofrecer al enfermo un punto de apoyo para comprender su realidad presente.

La respuesta del médico, sea cual sea, opera una transformación decisiva en el futuro de la relación con su paciente, porque si bien es cierto que el médico al mencionar un «nombre» dice algo, no lo es menos que deja siempre otro «algo» sin decir. Y es que ese nombre o la explicación de que se valga para eludirlo, produce inevitablemente en el paciente una imagen cuyo contenido depende de la experiencia previa del paciente en relación con este nombre. Puede tratarse simplemente de una experiencia intelectual o cultural, o puede estar profundamente vinculada a la historia personal o familiar, o puede despertar un mundo de referencias más o menos remotas, pero lo que es constante es la pérdida de precisión que tienen los términos médicos a los ojos del paciente cuando pasan del mundo de la cultura a su propio cuerpo. Conceptos que siendo externos se daban por suficientemente explícitos; al tener que ser incorporado en sí mismos a través de la declaración del médico se convierten en una fuente de incógnitas. En este momento, aunque el médico haya dicho «algo», es más lo que ha dejado por decir; los conocimientos de la nueva situación interesan más que los nombres de las enfermedades y la relación médico-enfermo ha entrado en una nueva etapa. Esta etapa puede ser muy simple si el médico tiene a su alcance medios técnicos de erradicar el mal median unos actos terapéuticos eficaces y eliminar causas y consecuencias, pero que también puede ser un largo camino lleno de nuevos problemas.

Es, pues, en este momento cuando el enfermo pregunta y se pregunta acerca de la curabilidad de su enfermedad y de los medios y sacrificios que le van a ser aconsejados e impuestos. No sabe todavía si el médico que tiene delante es un ejecutor eficaz de unas técnicas sanadoras que a costa de algún sacrificio le extraerá el mal, o si, por el contrario, debe contar con una merma definitiva de salud o quizá con la muerte, en cuyo caso tiene ante sí una figura de médico radicalmente distinta.

De cualquier modo, es evidente que la primera esperanza del enfermo es la que podríamos llamar «ajenidad» de la enfermedad. La tecnificación de la medicina, la confianza en el progreso y la eficacia creciente de la medicina científica y de la farmacología, sin contar con los progresos de la cirugía, tienden a reducir cada vez más la relación médico-enfermo a una técnica terapéutica y a considerar la curación como una exéresis de algo patológico que estaba sobreañadido a la salud. Así, muchas veces se contribuye a crear la convicción de que la enfermedad es un cuerpo extraño, haciendo cada vez más difícil que el enfermo actual tenga conciencia de que cualquier acontecimiento patológico, incluso el de más elemental apariencia es una experiencia biográfica enraizada en el pasado y que participará en el futuro personal y también una experiencia biológica cuya mella anatómica, funcional o bioquímica será indeleble: la salud no se recupera, se renueva.

Igualmente llamamos curación a la extirpación de un órgano enfermo o de alguna de sus partes, como a la restitución de la normalidad humoral o la compensación de una insuficiencia, pero este criterio de curación rara vez equivale a una restitución en todo su sentido. Todos hemos visto enfermos preocupados por las posibles funciones



del apéndice que ha sido extirpado, por la posibilidad de vivir del mismo modo con un solo riñón, por las predisposiciones inherentes al hecho de haber sufrido el tifus, por la solidez de un callo de fractura, etc., y tengo para mí que todas estas inquietudes significan en el fondo un reconocimiento tácito de que la salud obtenida después de la curación no es la misma de antes y que la «nueva salud» es también un riesgo de unas nuevas posibilidades de enfermar. Y qué es todo este problema sino la realidad de que por más que nos esforcemos en tratar a la enfermedad como algo radicalmente extraño, nunca puede ser del todo ajena. Me parece evidente que el planteamiento neta y exclusivamente científico del padecimiento humano que nos esforzamos en nosografiar y clasificar en especies morbosas, aunque presida habitualmente el primer acto de la relación médico-enfermo, se muestra totalmente insuficiente cuando se descubre que su horizonte está limitado por el frío dilema «normalidad-alteración» dentro del cual no cabe la interpretación del sentimiento de enfermedad y tampoco el significado de la salud, aunque se pretenda vivir el fenómeno patológico como algo ajeno.

