PEDRO LAIN ENTRALGO

MARAÑON Y LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO

CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE HISTORIA DE LA MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

1962

PEDRO LAIN ENTRALGO

MARAÑON Y LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO

CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE HISTORIA DE LA MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

1962

ARTICULOS ORIGINALES

MARAÑON Y LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO (*)

PEDRO LAIN ENTRALGO

Sr. Decano de la Facultad de Medicina;
Sr. Embajador de España;
Queridos compañeros y amigos;
Señoras y Señores:

El lugar en que ahora hablo y el motivo que a él me ha traído llenan en este momento mi alma de un sentimiento complejo, en cuya trama se mezclan la emoción, la honra y la gratitud. Me honra en primer término hablar en esta Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, uno de los más finos y altos centros universitarios del mundo de habla española, a la que con tan cordiales vínculos me he sentido unido desde que por vez primera pisé vuestra tierra. Y el honor sube de punto, porque habéis querido asociarme al delicado homenaje que vuestra Facultad va a rendir a un gran compatriota mío, a Gregorio Marañón.

Pienso que vuestro homenaje a este hombre habrá tenido en cuenta, muy en primer término, su preclara condición de médico. "Gregorio Marañón y Posadillo. Médico", decían con elegante sobriedad, y sin duda por expresa voluntad del difunto, las esquelas que en la prensa diaria comunicaron a los españoles la muerte de mi gran compatriota. Marañón, gran médico, gran patólogo, fue en efecto, uno de los máximos fundadores de la moderna endocrinología, disciplina clínica y patológica muy central en la medicina de nuestro siglo.

Vuestro homenaje ha querido también honrar, estoy seguro de ello, al gran escritor de nuestra lengua, al varón que con su estilo nítido, transparente, ceñido, ha hecho de su obra literaria y científica una de las más elevadas cimas de la prosa española de nuestro siglo. Y también al gran historiador, al gran humanista y al gran moralista, en el sentido que los franceses suelen dar a esta palabra, porque a esas tres actividades han dado lustre y eminencia la mente y la pluma de mi egregio compatriota. Es seguro, en fin, que en vosotros haya pesado el recuerdo del Marañón español,

---

* Texto de la lección pronunciada el día 26 de julio de 1962, para inaugurar la "Conferencia Gregorio Marañón", creada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

del fiel amante de España y su dramático destino a través de todas las vicisitudes de éste; del hombre, en suma, que con su palabra y con su ejemplo quiso edificar durante toda su vida un país atenido a estos dos sumos principios: por un lado, la concordia entre los españoles, o por lo menos la convivencia leal con el discrepante, y, por lo tanto, la libertad; por otro, una altísima estimación del más resuelto y cotidiano ejercicio de la inteligencia. Tales fueron, en efecto, los principios fundamentales a que se atuvo la vida pública y el magisterio del Marañón español.

Todo ello me obliga a proclamar aquí, antes que cualquier otra cosa, mi gratitud de español. Tributáis un delicado homenaje a un eximio compatriota mío y habéis querido que yo sea el primero en darle pública y efectiva realidad. Mas también como docente e investigador de la historia de la Medicina os debo gratitud. Pienso que, llamándome a mí, vosotros, mis compañeros de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, habéis querido mostrar vuestra aficionada estimación de la disciplina que académicamente cultivo. Con lo cual, en definitiva no habéis hecho otra cosa que ser fieles al pensamiento del propio Gregorio Marañón. Escribía hace bien pocos años el gran médico: "Leer y releer la historia de la Medicina es indispensable al médico para no perder la cabeza, para no engreirse pensando que ha tenido la suerte de vivir en una época definitiva de la ciencia, para acoger con prudencia los nuevos avances, para no dejarse llevar de la última palabra de la moda, convirtiéndose en lo peor que le puede suceder a un médico, que es ser médico de *slogan*". Y poco antes había dicho: "Ningún médico debe dejar de tener su libro de Historia de la Medicina entre los que lee con frecuencia, entre los libros de cabecera". ¡Cuántas cosas recién inventadas verá con claridad a la luz de las viejas, de las que parecían enterradas! ¡Qué eficaz preservativo y antídoto si se siente amenazado del frecuente contagio de la pedantería! Mas el médico de empuje, el que aspira a contribuir a la obra creadora de la Medicina, debe, desde luego, no ya leer un manual, sino estudiar la historia y tratar de ayudar a su conocimiento. "Nada serena el ánimo y aclara las dificultades de la investigación médica como el estudio de lo que fue". Sí: llamando hoy a un historiador de la Medicina habéis sido fieles al espíritu de Marañón.

Y en tercer lugar, y esto es para mí lo más entrañable, me habéis honrado pensando en mí como personal y leal amigo del propio Gregorio Marañón, porque me dáis ocasión solemne para recordar su realidad y su vida, para traer de nuevo su palabra magistral a la memoria y al corazón —que no otra cosa es, en su raíz, el recordar—, y para hacerla, a través de la mía, palabra viva y eficaz.

Puesto ya frente a la tarea de inaugurar, por bondad vuestra, la "Conferencia Gregorio Marañón", se me planteó el problema de elegir la materia de esta lección mía. Hubiera podido y aun debido recordar al Marañón creador de Medicina, pero ya en otro momento, en el discurso necrológico que hube de pronunciar en la Real

Academia de Medicina de Madrid, tuve que comentar la significación y el valor de la obra de Marañón como clínico y como patólogo original. Hubiera podido también traer de nuevo ante vosotros al Marañón escritor y humanista, repitiendo y ampliando lo que emocionadamente dije, a raíz de su muerte, en la sesión extraordinaria que le dedicó la Real Academia Española. Me ha parecido más adecuado, sin embargo, dedicar esta lección a la rememoración y glosa de cuanto Gregorio Marañón dijo acerca de lo que en la práctica médica es más elemental, cotidiano y básico, esto es, acerca de la relación entre el médico y el enfermo. ¿No es éste, por ventura, uno de los capítulos más valiosos y permanentes del legado espiritual que el gran médico ha dejado? Estudiaremos, pues, "El magisterio de Marañón acerca de la relación entre el médico y el enfermo".

Conviene recordar de cuando en cuando las nociones que a fuerza de consabidas se hallan en riesgo permanente de ser olvidadas. Envuelto como está en la red de sus saberes técnicos, cada vez más copiosos y sutiles, ¿recuerda el médico actual con la frecuencia deseable que su encuentro con el enfermo es no sólo su experiencia más cotidiana, sino también su experiencia fundamental? Ante la cama hospitalaria o en la intimidad de su consultorio privado, en el domicilio del paciente o dentro del ámbito semipúblico de una policlínica cualquiera, el médico da comienzo a su quehacer más propio encontrándose con el enfermo. Bajo tanta diversidad en la apariencia, no es difícil, sin embargo, percibir la radical unidad de la esencia: todos esos variados eventos de la actividad clínica llevan constantemente en su seno la relación personal entre un hombre a quien una determinada situación aflictiva de su vida, la enfermedad, ha trocado en menesteroso, y otro hombre, el médico, capaz de prestarle ayuda técnica. Y cuando un enfermo acude al médico y ambos mutuamente se encuentran, ¿qué es lo que entonces sucede, qué es lo que debe entonces suceder?