En realidad, ni los conceptos que un enfermo pueda tener de la medicina y las enfermedades, ni el carácter más extrínseco que se quiera suponer para un padecimiento determinado, son razones bastantes para eliminar las consecuencias decisivas que se producen cuando una enfermedad pasa de ser un objeto de conocimiento a sentirse subjetivamente afectado por ella. El sujeto enfermo, personalmente afectado, no podrá ya ser objeto de la acción técnica de un médico que se limite a «informar» y a poner en marcha unas medidas curativas o paliativas. Las opiniones que pueden formarse los médicos de la medicina y de las enfermedades son innumerables, sobre todo cuando defenderlas no lleva implícito ninguna responsabilidad real y, de hecho, son muchas veces un exponente más de un tipo de cultura que se extiende a otros muchos órdenes del pensamiento; pero cuando no se trata ya de opinar, sino de vivir una enfermedad, entonces lo que sólo había sido concebido como una realidad opinable se convierte en una peculiar situación personal que afecta a la entraña afectiva, social y ético-religiosa del hombre inmerso en su comunidad. Por eso decimos que el médico nunca tiene ante sí a un hombre solitario y que la relación médico-enfermo no es nunca un diálogo aislado entre dos seres.

Si en la relación médico-enfermo, como tantas veces se ha hecho y aún se predica como un desiderátum, el paciente se considera como un objeto de la técnica médica, entonces el propósito auténtico de esa medicina no es curar a un enfermo, sino arrancar de un sujeto doliente el objeto de su dolor que es la enfermedad. La relación médico-enfermo se ha sustituido por una relación «terapeuta-enfermedad». La curación en ese caso es, o equivale, a una exéresis, expresión más o menos encubierta de una mutilación.

Pero, si la relación médico-enfermo presupone en el paciente un sujeto personal, entonces el médico se encuentra en la necesidad de establecer su relación con alguien que desde su ser interpretativo pertenece a un mundo cultural, como ser afectivo a una comunidad amorosa, como ser social a una colectividad económica y como ser ético-religioso a una humanidad trascendente.

Si tomamos ahora conciencia de todo lo que representan estos aspectos en la esperanza que el enfermo pone en el médico, se comprende que si éste se limita a diagnosticar y a señalar un tratamiento, su actuación podrá, en



un cierto número de casos, dar satisfacción adecuada a la más elemental motivación del encuentro con el médico : «¿qué tengo?», «¿qué debo hacer?», pero no será sin que la renuncia a plantearse otros niveles en la relación médica sea y signifique un rechazo de la consideración personal del sufrimiento y una negación de la incumbencia médica en las relaciones entre la enfermedad y la existencia.

Hay que dar por sentado que la civilización actual ha demostrado irrevocablemente que el progreso científico es aplicable al conocimiento de la naturaleza y por consiguiente un camino ineludible para la Medicina, pero no es menos irrevocable la adquisición del conocimiento de que todo acontecimiento patológico debe ser juzgado en la biografía de un hombre y de que por ser radicalmente histórico es también radicalmente personal. Nosotros ya no podemos decir que no hay enfermedades sino enfermos, sin hacer la salvedad de que al decir «enfermos» no nos referimos simplemente a los matices que un sujeto es capaz de introducir en los entes morbosos estandarizados de la ciencia médica, sino que queremos afirmar la esencia originalidad de cualquier situación patológica del hombre. Es precisamente en la comprensión de esa originalidad donde la coexistencia de la medicina científica y la psicosomática alcanza la plenitud de su sentido.

En el encuentro del médico y el enfermo no debe sorprendernos, por lo tanto, que este último, explícita y conscientemente, o bien de forma apenas perceptible o intuible, se presente como alguien que desea comunicarse para ser conocido. Esta actitud es sin duda una disposición del enfermo a ser reconocido, pero también una exigencia sin cuya satisfacción la relación con el médico no alcanzará su plenitud ; y es porque el paciente intuye que su comunicación con el médico y el reconocimiento subsiguiente no sólo tiene como fruto el registro de los síntomas de la enfermedad, sino también un conocimiento de la peculiaridad personal de quien la padece. El interrogatorio, el examen físico y los métodos de exploración complementarios que el médico ordena, no son vividos como una investigación dirigida exclusivamente a perfilar las características del mal, sino también como precisiones necesarias para el conocimiento del protagonista. Cuántas veces un interrogatorio infructuoso y anodino se enriquece, se amplía y se profundiza en ulteriores entrevistas cuando el enfermo ha comprendido el carácter de comunicación personal dirigida al conocimiento, que tiene su relación verbal, con un médico que ha sabido mostrar el carácter auténtico de sus preguntas.

Cuando la relación médico-enfermo llega a este nivel, el médico que ha proyectado su oficio, no sólo hacia el descubrimiento de la enfermedad, sino también hacia el conocimiento del paciente, con intención o sin ella, ha empezado a desvirtuar la primitiva esperanza del enfermo en lo que hemos venido llamando «ajenidad» de la enfermedad. La investigación exploratoria del médico puede cambiar aquel «¿qué tengo?» inicial por un «¿qué me pasa?», y lo mismo que la enfermedad va dejando de ser ajena a medida que avanza la comunicación médica, también «el médico» va dejando de ser ajeno para convertirse en «mi médico». La relación verbal y física que la exploración diagnóstica requiere, desborda esencialmente el nivel meramente objetivo y técnico y lo eleva hacia una relación humana cuya consecuencia inmediata es una necesidad de comprensión.

El peculiar conocimiento que el médico adquiere del enfermo es menester que se traduzca en una especial com-

preensión que el enfermo exige y que se refiere ante todo a la significación de su persona en el mundo y de la enfermedad en su persona. Sólo con esta comprensión médica será posible la ayuda esperada y sobre todo el que esta ayuda se ejerza a través de una compañía en el camino de la enfermedad y de sus consecuencias.

La necesidad de comprensión, de compañía por parte del enfermo se manifiesta de los modos más diversos y variados, pero rara vez faltan si se saben interpretar las actitudes de los enfermos y no es difícil darse cuenta de cómo la ayuda del médico se ejerce constantemente a través de esos presupuestos. ¿Qué es si no una necesidad de comprensión la sensación de desnudez de muchos enfermos ante la mirada del médico? Y la confianza en la sagacidad de los médicos de nombre ilustre y famoso, ¿no es también atribuirles una capacidad de comprender mejor o con menos elementos? ¿Y los enfermos que necesitan a diario poner a prueba la autenticidad de su médico? Todos ellos manifiestan de hecho su necesidad de comprensión y pagan al médico con la moneda de la fe.

Otro tanto ocurre con el carácter de compañerismo de la relación médica. Hay enfermos sumisos, obedientes, confiados, amistosos o críticos, pero en el fondo de todas estas actitudes late un afán de colaboración y de compañerismo con el médico en la tarea de hacer eficaz la ayuda y de concretar la esperanza. Hasta existe el enfermo que declara una mejoría inexistente para no disgustar al compañero médico. Lo que no cabe cuando la relación médico-enfermo ha llegado a humanizar a sus protagonistas es una indiferencia que la reduzca a un mero suministro de servicios. La ayuda que no se enraiza en la comunicación y en la comprensión no cubre, sino que encubre la necesidad implícita en la llamada esperanzada del enfermo que inicia toda relación con el médico.

Pero si hemos visto a dónde nos lleva el mero hecho de pensar en el enfermo procurando no desintegrarlo del mundo y de la historia personal donde la enfermedad se origina y se actualiza, también parece justo someter al otro protagonista, el médico, a una meditación semejante.

Veamos cuál es en realidad la intervención del médico en la relación médico-enfermo. No cabe duda acerca de la multiplicidad que la intervención del médico presenta y la variedad de actitudes que puede adoptar en las distintas misiones que el médico de hoy toma a su cargo, pero si quisiéramos buscar un término capaz de recoger el elemento esencial de todas sus intervenciones, yo diría que lo que define más exactamente el papel del médico es el hecho de participar en el enfermo, haciéndolo precisamente en los dos sentidos que la Real Academia de la Lengua atribuye a esta palabra: «tomar parte» y «notificar», dar noticia. Ambas condiciones parecen ser los rasgos fundamentales del médico que hacen posible su ayuda y que incluso pueden ser ya de por sí una verdadera ayuda.

Efectivamente, el médico toma parte en la esperanza del enfermo y su propia esperanza la transforma en noticia pronóstica; toma parte en su comunicación verbal y exploratoria y de ahí concluye la noticia diagnóstica, y la misma comprensión que el enfermo exige es un tomar parte que culmina en el antes mencionado compañerismo, en la noticia de su compromiso profesional. Y aun la parte del médico en la disposición o ejecución de las medidas terapéuticas es el signo de una relación sanadora donde el mismo médico queda implicado, constituyéndose sus propias recomendaciones o actos en noticia de su presencia.