I

EL AMOR PRETECNICO

La respuesta a la interrogación precedente no parece ofrecer la menor dificultad. En su encuentro profesional con el enfermo, el médico cumplirá correctamente su deber practicando una exploración cuidadosa y metódica del paciente, formulando un diagnóstico preciso de la afección que éste padece y prescribiendo el oportuno tratamiento. Esto es y será siempre lo técnicamente adecuado, lo que procede hacer *secundum artem*. Esto es, en cualquier caso, lo que respecto de la conducta técnica del médico nos dicen los libros y los hombres que, según la frase tópica, "hablan como un libro". Pero si hay hombres que hablan como un libro, hay también —Unamuno nos enseñó a decirlo— libros que "hablan como un hombre". Entre ellos están los de Gregorio Marañón; y los libros de Marañón nos dicen que ese quehacer *técnicamente puro* del médico —como, por supuesto, toda posible *técnica pura*— sólo llega a cobrar su sentido

cabal y a humanizarse plenamente por obra de los fines humanos a que sirve. Para el médico y para quien no lo es, la técnica pura, el mero "saber hacer" una cosa, es siempre faena secundaria. Muy valientemente lo proclamó hace años Marañón. "Hay que atreverse a decir muy alto —escribía— que, para el médico, la técnica es secundaria. En último término, no es su misión ejecutarla. Los técnicos mejores son, con frecuencia, gentes manuales y asalariadas, ejecutantes exentos de preocupación creadora" (1). De ahí, añado yo, que la técnica "pura" arraigue y se configure en la vida de quien la ejecuta de modos muy distintos, determinados siempre por el interés humano a que esa técnica consciente o inconscientemente sirva.

Considerada la relación entre el médico y el enfermo desde el punto de vista del médico, cuatro son, a mi entender, sus motivos principales. Dos de ellos nobles, aunque uno más que otro: el amor de misericordia a un hombre que sufre y la pasión por el conocimiento y el gobierno de la naturaleza. Dos, por otra parte, bastardos: la sed de lucro y de prestigio social y —a veces— un secreto apetito de seducción sobre la persona del enfermo (2).

Todo lo cual permite decir, a título de conclusión previa: *lo que en el encuentro entre el médico y el enfermo es más propio y específico —que uno de esos dos hombres esté enfermo y que el otro sea capaz de prestarle ayuda técnica— asienta sobre un fundamento genéricamente humano, el cual se configura según lo que para la persona del médico sea entonces el dolorido menester del paciente.* Allende su especificidad médica, la relación médico-enfermo tiene un fundamento humano. ¿Cuál es, cuál debe ser éste?

La respuesta de Marañón comprende tres términos, dos de ellos negativos, positivo el otro. He aquí su formulación escueta:

Primer término negativo: el fundamento de la relación médico-enfermo no debe ser, más aún, no puede ser el apetito de lucro del médico. "Todas las lacras de nuestra medicina —escribió Marañón— pueden reunirse en las dos grandes manifestaciones del dogmatismo: una, práctica, el profesionalismo; otra, teórica, el cientificismo" (3). Y el profesionalismo consiste "en el intento, deliberado o no, de convertir en lucrativa, en fuente de riqueza, una profesión que, aunque legítimamente remunerada, debe tener siempre sobre su escudo el penacho del altruísmo. El médico ha de vivir de su profesión...; pero... lo esencial es que no haga nada, jamás, pensando en el dinero que lo que hace le puede valer" (*MNT*, 24). "La Medicina no debe ser jamás puro objeto de lucro", dice nuestro autor en otro de sus ensayos (*VE*, 82-23). Tan convencido está Marañón de la radical verdad de esta sentencia, que para él un médico que en su actividad profesional proceda movido en primer término por el lucro es, antes que un práctico inmoral, un mal médico (4).

Segundo término negativo: el fundamento de la relación médico-enfermo no debe ser, más aún, no puede ser la pura pasión de conocer y gobernar la naturaleza. Creer lo contrario, pensar que la Medicina es una ciencia exacta y actuar en consecuencia frente al enfermo —con otras palabras: pretender ser un ingeniero del cuerpo

del paciente—, es incurrir en el vicio del cientificismo, segunda de las formas cardinales de ese dogmatismo médico que Marañón con tanta justicia vituperó (*MNT*, 26 ss.). No tardaremos en descubrir la meta a que conduce esta descarriada actitud de la inteligencia del médico.

Frente a estos dos términos negativos, he aquí el término positivo de la respuesta de Marañón: el verdadero fundamento de la relación entre el médico y el enfermo es —y por lo tanto, en un orden ético, *debe ser*— el amor de misericordia del médico al hombre de carne y hueso a quien el menester y el dolor han puesto en el trance de pedir ayuda técnica. Nadie ha sabido decirlo con palabras más hermosas que las de Gregorio Marañón: "Ser, en verdad, un gran médico, es algo más que el triunfo profesional y social; es... el amor invariable al que sufre y la generosidad en la prestación de la ciencia, que han de brotar, en cada minuto, sin esfuerzo, naturalmente, como de un manantial (5). Años antes había escrito: "Generosidad absoluta: esto es lo que hace respetable la actitud del médico" (*VE*, 87).

Esta noble manera de concebir el ejercicio clínico determina las tres principales notas que Marañón señaló en la persona de quien con plena autoridad se llama a sí mismo médico: la vocación, que en los casos más puros y ejemplares llega al nivel supremo de las "vocaciones de amor" (*VE*, 30-31 y 53); el entusiasmo por la práctica de la Medicina —"la virtud inexcusable de nuestro éxito profesional es la fe, el entusiasmo en la Medicina" (*VE*, 58)— y el íntimo sentido moral del ejercicio de la profesión, sin el cual el entusiasmo del médico sería "el del sacamuelas" (*VE*, 61) y por el cual el buen médico, "el médico de vocación y no el de pura técnica, no necesita de reglamentos para su rectitud" (*VE* 62). El *ama et fac quod vis* de San Agustín está latiendo en el seno de esas vehementes palabras de nuestro gran humanista de la Medicina.

En suma: la relación entre el médico y el enfermo tiene un fundamento genéricamente humano, *previo* a la tecnificación de la ayuda, al cual llamaremos *amor pretécnico*. Muy visiblemente lo mostraba Marañón en su práctica hospitalaria, cuando con ademán amistoso y no chabacano se sentaba sobre la cama del enfermo para iniciar su interrogatorio clínico. Más de una vez han sabido recordar esa escena sus discípulos y colaboradores (6). "Tenía a la cabecera del enfermo —escribió Rof Carballo, pocos días después de su muerte— un don bastante poco frecuente: el de inspirar confianza plena y absoluta en brevísimas palabras, con ademán sucinto. Tras esa misteriosa influencia había un secreto que su gran prestigio no bastaba a explicar. Quizá fuese su gran bondad". Es cierto. Sin un cálido fondo de bondad no es posible entender la práctica de la Medicina como Marañón la entendió. *Vir bonus mendendi peritus*, decían los antiguos, que es —o que debe ser— el médico. La bondad del terapeuta, su condición de *vir bonus*, es sutilmente considerada como fundamento de su pericia en el arte de curar.