San Damián junto al lecho de un enfermo mirando su orina. (Grabado de madera de Urs Graf, el Viejo. 1485-1528)

San Cosme se aproxima a un enfermo llevando el pomo de unguento y la espátula. (Grabado de madera de Urs Graf, el Viejo. 1485-1528)

Sin embargo, la parte que en realidad toma el médico en su relación con el enfermo, su participación, está profundamente influida por el tipo de actividades médicas a que se dedique y por consiguiente por el motivo de su relación con él. Asimismo la noticia, como la hemos llamado, puede oscilar desde la más minuciosa consideración de todas las circunstancias personales de sujeto enfermo a la simple entrega de un documento exploratorio, incluso sin contacto personal.

Para comprender, pues, el papel del médico en el desarrollo de la relación médico-enfermo, hay que reconocer que así como no podíamos ver al enfermo en solitario, aislado de su mundo, tampoco podemos mirar al médico aislado de su medicina. Es ésta una circunstancia previa y condicional; lo que significa la Medicina para el médico es el ingrediente predominante que caracteriza y matiza su peculiar manera de participar en el enfermo. Porque en realidad no es sólo el enfermo el que espera y recibe en su relación con el médico, sino también este último; pero los elementos que integran lo que el médico espera recibir no son siempre los mismos: ciencia, prestigio, experiencia, dinero, eficacia, valores ético-religiosos, socio-económicos, etc., contribuyen a matizar una infinidad de formas que recibir del enfermo. Así viene a suceder que el predominio de cada uno de estos aspectos o el de alguno de ellos, tiende a un alejamiento del enfermo como totalidad, convirtiéndose el «tomar parte» del médico en un «tomar sólo una parte». Que el enfermo se convierta sólo en objeto de ciencia o de experiencia, o en motivo de prestigio o de lucro, o en un ser social-individuo de una colectividad, etc., son riesgos de todos los días, cuya constatación obliga a meditar en la dificultad de mantener consciente y actuante el compromiso ineludible de la vocación médica.

La práctica profesional nace de una vocación efectivamente, pero la debilidad humana no está ausente ni siquiera de las actuaciones aparentemente más logradas. Y no se trata solamente de la perenne incompletud y caducidad del saber médico; hay también una capacidad de servir a la esperanza y de merecer la fe que el enfermo deposita en la medicina y en los médicos. Por eso me parece que la relación médico-enfermo se desarrolla en la compañía de dos seres cuyas debilidades se subliman mediante la ayuda del uno y la confianza del otro, transformándose en motivo de superación y de crecimiento.

Se dirá, con razón, que estos profundos niveles de las relaciones médicas no son visibles ni se perciben siquiera más que en los casos en que la relación médico-enfermo culmina en algún tipo de amistad o cuando se convierte en reflexión la misma práctica de la medicina; pero no creo que la dificultad de descubrirlos niegue su realidad ni su importancia, si lo que se pretende es encontrar lo que es peculiar en la relación humana que la medicina plantea.

Tampoco son válidas las razones prácticas basadas en la mera eficacia, porque los éxitos de la medicina y de los médicos respetuosos sólo de los aspectos técnicos, que dan la batalla a la enfermedad con su arsenal terapéutico, ni son eficaces por el rechazo de los problemas profundos de su relación con los enfermos, ni el hecho del rechazo los aparta realmente, ni la eficacia, quizás episódica, de sus curaciones dejará de repercutir perjudicialmente en el futuro de los pacientes a quienes se les enseña a desprenderse del sufrimiento como algo ajeno cuya extirpación puede encomendarse a un profesional.



Sin embargo, el panorama que se presenta ante los ojos del observador cuando pretende abarcar los infinitos tipos de relaciones que se crean entre médicos y enfermos, es tan diverso, tan polifacético que no puede dejar de concedérsele un significado, sobre todo cuando se comprende que los mismos médicos y los mismos enfermos son protagonistas de situaciones totalmente diversas. Un médico no es el mismo médico para todos los enfermos, ni tampoco un enfermo es el mismo enfermo para todos los médicos.

Hay una primera explicación para este fenómeno que no deja de ser muy atractiva : la motivación de la relación médica es la determinante de la línea que va a desarrollarse. Efectivamente, no es lo mismo la relación que se establece libremente con un médico elegido en razón de su personalidad, que la que viene más o menos obligada por cualquier motivo, o la que implica la responsabilidad social de un dictamen, o la que se funda en una motivación científica, etc. ; pero uno se pregunta si esas solas razones pueden dar cuenta de todo el problema, o si, en el fondo, hay que admitir que, puesto que todas estas variedades son posibles, es porque la enfermedad lo permite.

En realidad, el concepto que tenemos de enfermedad ha sido construido por los médicos a través de muchos siglos de historia, ha sido heredero de múltiples corrientes del pensamiento filosófico y religioso y está sometido continuamente a la crítica, a la técnica y a la práctica. Todo ello hace de la enfermedad un ente tan dinámico, vivaz y cambiante que invita a atribuirle responsabilidades propias en la matización de la relación médico-enfermo como si se tratase de un tercer personaje.

La enfermedad considerada en esta forma, no se nos presenta como un todo homogéneo, ni sus consecuencias para el enfermo pueden juzgarse en un solo nivel. En toda enfermedad se distinguen tres aspectos de distinta significación que podemos llamar : agudos, crónicos y personales. Entiendo por aspectos agudos aquellas manifestaciones, limitadas en el tiempo, que son susceptibles de desaparecer sin dejar rastro. Los aspectos crónicos, en cambio, tienden a perdurar, a dejar huellas indelebles o recidivas y sólo son susceptibles de alivio. En cuanto a los aspectos personales, son los condicionamientos implícitos en la quiebra de la salud y, asimismo, la enfermedad como expresión de la persona.

Naturalmente, también es posible dar la vuelta a esta cuestión y considerar esta triplicidad, no ya como aspectos de una misma enfermedad, sino como tres órdenes distintos o tres categorías : enfermedades agudas, crónicas y neurosis. Si prefiero el primer criterio es porque, además de parecerme más real, el continuo avance de la terapéutica, el acierto de quien la aplica y también, por desgracia, los desaciertos, harían la consideración de las enfermedades dentro de estos aspectos algo completamente fluctuante y aleatorio. Parece lo más adecuado admitir que en el fondo de toda patología existen los tres aspectos, aunque alguno de ellos predomine hasta el punto de adjetivar algunas enfermedades. Al fin y al cabo, cuando los médicos hablan de espinas irritativas, de estados de latencia, de fondos neuróticos, de predisposiciones, etc., están empleando unos conceptos con los que se pone de manifiesto que no todo es agudo, que no todo es crónico o que «también hay algo de neurótico».

La importancia de tomar en consideración estos distintos caracteres de las enfermedades en cuanto al tema de la

relación médico-enfermo salta a la vista si recordamos cómo la ayuda médica sólo adquiere la plenitud de su sentido si pasa por un conocimiento y por una comprensión del paciente. Así puede el médico vivir con su paciente un compromiso de orden predominantemente técnico cuando se trata de luchar contra los aspectos agudos de la enfermedad; pero en el largo camino de los crónicos tendrá que convertirse en compañero de aquel a quien debe ayudar a incorporar su dolencia en su persona y en su mundo. Y tendrá que ser maestro y educador cuando la misma inmadurez de la persona predomina, o simplemente aparece en la entraña de la enfermedad.

Reflexionando ahora un momento sobre todo lo dicho, me parece claro que la visión de la relación médico-enfermo se enriquece como fenómeno real y humano cuando se huye de tratarla teóricamente como un problema recíproco entre dos protagonistas aislados. Al pensar en el enfermo, no como un ser solitario, sino desde su mundo y al médico desde su modo peculiar de vivir la medicina, la relación entre ambos adquiere una categoría de comunicación interpersonal en lugar de limitarse a un intercambio entre individuos. La significación misma de la enfermedad queda supeditada en muchos aspectos al desarrollo del diálogo médico, cuyo sentido de ayuda no es ya discutible. Pero en el terreno de la realidad práctica de cada día y en un momento de la historia como es el presente, en que tanto el pensamiento médico como la asistencia, el progreso científico y la organización están en continuo y acelerado desarrollo, uno debe preguntarse acerca de la significación que nuestras líneas de evolución pueden tener en el problema que nos ocupa. Nuevos tipos de médicos, nuevos tipos de enfermos y nuevos tipos de asistencia deben crear nuevos tipos de relación aunque su esencia más pura sea capaz de subsistir.