Sobre ese fundamento deben implantarse, y de él deben recibir savia, las diversas operaciones técnicas del médico. Bajo forma de diagnóstico y de tratamiento, la conducta del buen médico no

es sino la *realización técnica* de su previo amor de misericordia al paciente que en él ha buscado ayuda; bajo forma de disciplinada aquiescencia a las indicaciones del médico, la conducta del enfermo viene a ser una *satisfacción técnica* de su previa confianza en quien le diagnostica y trata. La técnica, noblemente concebida por Marañón como "instrumento para que el diálogo entre el espíritu y la naturaleza se realice del modo más perfecto, y para que el fruto de ese diálogo se convierta en utilidad directa" (*VE*, 131), cobra ahora en manos del médico su más recto y pleno sentido; hállase entonces "embebida de pensamiento, de lo más alto de nuestra semidivina jerarquía"; y si su titular llega a ser, como a veces acontece, un petulante o un malvado, lo es usurpando el puesto del hombre limpio y abnegado que el quehacer técnico por sí mismo pide cuando su objetivo es la lucha contra el dolor. Declarando muy lealmente que la técnica es faena subordinada, Marañón no fue, no pudo ser un entusiasta del amor no técnico al enfermo, un inconsciente predicador de la pura, ciega y desarmada misericordia. Bajo su severa y certera crítica de la técnica deshumanizada, nuestro gran médico fue, y no podía no ser, un entusiasta de la técnica al servicio de la dignidad humana y del amor al menesteroso. Habló Cajal de "los talentos que se pierden en el desierto de la clínica", y alguna razón le asistía entonces y le asistiría ahora frente a quienes en el ejercicio médico sólo buscan escabel y granjería; más no la tenía ante aquellos que bajo la influencia inmediata o mediata de su colosal figura, Marañón entre ellos, supieron llevar a la clínica la ambición intelectual y el rigor técnico.

II

EL DIAGNOSTICO

Así fundada, la relación entre el médico y el enfermo se realiza y manifiesta cognoscitivamente en la actividad que solemos llamar "diagnóstico". Con ella, el amor de donación del médico al enfermo cobra expresión intelectual, y sin la menor delicuescencia sentimental se hace conocimiento técnico. Desde un inicial "encontrarse con" —por tanto, desde un mero principio de convivencia interpersonal— la relación médico-enfermo ha pasado a ser, por parte del médico, un "conocer a" y un "pensar de".

Conocer ¿a quién? 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 a veces el médico no lo advierta, según los dos ámbitos en que la relación médico-enfermo cobra su realidad propia: el dual y el social, el resultante de la mutua vinculación entre dos individuos 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 objetiva 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: 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 reúnen 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 entre el médico y el enfermo y la razón de su principal aporía teórica y práctica, porque esa relación debe ser de modo unitario, objetivante y personal.

La expresión cognoscitiva de la relación entre el médico y el enfermo —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: la realidad conocida "interviene" siempre en el resultado de nuestra actividad de conocerla. 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 otorgan a ese acto su radical peculiaridad. No es excepción a la regla el diagnóstico médico cuando 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.*

Pero nunca será esto sólo, ni siquiera cuando más parezca serlo. Tanto como individuo 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 la *cocktail-party* más concurrida. 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 Schwenninger, 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. La relación entre el médico y el enfermo es primariamente social, y nunca deja de serlo; sólo amputando artificiosamente 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 nunca ser completo si no es "social", además de ser cuasi-diádico; 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, así también, aunque por modo patológico, ese solitario a la fuerza que llamamos enfermo.

Concebido como relación cuasi-diádica, el diagnóstico médico es una actividad cognoscitiva interpersonal, fundada sobre el amor y formalmente conclusa como conocimiento técnico. Tal es, por lo demás, la regla general en toda actividad noética. "Sólo a través del amor se entra en la verdad", dijo San Agustín; y los antiguos griegos habían afirmado que el conocimiento humano de la realidad supone cierta "amistad" entre la mente que conoce y la cosa conocida.

Mostrará con hechos el médico que su diagnóstico procede del amor cuando sus maniobras de exploración comiencen, en la medida de lo posible, siendo caricias. Los libros enseñan que la palpación del hígado o del riñón debe iniciarse oprimiendo suave y reiteradamente el abdomen, para evitar la contractura de la pared abdominal; mas también sería lícito decir, sin mengua de lo anterior, que sólo acariciando con inteligencia y bondad la piel del paciente logra el médico que el cuerpo enfermo se entregue confiadamente a su maniobra exploratoria. Y lo que se dice de la palpación del hígado podría decirse, *mutatis mutandis*, de la obtención de un electrocardiograma o de la punción venosa para investigar la composición del plasma sanguíneo.

Pero si el diagnóstico médico *procede* del amor, sólo como conocimiento técnico *llega a ser* tal diagnóstico. No creo que en la obra escrita de Marañón haya una teoría sistemática del diagnóstico clínico. Un examen atento de su obra permite afirmar, sin embargo, que el juicio diagnóstico era en su mente el armonioso resultado de cinco instancias fundamentales: la clínica *lato sensu*, esto es, el conocimiento de la realidad del enfermo obtenido me-

diante una relación directa o indirecta con ella; el saber anatomopatológico; el saber fisiopatológico; la indagación etiológica y, por fin, los datos que respecto al proceso morboso en cuestión puedan brindar la literatura, el arte y la experiencia extramédica de la vida. En otro lugar, y mediante un análisis detenido del proceder de Marañón en *La edad crítica*, he mostrado cómo nuestro autor supo coordinar unitariamente los materiales procedentes de esas cinco fuentes del conocimiento médico (7). No he de repetir aquí lo que entonces dije. Quiero, en cambio, destacar y glosar brevemente los principios rectores a que en su tarea diagnóstica quiso atenerse el clínico y el tratadista Marañón. Yo diría que esos principios pueden ser reducidos a los cuatro siguientes:

1. Atención preferente del médico a la *individualidad constitucional y biográfica* del enfermo. "La gran corriente de la Medicina moderna —decía en 1934, con motivo de las bodas de plata de su promoción universitaria— nos ha traído el concepto de la supremacía del individuo, que es siempre lo primero: el patrón y el molde a que se ajusta la enfermedad... El problema de cada paciente es, pues, como el producto de dos cantidades, una de valor conocido, que es la enfermedad misma, la tifoídea, la diabetes, lo que sea, y otra de valor eminentemente variable, que es la constitución del organismo agredido por la enfermedad". Los viejos clínicos afirmaban una y otra vez: "No hay enfermedades, sino enfermos"; pero, como certeramente escribe Marañón, tal sentencia "no tenía el valor de una realidad, sino sólo el de una profecía". Sólo desde hace algunos lustros ha comenzado el médico a dar verdadera razón científica de ese incuestionable y antiguo aforismo.

Cometería un grave error quien entendiese desde un punto de vista no más que somático la "constitución" de que Marañón habla ahora. En su mente, la constitución individual tenía un aspecto somático, otro psíquico y otro biográfico. "La enfermedad —nos dice el patólogo en otra página— no es sólo la inflamación o el deterioro de tal o cual órgano, sino todo ese mundo de reacciones nerviosas del sujeto enfermo, que hace que la misma úlcera de estómago, por ejemplo, sea enfermedad completamente distinta en un segador y en un profesor de Filosofía" (*VE*, 60). De ahí la importancia de la historia clínica para el diagnóstico: "Si me dieran a elegir para conocer a un enfermo entre los antecedentes y la exploración, yo elegiría aquéllos; y prefiero un estudiante que recoge con inteligencia y minucia el pasado biológico del paciente recién venido a la consulta que el que, sin más, se aplica a percutirle y auscultarle para definir su estado presente, como si la enfermedad acabase de caerle *encima* desde otro planeta". Y ya al final de su vida, en el discurso de sus bodas de oro con la profesión médica, reiterará su pasada enseñanza y afirmará taxativamente que la historia de cada enfermo debe ser "no sólo clínica, sino biográfica". El menester cognoscitivo del médico es significativamente llamado ahora "conocimiento del enfermo"; el cual "depende, siempre, de un proceso inteligente y cordial en el que el médico ha de ponerse en contacto profundo con el enfermo, hasta llegar al fondo de su personalidad, normal o patológica".