Una de las características más significativas de nuestro momento la veo en la convivencia y en la que podríamos llamar tendencia a la reconciliación de la medicina cientista con las corrientes psicosomáticas. No se trata simplemente de un matiz de nuestro problema, ni siquiera de un hecho importante: es, a mi juicio, algo mucho más profundo. La relación médico-enfermo, como preocupación y como problema, ha nacido, de hecho, de la reivindicación de la persona del médico y del enfermo que los nuevos enfoques de la medicina suponen. Nunca antes podían estos problemas haber tenido algún interés para los médicos.

Los médicos y los enfermos no dejan de hallar todos los días nuevos cauces de comprensión y de conocimiento que tienen su origen en la vivencia actual de estas tendencias del pensamiento; el mundo de los afectos, de los sentimientos y de las ideas, se ha introducido definitivamente en la entrevista médica sin el antiguo y sistemático rechazo de la ciencia positiva y, aunque sometido muchas veces a un nuevo planteamiento positivista, no deja de ser exponente de una comunicación personal.

Dos palabras ahora para referirme al especialismo, uno de los rasgos que define nuestro presente y nuestro porvenir, en cuanto a su significado en la relación médico-enfermo. Su necesidad y su eficiencia no van a ser motivo de discusión. Solamente el hecho de haber abierto el ámbito de la medicina a tantas y tantas mentes que antaño no tenían posibilidad de realización en nuestro campo profesional y de investigación, sería razón bastante para bendecirlo y fomentarlo; pero en cuanto a la relación médico-enfermo hay que mirarlo en principio como un condicionamiento de la participación del médico. El tomar parte del especialista es un «tomar sólo una parte» y ésta se delimita por la que el especialista toma de la medicina y por la que la enfermedad se supone que toma del paciente.

La esencia del especialismo consiste en un actitud de dicotomización progresiva, pero no está escrito que esta dicotomización deba transformarse en una disgregación.

A grandes rasgos puede decirse que existen tres clases de especialistas: unos que carecen por completo de contacto con la asistencia, cuyo diálogo se desarrolla con la Medicina misma: son los investigadores; otros que realizan técnicas de exploración y se relacionan con los médicos y, finalmente otros que, limitando su interés a una sola parte del enfermo, tienen una actuación asistencial.

Pero a pesar de la diferencia esencial que aparentemente separa estas actividades de los especialistas, no hallamos motivo suficiente para aceptar que el especialismo tienda inevitablemente a una disgregación. Si la investigación se centra efectivamente en la Medicina como ciencia, sólo adquiere su sentido cuando se ofrece a los médicos; si las técnicas exploratorias son ofrecidas al médico, tampoco son válidas más que en cuanto se refieren concretamente al enfermo; y si los especialistas asistenciales se interesan solamente por una parte del enfermo, no lo hacen tampoco sin creer en la plena validez de la ayuda que procuran, aunque se limiten de hecho a una circunstancia determinada, a una parte concreta. Queremos decir con ello, que lo que en realidad justifica el que a todos estos aspectos del especialismo y al especialismo mismo se les considere como auténticamente médicos, no es el carácter concreto de sus actividades, sino su integración en una unidad que se proyecta de intención y de hecho en elementos de relación con el hombre, y cuyas praxis, ciencia y técnica no tienen, a fin y al cabo, otro sentido que el de conocer, comunicar y comprender el sufrimiento de un hombre concreto haciendo posible, mediante ello, una ayuda médica. Es por ese camino por donde el especialista puede ser una vía de integración, y por donde conserva su sentido en la medicina, aunque corra el riesgo de cerrarse sobre sí mismo perdiendo la esencia de su significado.

El médico actual que ejerce su profesión rodeado de especialistas es bien distinto del de antaño que actuando en solitario se relacionaba con la totalidad del enfermo desde su totalidad. Pero son los mismos enfermos los que siguen queriendo ver en su médico al consejero, al ordenador, al director de orquesta de la asistencia, como si intuyera que un conocimiento, una comprensión y una ayuda verdaderamente médica sólo puede nacer de una relación interpersonal. Los mismos especialistas, cuando entablan relación con un enfermo sin intermediarios, como

sucede tantas veces, no dejan de percibir y asumir en su actuación esta implicación personal de la relación médica, aunque en ocasiones tengan que declarar que el caso no es de la incumbencia de su especialidad.