Esta relevante importancia que en la configuración de la enfermedad —y, por tanto, para el diagnóstico— posee la individualidad del enfermo sería, a la postre, la razón principal del altísimo valor que en el ejercicio de la Medicina sigue teniendo y tendrá siempre el buen ojo clínico, del cual Marañón fue un convencido defensor: "La medicina actual —escribió en su ensayo sobre la responsabilidad social del médico— exige, cada día más, erudición vastísima y preparaciones científicas arduas y numerosas. Pero, en lo profesional, el valor del ojo clínico subsiste. El mejor médico es el que reúne las dos cosas, ciencia y penetración. De flaquear una, el éxito será del que posea buen ojo y poca ciencia, y no del sabio, pero miope" (*VE* 110) (8).

Una úlcera de estómago es enfermedad completamente distinta en un segador y en un profesor de Filosofía, nos ha dicho Marañón. Y puesto que su condición de segador o de profesor de Filosofía la revela el enfermo al médico en el coloquio que la exploración clínica necesariamente lleva consigo, tal sentencia indica con gran claridad que el diagnóstico no es tanto un *saber individual* del médico acerca de la afección del paciente que él explora, como un *saber compartido* entre uno y otro en el nivel espiritual establecido por la peculiaridad individual del enfermo. Con su habitual prudencia, Marañón se declaró resuelto enemigo de esa "pedantería cientificista" que en tantos médicos actuales despierta "el afán de informar a sus pacientes de los detalles de su enfermedad, moda —decía— muy americana y, a mi juicio, absolutamente reprobable... Las complicaciones no deben coger nunca de sorpresa al médico; pero sí al enfermo y a sus familiares, salvo casos de muy justificada razón moral" (*MNT*, 43-44). El buen tacto del médico consistirá siempre en moverse con destreza entre esos dos contrapuestos imperativos: no dar al paciente excesivos detalles y lograr que el juicio diagnóstico sea un "saber compartido".

En esta múltiple y despierta atención a la peculiaridad individual del paciente tendría su clave y su fundamento, según Marañón, el recto rumbo del ejercicio médico. Sus palabras son terminantes: "Se pierde el recto rumbo en la Medicina cuando sus servidores —llámense sistemas fisiológicos, o criterios morfológicos o etiológicos, técnicas de investigación —se convierten, de esclavos, en tiranos" (*VE*, 54). El clínico que, dominando con eficacia los diversos saberes técnicos, sepa así situarse frente a la persona del enfermo será, si se me permite la expresión, *señor del diagnóstico*. Y si procede de otro modo quedará cognoscitivamente subyugado por una u otra de las técnicas que maneja; no será "señor" de su juicio, sino "esclavo" de alguno de los expedientes a que éste debe recurrir.

2. Atribución de una importancia eminente a la *etiología* del proceso morboso diagnosticado. "Se diagnostica la enfermedad —escribió Marañón— para curarla; pero en la prolija y elegante metódica con que diagnosticaban los grandes maestros del comienzo de siglo, que nosotros hemos conocido todavía, había un virtuosismo que pudiéramos llamar narcisista y, por tanto, en cierto modo infecundo. Hoy lo que interesa de cada enfermo es la etiología, a la

cual se puede llegar muchas veces sin exploraciones complicadas" (*MNT*, 123).

Más que el virtuosismo diagnóstico, a Marañón le interesa la eficacia terapéutica. Aquél será necesario para indagar lo nuevo, mas no para confirmar *in anima nobili* lo ya sabido y consabido, y menos aún para hacer del paciente sufrido material pasivo de un experimento de física o psicología recreativas. ¿Qué se adelantaría, por ejemplo, una vez demostrada radiográficamente la existencia de una lesión cavitaria en un pulmón tuberculoso, comprobando que en el tórax de ese paciente se producen —o demostrando que no se producen— los fenómenos sonoros de Wintrich, Williams y Gerhardt? "Por muy humanistas que seamos —decía sin empacho el humanista Marañón—, debemos confesar que si, por ejemplo, en presencia de un enfermo que presenta un cuadro complejo de trastornos nerviosos y psíquicos averiguamos con absoluta certeza, por una reacción serológica, que es un sifilítico y le tratamos como tal y le curamos de sus molestias, sobra todo lo demás" (*MNT*, 124). Fácilmente se comprende ahora que el libro en que culmina el empeño didáctico de Marañón lleve este título: *Diagnóstico etiológico*.

3. Sensibilidad intelectual y cordial para el momento social del diagnóstico. Hácese "social" el juicio diagnóstico, cuando el médico sabe tener en cuenta el papel que la convivencia haya podido desempeñar en la génesis y en la configuración del proceso morboso diagnosticado, y cuando concede la debida importancia al modo de vivir propio del grupo humano —clase, nación, ciudad, familia, etc.— a que el enfermo pertenece. He aquí un texto bien expresivo de la "conciencia social" del clínico y el español Gregorio Marañón: "Recordemos tantas y tantas pobres mujeres de los pueblos de Castilla... que pasan por las consultas del hospital avejentadas en tales términos que muchas veces hemos hecho la experiencia de calcular su edad antes de preguntársela, resultando quizá con diez, quince años menos de la que se les suponía. Sin duda, la enorme diferencia física que existe entre una de estas desgraciadas y la frescura juvenil que paralelamente a su función sexual logran conservar hasta edades avanzadas otras mujeres de medios económicos abundantes, está sobradamente explicada por la enorme diferencia que separa la existencia miserable de las primeras, azotadas de un modo bárbaro por la vida, y las que suelen concentrar toda su actividad en el culto de su persona, porque se lo permite el ambiente económico en que viven y también, casi siempre, la absoluta carencia de inquietudes interiores" (9).

4. Permanente apertura de la mente del médico al descubrimiento y la intelección de lo nuevo. Cada enfermedad debe aparecer a la mirada del clínico, según literal expresión del que ahora estudiamos, como un "experimento fisiopatológico", en el cual, siendo, por supuesto, tan importante la técnica de la exploración, no es ella lo verdaderamente esencial, sino "el planteamiento, que es donde palpita el poder creador" (*VE*, 52).

Ahora bien: esa consideración diagnóstica del proceso morboso como un "experimento fisiopatológico" no sería posible si en el ojo

y en la mente del clínico no latiese con fuerza un permanente afán de descubrir y entender todo lo nuevo que presenta el caso estudiado; el cual, conviene decirlo, nunca dejará de ser un caso real y verdaderamente "nuevo", porque, como sabemos, "no hay enfermedades, sino enfermos". Para un médico exigente no puede haber un diagnóstico medianamente satisfactorio que no sea a la vez, en el sentido más originario y auténtico de la palabra, un verdadero "trabajo de investigación". El médico genuino —dice Marañón en otro de sus ensayos— debe "ver con ojos de investigador lo que la naturaleza, en forma de dolor, le presenta" (*MNT*, 72). Y esta es en definitiva la razón por la cual, según nuestro gran patólogo, debieran ser eliminados de sus puestos todos los profesores universitarios y todos los médicos de sala de un hospital bien dotado que a los dos años de ocuparlos no hubiesen publicado alguna contribución original, siquiera fuese mínima, al conocimiento científico de un aspecto o una parcela de la patología (10).

Fundamento real de este grave y permanente deber del clínico es la constitutiva interminación del saber humano; en nuestro caso, del saber científico acerca de la realidad del enfermo. Así fue ayer, cuando los médicos sabían mucho menos que nosotros; así es hoy, cuando tanta y tan profunda parece ser la ciencia de los corifeos de la Medicina, y así será mañana, por muy espectaculares que entonces lleguen a ser los progresos de la investigación biológica. Avida y humilde apertura, pues, a la percepción constante de lo nuevo; mas no sólo en las páginas de las revistas, donde la novedad clínica tantas veces halla panteón en lugar de cuna, sino, sobre todo, en la individual, concreta y viviente realidad del enfermo, siempre pasmosa para quien con ojos limpios y sensibles sepa contemplarla. Lo cual, bien considerado, no es sino la manera efectiva de convertir en conocimiento técnico —en "diagnóstico"— el amor a la persona de carne y hueso que ante el médico, de manera a la vez "específica" y "propia", como tuberculoso o como diabético, por una parte, como incomparable y singularísimo Juan Pérez, por otra, busca ayuda para salir de su enfermedad.

III

EL TRATAMIENTO

El *tratamiento*, momento operativo de la relación entre el médico y el enfermo, debe ser por aquél practicado y entendido —de otro modo padecería vicio de origen— como la conversión en ayuda técnica del amor pretécnico del terapeuta al paciente. La actividad conjunta del enfermo y el médico no debe agotarse en la operación cognoscitiva a que damos el nombre de "diagnóstico". Lo que en esa actividad es conocimiento debe siempre ordenarse 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 demasiado 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 y ordenar ésta en varios asertos de carácter general:

1. En la relación del enfermo con el médico todas las actitudes y todas las acciones de aquél tienen, para bien o para mal, alguna importancia terapéutica. Ni siquiera es necesaria la presencia física del médico para que esto sea cierto. Presente o ausente, sin él saberlo, a veces, el médico nunca deja de actuar sobre el enfermo.

2. En su relación con el enfermo, y hasta cuando cree que su actividad es sólo diagnóstica, toda operación del médico tiene, para bien o para mal, alguna significación terapéutica. En el curso real de la relación entre el médico y el enfermo no hay actos "exclusivamente" diagnósticos y actos "exclusivamente" terapéuticos. Para el médico, percutir el tórax de un enfermo es, por supuesto, conocer con precisión mayor o menor algo de lo que dentro de ese tórax hay, más también es estar ganando —o perdiendo— la confianza de la persona a quien ese tórax pertenece; inyectar estrofantina en las venas de un cardíaco 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 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.

3. Debe verse el tratamiento, en consecuencia, como la expresión operativa de la vinculación personal cuasi-diádica, que en cierto modo es la relación entre el médico y el enfermo. 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; es, según la fórmula feliz de Viktor von Weizsaecker, "camaradería itinerante" (*Weggenossenschaft*), empresa en que dos hombres, el médico y el enfermo, como tales hombres colaboran. Tanto como "paciente", tanto como ejecutor disciplinado de la prescripción y como pasivo beneficiario —o como 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 decisiva importancia de la relación médico-enfermo 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 la eficacia terapéutica que en otro caso tendría.

4. 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 opondría a esta ampliación de su sentencia—, no concluye con el saludo de despedida de aquél. Dicho de otro modo: la acción de "dar el 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 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", no a diagnosticar la "curación"; y, como vemos, este es empeño que no carece de muy sutiles escollos teóricos y prácticos.

5. Sólo artificialmente aislada de su ineludible contorno social es cuasi-diádica la relación entre el médico y el enfermo; 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 suelen 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 (familia, profesión, amigos, etc.) a que el enfermo pertenezca; 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" aquel 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.

Admitida, a título de esquema orientador, la concepción del tratamiento médico que los párrafos precedentes contienen, no creo ilícito ordenar las líneas fundamentales del pensamiento terapéutico de Marañón —terapéutico y no meramente farmacológico— en torno a dos proposiciones, relativa una al papel del médico y del enfermo en el cumplimiento de la relación terapéutica, y tocante la otra al alcance real de la actividad sanadora que el médico ejercita.

Proposición primera: *el tratamiento es un acto de colaboración entre el médico y el enfermo.* Como Viktor von Weizsaecker, Marañón pensó que la relación terapéutica es siempre "camaradería itinerante", empresa bipersonal —en último extremo, social—, en la cual colaboran con deliberación y eficacia variables el terapeuta y el paciente. ¿Qué es lo que en esa empresa ponen uno y otro, según las enseñanzas del clínico español?

El médico debe poner, ante todo, su buena voluntad, su amor de donación a quien necesita ayuda. Mas para que la actividad terapéutica del médico logre su eficacia máxima, esa operante buena voluntad suya respecto del enfermo tiene que ser muchas cosas. Por lo menos, éstas:

a) Ciencia y técnica. Sin ellas, el terapeuta no pasaría de ser un curandero disfrazado de médico. "Los médicos —escribe Marañón, tan devoto del saber científico como enemigo de la jactancia cientificista— tenemos, para curar, un arma fija, que es la ciencia, arma cada vez más poderosa" (*VE*, 58). La experiencia inolvidable de quien en 1909 vio nacer, junto a Ehrlich, la primera "bala mágica" de la quimioterapia moderna —el 606—, está operando en el seno de esas palabras de Marañón, tanto más ciertas cuando más tiempo pasa.

b) Sugestión, consciente y deliberada unas veces, inconsciente las más. Sólo con el arma de la ciencia, léese a continuación de las líneas últimamente transcritas, "la utilidad de nuestra actuación se reduciría a términos casi miserables. Mas, en torno de esta eficacia segura y controlable, en torno de nuestras recetas de efecto matemático, actuamos sobre el hombre dolorido por la vía invisible e imponderable de la sugestión. Y, como tantas veces he dicho, no de la sugestión intencionada, que entonces es arma burda, utilizable sólo para insensatos y por profesionales sospechosos, sino de la sugestión inconsciente, de la que hemos llamado *bilateral*, porque de ella participa, sin darse cuenta, tanto como el enfermo que la recibe, el doctor que la aplica" (*VE*, 58) (11). Y en otro escrito: "Una buena moral es casi siempre la mejor medicina, y a veces la única que nos es dable recetar" (*MNT*, 48-49).

Me parece muy útil y fecunda esa idea de una "sugestión bilateral". Con ella se instala Marañón, en cuanto internista, y desde una personal intuición de su propia experiencia, en lo más indiscutible, fecundo y entrañable que acerca del fenómeno de la "transferencia" —entendido como momento constitutivo del tratamiento médico— vienen diciéndonos estos últimos lustros los analistas de la relación mé-

dico-enfermo. Para Marañón, el supuesto básico de esa mutua operación sugestiva sería la fe del médico en la Medicina: "Y puede suceder —escribe— que, en definitiva, el jarabe o la inyección no sirvan para casi nada y, sin embargo, mi fe, transmitida, sin yo saberlo, a mi enfermo, sea bastante para curarle: para curarle de verdad" (*VE*, 85).