Ante la tendencia a la descomposición en piezas sueltas de la asistencia médica, con el consiguiente peligro de borrar lo más esencial de la relación médico-enfermo, hemos visto surgir una tendencia integradora que se manifiesta por la frecuencia con que los médicos se reúnen entre sí formando equipos. Incluso suele hablarse de una medicina de equipo que irá sustituyendo a la asistencia individual. Es evidente que estos equipos se construyen y se justifican por razones técnicas y de eficiencia que no vamos a discutir. Tampoco ofrece duda la tendencia que tiene este tipo de actuación a convertir al enfermo en un objeto sometido a manipulaciones sistematizadas. Lo que nos interesa destacar es que, aun en esas circunstancias tan desfavorables, el sentido auténtico de la relación personal médico-enfermo no está del todo ausente. Nos parece encontrar ese sentido en la frecuencia con que los equipos se designan con el nombre de un médico, en el carácter limitado de su actuación, a fines diagnósticos o actos terapéuticos, pero sobre todo porque la actuación de los equipos no son nunca toda la asistencia; hay siempre un prólogo y un epílogo que les da su razón de ser. Antes y después del equipo hay siempre, o debe haberlo, un médico, «el médico del enfermo», que al reclamar o autorizar la intervención del equipo lo sitúa en el meollo de la relación médica como un elemento necesario de conocimiento o como una medida terapéutica, que acompaña al enfermo con su presencia o con su interés participando, pues, junto con el enfermo y que finalmente traduce las cuestiones que se plantean o resuelven en el terreno técnico al lenguaje personal del mundo del enfermo.

También la medicina social y el nuevo sentido del Hospital son cuestiones de hoy que se proyectan indefectiblemente en la relación del médico con el enfermo, y tampoco resulta difícil encontrar en el panorama que nos ofrece el contraste de unos aspectos de la medicina cada vez más influidos por motivaciones técnicas o económicas con la vigorosa presencia en sus propias estructuras de una relación médica interpersonal que pugna por no desaparecer, y no sólo eso, sino también todo aquello que se basa y se realiza a través de ella, y no otra cosa. La afirmación general de que la salud es un bien común; es la base y el fundamento de una medicina social que intenta cumplir con un deber de justicia de todos los hombres. Pero es evidente que la salud, como tal, no puede ser objeto de derecho; el derecho es de la persona y se concede cuando se ponen a su disposición los medios de cuidar adecuadamente la salud. Pero, repetimos una vez más, los medios de alcanzar la salud no son válidos únicamente por su calidad técnica, sino por tener su origen y proyectar sus resultados en una relación médica interpersonal, a la cual se refiere el derecho del hombre más que los elementos económicos, técnicos y de organización. La medicina es una cuestión social porque la enfermedad se origina y se actualiza en la sociedad: en la sociedad de personas, y no en una colectividad económica de individuos. La enfermedad personal requiere una medicina personal.

Cuando vemos, finalmente, que en los hospitales modernos se plantean actualmente los problemas de su propia localización, adecuación, formación, asistencia y relación exterior sin cuyos requisitos no se puede hablar con verdad de una unidad hospitalaria, también parece que se tiende a suplantarse la relación médico-enfermo convirtiéndola en una relación hombre-enfermedad, como si impresionados por los continuos progresos de la asistencia técnica, proyectásemos nuestros esfuerzos a los aspectos agudos y curables de las enfermedades que son socialmente los más agradecidos. Pero por aguda que parezca la enfermedad, cuando se piensa en quién la padece, aparecen siempre cronicismos y repercusiones personales que seguirán escribiendo la biopatología del sujeto. Y me pregunto si caminamos hacia el reconocimiento de dos clases de medicina: hospitalaria y extrahospitalaria, o si las futuras relaciones externas del hospital con los médicos no hospitalarios lograrán convertir en ayuda personal una asistencia cada vez más perfecta.

Para terminar, yo insistiría una vez más en percatarnos de la singularidad de la era en que vivimos, caracterizada por un diálogo permanente entre el progreso científico y la reflexión sobre el hombre y su existencia. Acaso veríamos de este modo que el progresar en medicina, como en ciencia, y descubrir al mismo tiempo la hondura humana de la relación médico-enfermo, es una exigencia de nuestra época, a la que yo he intentado servir con estas reflexiones, pero que está presente, aunque a veces no lo veamos, siempre que un médico, con su saber, intenta ayudar a un enfermo en sus sufrimientos.