Llama Marañón "eficacia bruta" de un remedio a la que permiten atribuir a éste los datos que sobre él pueden leerse en los tratados de Farmacología y de Terapéutica clínica. Es, apenas parece necesario subrayarlo, una eficacia meramente conjetural, al menos cuando se la considera desde el punto de vista del tratamiento que va a emprenderse en la persona de un paciente determinado: el médico, en efecto, formula sus prescripciones conjeturando que acaso en su intento terapéutico se cumpla lo que respecto del remedio en cuestión le han enseñado los libros. Pero frente a esa hipotética "eficacia bruta", tan calculable en apariencia, hay siempre una "eficacia neta", resultante de la definitiva modulación de aquélla por obra de la sugestión positiva o negativa, potenciadora o inhibidora, que el médico, el remedio y el acto terapéutico conjuntamente ejercitan sobre el enfermo. Muy terminantemente lo dice Marañón: "Si entre la receta, la más simple, la de un jarabe para la tos, y la mente que lo prescribe no hay un pequeño mundo de información de lo que es el hombre y el hombre que receta, el jarabe calmará la tos menos eficazmente que si ese mundo existe" (12). Los experimentos terapéuticos, hoy tan frecuentes, con "placebos", ratifican de la manera más rotunda esta idea de Marañón, sobre la cual tanto debieran meditar todos los médicos que no se conformen recetando como farmacólogos repetidores, y aspiren a ser verdaderos terapeutas.

c) Crítica. El amor terapéutico del médico al enfermo no será verdaderamente "técnico", en el sentido más noble y antiguo de esta palabra, si no lleva en su seno una despierta exigencia crítica; la cual debe aplicarse ante todo, según las enseñanzas de Marañón, a la recta y lúcida intelección de la acción curativa lograda. "Curar, que es siempre un quehacer tan excelso —escribe—, puede no ser un quehacer científico. Por el contrario, por razón de todas esas nobles sugestiones, puede ser la forma más anticientífica de la apariencia de verdad. Por ello, cada médico ha de llevar consigo un freno permanente a su generosidad profesional, que es, repito, la crítica científica" (*MNT*, 133). Esa tan necesaria crítica intelectual de todo lo que en el tratamiento médico parece ser "anticientífico", va elaborando, añado yo, el capítulo terapéutico de una naciente "nueva ciencia", la Antropología médica, cualitativamente superior a la Fisiología que ha informado el saber patológico de la segunda mitad del siglo XIX y los primeros lustros del XX.

d) Consideración, delicada consideración de la realidad y la peculiaridad personales del enfermo tratado. Cabe decir, utilizando el sentido popular de estas dos palabras, que, frente a su paciente, el médico debe ser a la vez "considerador" y "considerado": debe considerar atentamente el alma y el cuerpo de aquél y, a la vez, tener exquisita consideración con uno y otra. El mandamiento de "tratar

a los enfermos como si fueran caballeros de la Tabla Redonda" es el primero que el maestro de clínica debe enseñar a sus discípulos (13).

El modo más elemental de esa inexcusable consideración es, por supuesto, la cortesía esencial y no aprendida en que la verdadera caridad se desgrana. "Calderilla de la caridad", ha sido llamada más de una vez la amabilidad menuda y cortés de quien habitualmente sabe amar a sus prójimos. Así lo entiende el médico Marañón: "Sentiría más que saliese de mi lado un médico poco cortés con sus pacientes que ignorante de los síntomas de la fiebre tifoídea o de la acromegalia", dice textualmente, a continuación del mandamiento anterior.

La consideración del médico debe ser, sin embargo, algo más que amable cortesía. Será en ciertos casos atención complaciente a los gustos del enfermo: "Yo no digo que calquéis vuestros planes sobre el gusto de los enfermos; pero tened siempre en cuenta sus gustos, aun los que más arbitrarios parezcan. El gusto encierra casi siempre un instinto certero. Y, además, el dar gusto al que sufre es, siempre que se pueda, esencial" (*MNT*, 70). Consistirá otras veces en una prudente protección de las enfermedades biológicamente útiles: "La idea de que la enfermedad es, siempre, un enemigo que debemos, siempre, aniquilar, pertenece al pasado. Un cierto grado de enfermedad es, a veces, el único modo de prolongar la vida. En otras palabras, hay *enfermedades respetables*, es decir, enfermedades que con toda cautela y medida, se deben mantener" (*MNT*, 40). Adoptará en otras ocasiones la forma de una defensa previsora del enfermo contra sí mismo, cuando es desordenada su fe en el progreso científico: "El médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y, por muy lleno que esté de entusiasmo por la ciencia, ha de estar siempre dispuesto a adoptar la paradójica postura de defender al individuo cuya salud se le ha confiado, frente al mismo progreso científico" (*MNT*, 143). Obligará, en fin, y no sólo a impulsos de la compasión, mas también con miras a la eficacia terapéutica, a ocultar la verdad al enfermo, tantas veces sediento de que piadosamente se le engañe: "El médico, pues —digámoslo heroicamente—, debe mentir. Y no sólo por caridad, sino por servicio a la salud. ¡Cuántas veces una inexactitud, deliberadamente imbuída en la mente del enfermo, la beneficia más que todas las drogas de la Farmacopea! El médico de experiencia sabe incluso diagnosticar una particular dolencia: la del enfermo *sediento de mentira*, el que sufre el tormento de la verdad que sabe, y pide, sin saberlo, y a veces deliberadamente, que se le arranque y se le sustituya por una ficción" (*VE*, 74-75). La medicina moderna, hemos oído decir a Marañón, ha descubierto "la supremacía del individuo, que es siempre lo primero"; y tan gran verdad, inexcusable en orden al diagnósitco, es todavía más inexcusable y urgente a la hora del tratamiento. No creo que tenga otro sentido esta resuelta y atenta "consideración" de la realidad personal del enfermo; el cual, así tratado, deja de ser mero "objeto pasivo" de la operación terapéutica, y sin pretenderlo se eleva a la condición de "co-actor" o "con-sujeto" de ella.

Tal condición se hará todavía más patente examinando lo que el enfermo por sí mismo pone —mejor dicho: debe poner— en ese acto de colaboración que es el tratamiento. Una lectura detenida de los escritos médicos de Marañón permite destacar en la colaboración terapéutica del enfermo dos momentos principales:

a) Deseo de curación. Sin él —a veces no existe o es muy tenue—, las posibilidades sanadoras del médico quedan extraordinariamente mermadas. Nada ayuda tanto al logro de un buen éxito terapéutico como el "hambre de salud" del enfermo; pero conviene tener muy presente que el deseo de curación no equivale, sin más, a la impaciencia nerviosa frente al dolor, y que ésta, tan evidente en nuestros días, puede ser y es con frecuencia desmedida y perturbadora: "La actitud religiosa de conformidad ante el dolor —decía hace algunos años Marañón, sensible vigía de su tiempo— se transforma, visible y crudamente, en una lucha enconada para anularle. En pocos años el hombre ha aprendido a suprimir el dolor de las enfermedades: a operarse cuando es preciso, y la mujer a parir sin darse cuenta; a curar en unos días o en unas horas, gracias a medicamentos o intervenciones quirúrgicas eficacísimos, de enfermedades que antes duraban mucho tiempo o no se curaban nunca. Pero todo este milagro sólo es posible para algunos casos; y el hombre quiere que ocurra en todos sus dolores y todos los días" (*MNT*, 144).

b) Confianza sugestiva. El "hambre de salud" logra su máxima eficacia sanadora cuando se añade a ella una fuerte confianza del paciente en el médico que le está tratando. Sabemos que la sugestión terapéutica es siempre bilateral, del médico sobre el enfermo y del enfermo sobre el médico. Pues bien: así como la capacidad sugestiva del médico tiene el hontanar más importante en su fe en la Medicina, la sugestión que el enfermo, sin él saberlo, ejerce, mana en muy primer término de la confianza que en él hayan suscitado la persona, el saber o el prestigio del terapeuta; o, en el caso más favorable, la armoniosa conjunción de la calidad personal, el saber y el prestigio. Nada potencia tanto nuestras posibilidades de acción, si ésta es de algún modo "social", como la fe que en nosotros hayan puesto los hombres a quienes esa acción nuestra se halla ordenada, y más cuando tal fe es a la vez profunda y manifiesta. Pese a su ineludible apoyo en las verdades y en los recursos de la ciencia natural, el empeño cuasi-diádico que es el tratamiento médico no constituye excepción a la validez de esta regla.

Pero es necesario subrayar, con Marañón, que la confianza del enfermo en la persona y en el saber del médico no debe hallarse, valga la expresión, excesivamente "tecnificada". La creciente divulgación del saber médico y la desaforada propaganda de las casas productoras de medicamentos, ¿no han introducido acaso un motivo de perturbación en la relación entre el terapeuta y el enfermo? Con gran perspicacia lo denunciaba nuestro gran médico en 1925, muchos años antes de que los prospectos anunciadores de vitaminas y antibióticos circulasen de mano en mano: "El médico —escribía entonces— ya no es el personaje un tanto enigmático que ma-

nejaba y distribuía una ciencia misteriosa, sino un simple intermediario entre los remedios conocidos y el dolor del paciente... El médico está a punto de perder su prestigio de experto en la naturaleza del hombre, esto es, su prestigio de artista o, quizá mejor, de artesano del mecanismo nuestro, 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 ella hemos de discurrir" (14). La actitud de Marañón frente a este problema, tan grave hoy, queda bien expresada por la conexión entre la indudable ironía concesiva del "acaso es razonable que sea así" y la deliberada arrogancia del "aunque yo no lo crea ni lo soporte". Que el que no es médico colabore con el médico —que el diagnóstico sea un saber compartido y que en el tratamiento cooperen el terapeuta y el enfermo— es cosa en alguna medida razonable, y hasta de alguna manera necesaria, si el paciente ha de ser visto y tratado de acuerdo con su condición de persona. Pero esa colaboración no debe quitar al terapeuta su inabdicable función rectora. Tanto como "señor del diagnóstico", el médico debe ser "señor del tratamiento"; y no por un necio puntillo de dignidad, sino porque de otro modo no sería terapéuticamente eficaz su relación con el enfermo. Como pronto veremos, éste debe mostrar su condición personal y libre, no por la vía de la discusión, sino por el camino de la obediencia. Un enfermo que de veras aspire a la salud y no se sienta capaz de obedecer al médico que le atiende, debe apresurarse a buscar otro.

La segunda de las dos proposiciones en que, como dije, puede ser cifrado el pensamiento terapéutico de Marañón, reza así: *el saber terapéutico del médico es constitutivamente limitado e inexacto.* La Medicina padece una "irremediable limitación", enseña Marañón en su crítica del dogmatismo médico (*MNT*, 28). La Medicina —había escrito años antes— es "una ciencia inexacta" (*VE*, 104). Lo es muy sensiblemente hoy, porque todavía está en los comienzos de su evolución propiamente científica; mas no parece profecía ilícita afirmar que lo será siempre, porque siempre será personal y libre la peculiar realidad a que el quehacer del médico se halla ordenado: la viviente realidad de un hombre. Bajo forma de "indeterminación", en el caso de la materia cósmica, bajo forma de "libertad", en el caso de la vida humana, la realidad misma impone que el contacto de nuestra mente con ella sea constitutivamente inexacto, y en esto radican la razón de ser y la justificación de la estadística, en cuanto método de conocimiento y gobierno de lo real.

Sólo a través de la estadística puede ser matemático el saber del médico. Saber *de veras* medicina clínica— con otras palabras: no querer limitarse, ante un enfermo, a decir que padece diabetes y a prescribir la dosis de insulina que señale cualquier prontuario terapéutico— consiste en proceder por conjeturas. El médico que no lo ve así acaba haciéndose "dogmático", para decirlo con la palabra de Marañón; y acaso sin mala intención, con intención pura-

mente terapéutica, actúa frente al enfermo con la pretensión de ser "déspota" de la naturaleza de éste. Tal ha sido la meta de todos los dogmatismos teoréticos que a lo largo de los siglos han inventado los doctrinarios de la medicina: el metodismo antiguo, la iatromecánica, el brownismo y la tecnificación científico-natural del diagnóstico y del tratamiento. Sin cierta dosis de sabio, prudente y confiado escepticismo —más sencillamente, sin cierta dosis de humildad—, ni el médico puede ser buen médico, ni el enfermo puede aspirar a que su tratamiento sea máximamente eficaz. Estamos, en suma —advierte Marañón— en el trance de pedir a los médicos y a los no médicos una dosis prudente de escepticismo, de crítica de los progresos humanos, y una dosis generosa de fe en la sabiduría inescrutable de la Naturaleza" (*MNT*, 20).

Después de la profunda lección que nos está dando a todos la experimentación clínica con "placebos", ¿quién negará que la certidumbre del terapeuta tiene que ser estadística, cuando adopta forma de tesis general —por ejemplo: "la atropina es midriática"—, y conjetural, cuando se refiere al tratamiento de un enfermo determinado? En la experimentación biológica, sólo en lo relativo a los efectos mortales de las acciones exteriores puede haber certidumbres absolutas. Cabe afirmar que un tiro en la nuca es "mortal de necesidad", y no es parvo el uso que de esta verdad ha hecho la represión política de nuestro siglo; nunca podrá decirse, en cambio, que sea "curativo por necesidad" el empleo del fármaco mejor elegido o del régimen dietético más escrupulosamente calculado. Y no sólo porque el enfermo es un ser viviente, como lo sean el perro o la rana de la experimentación, sino también —en ocasiones, ante todo— porque es un ser personal. Lo cual plantea inexorablemente al médico dos graves cuestiones: la cuestión técnica de los límites del saber diagnóstico y terapéutico, y la cuestión práctica de lo que él puede y debe hacer cuando, frente a un enfermo de carne y hueso, descubre que su saber técnico no le permite "hacer más".

IV

EL AMOR POST-TECNICO

Desde un punto de vista puramente técnico, la relación entre el médico y el enfermo debe terminar con arreglo a una de estas tres fórmulas típicas: el "alta", el "desahucio" y el "certificado de defunción". El hombre verdaderamente humano, el médico resuelto a no olvidar ante sus enfermos que estos son hombres y que él también lo es, ¿podrá conformarse ateniéndose escuetamente a la conducta que esas tres expresiones designan y circunscriben? Dicho de otro modo: ¿debe el médico ser mero técnico, simple ejecutor de los expedientes y recursos que para diagnosticar y tratar la enfermedad le enseñan los libros de Medicina al uso?

La respuesta de Marañón es abiertamente negativa. La Medicina no sería lo que realmente debe ser si el médico y el enfermo no estuviesen generosamente dispuestos a moverse más allá de los límites que la técnica ofrece hoy y pueda ofrecer mañana. Como

conclusión y culminación de esta reflexión conmemorativa estudiemos, pues, el pensamiento marañoniano acerca de ese doble deber de trascender las fronteras de la pura técnica.

Frente al enfermo, el médico se halla constantemente obligado, si aspira a cierta perfección personal en el cumplimiento de su oficio, a la práctica de un *amor post-técnico*. Las palabras con que Marañón declara este mandamiento son tan hermosas como terminantes: "Sólo se es dignamente médico 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 pueda llegar el saber, llega siempre el amor" (15).

Es posible ordenar las operaciones terapéuticas, según esto, distinguiendo en ellas tres niveles distintos. El nivel inferior es el de "la cura elemental, en que la caridad prevalece sobre la ciencia" (*ibidem*). Hállase constituído el segundo nivel por los tratamientos en que la técnica, a fuerza de complicación, no deja ver fácilmente el amor sobre que se funda y de que procede. Tal es el caso de una intervención quirúrgica importante, de un tratamiento fisioterápico o de una cura psicoterápica "técnicamente" elaborada. Viene, en fin, el nivel supremo del amor post-técnico, mediante el cual el buen médico suple las deficiencias de su propio saber. Por grandes que sean los progresos de la investigación terapéutica, escribe Marañón, "la ciencia del médico seguirá siendo una ciencia embrionaria, llena de lagunas y de inexactitudes. Y éstas sólo se pueden disimular con amor" (*VE*, 119).

Mas también el enfermo debe saber moverse allende la técnica, cuando esto sea necesario. Y lo hará —vieja y mil veces olvidada lección— aceptando resignadamente en su vida el dolor inevitable. ¿Acaso la enfermedad, por el hecho mismo de existir, no lleva consigo, en una u otra forma, el dolor? ¿Acaso los recursos terapéuticos con que el dolor es suprimido no son por sí mismos, en tantos casos, sensiblemente dolorosos?

La paciente aceptación del dolor inevitable no es sólo una regla moral y ascética; es también un sutil precepto terapéutico, cuya importancia no escapó a la perspicacia clínica de Gregorio Marañón. "El enfermo que no sabe ser *paciente* —escribió— disminuye sus posibilidades de curarse... El saber sufrir, el sufrimiento bien administrado, es también medicina... Obedecer es empezar a curarse" (16). El enfermo incapaz de obedecer a su médico, decía yo antes, debe apresurarse a buscar otro; y si al fin resulta que no es capaz de obedecer a ninguno, lo más probable será que nunca pueda lograr plenamente la salud.

Pero la aceptación resignada del dolor posee, además de esa evidente importancia terapéutica, una profunda significación metafísica y religiosa, sólo perceptible por quienes creyentemente piensan que el sufrimiento no merecido no es "absurdo", como hoy afirman algunos pensadores, sino "misterioso"; en definitiva, que el dolor tiene un sentido positivo, secreto y conjeturable dentro de la total economía de la vida humana. "Quien no hubiera sufrido, poco o mucho, no tendría conciencia de sí", escribió don Miguel de

Unamuno. "En cuanto manantial de vida nueva y origen de nuestra perfección moral", añade Marañón, el sufrimiento del hombre "tiene un valor divino; y como la perfección moral tiene su fórmula suprema en el amor a los demás, y el bien que deseamos a los demás es ansia de que no sufran, el que sufre con alegría está gestando el que no sufran los otros hombres".

Y sigue diciendo nuestro gran médico humanista, movida su mente por una imaginación de la mejor ley: "Es muy posible que en ese mundo de las generaciones que se suceden y no mueren, sino que viven, compendiadas las que pasaron en las que están viviendo, en ese mundo que queremos explicar con nuestros pobres sistemas filosóficos y cuyo sentido verdadero sólo conoce Dios, es posible que ocurran cosas tan extrañas como el que el hallazgo de una droga que suprime una jaqueca o la intuición de un acto quirúrgico que alivia un sufrimiento intolerable, no sean otra cosa que la lejana respuesta, plasmada ya en hechos tangibles en el gran alambique del tiempo, a unas horas de arrebato de un San Juan de la Cruz, cuando se complacía en sufrir, en apariencia por la fruición de sufrir, pero, en realidad, para comprender mejor el dolor de los demás" (*VE*, 132-133). Con estas palabras, el médico se ha hecho más—que—médico, para decirlo con la feliz expresión de Werner Leibbrand. Más allá de la ciencia y la técnica, el espíritu emprende su vuelo dentro de un ámbito sólo accesible al hombre con ayuda de la fe, la esperanza y el amor.

V

EL LEGADO ESPIRITUAL DE MARAÑON

Tal es, en rápida sinopsis, el modo como Gregorio Marañón sintió y entendió la relación entre el médico y el enfermo. En rápida sinopsis, porque sin duda es posible decir bastante más acerca del tema. Bastante más, desde luego, dijo él. Desde sus años de alumno interno hasta su muerte vivió este gran clínico ávida y fecundamente abierto a la lección inagotable que para el verdadero médico es la realidad del enfermo. "Soy —escribía en 1951 a un benemérito comentarista de su vida— un naturalista cuyo único mérito reside en que, a pesar de los años, está todavía en la luna de miel de su amor a las cosas". Y entre ellas, añadiremos nosotros, la singularísima "cosa" con que el médico todos los días se encuentra: el hombre enfermo. "Perenne luna de miel del amor al enfermo". Pienso que en esta humilde y sublime consigna habría visto Gregorio Marañón, grande y nobilísimo médico, la mejor expresión de su legado espiritual a los médicos de su lengua y del mundo futuro.

NOTAS

1. *Vocación y ética*, ed. de la Colección Austral, página 52 (en lo sucesivo, (*VE*). Refiérese ahora Marañón, como es obvio, a las técnicas instrumentales y de laboratorio, no a las que el clínico debe ejecutar por sí mismo: percusión, auscultación, etc.
2. Acerca del tema de la seducción personal y de la relación entre ésta y la relación médico-enfermo, véase J. Rof Carballo, "El problema del seductor en Kierkegaard, Proust y Rilke", *Cuadernos Hispanoamericanos*, núms. 102 y 103, 1958.
3. "Crítica de la medicina dogmática", en *La Medicina y nuestro tiempo*, ed. de la Colección Austral, pág. 23 (en lo sucesivo, *MNT*).
4. No niega Marañón, naturalmente, el indiscutible derecho del médico a obtener de su actividad una remuneración decorosa, y afirma taxativamente que debe lograr mayor beneficio económico quien en su ejercicio profesional sea más capaz y dedicado; sostiene tan sólo que el afán de lucro *no debe ser* —y en el caso del verdadero médico, *no es*— el motivo primario de la actividad médica. Penoso resulta reconocer que esta norma es hoy frecuentísimamente incumplida: entre los principiantes, por el imperativo, opresoramente sentido en tantas ocasiones, de "ganar lo necesario"; entre los consagrados, por la sed hidrópica de "ganar más" (más que el año anterior, más que "el otro"). Quien así procede es con frecuencia un "médico-triunfador". ¿Es, puede ser a la vez un "buen médico"? Marañón creía que no, y yo estoy con él. Y con él estarán todos cuantos sepan ver con cierta lucidez la realidad que en muchos casos ocultan las densas cortinas del brillo social y la pública propaganda.
5. "Prólogo" a la *Antología de trabajos científicos* de Antonio García Tapia (Madrid, 1945).
6. Entre ellos, muy expresamente, los doctores Pardo Urdapilleta, Jimena y Martínez Fornés.
7. El lector a quien interese el tema puede verlo expuesto en mi trabajo "Gregorio Marañón", recogido en el libro *Ocio y trabajo* (Madrid, 1960).
8. Véase también, a propósito de la importancia del ojo clínico, el "Prólogo" a *Trabajos del Servicio de Patología Médica del profesor Marañón*, III, Madrid, 1929.
9. *La edad crítica*, 2ª ed. (Madrid, 1924).
10. Conferencia en la Facultad de Medicina de Valencia, el 18 de marzo de 1933.
11. Puede leerse el mismo pensamiento en *Raíz y decoro de España*, 2ª ed. (Madrid, 1941), pág. 65.
12. Reseña del libro *Psicología de la forma*, de David Katz, en el *Boletín del Instituto de Patología Médica*, 1946, vol. I, núm. 7.
13. "Profesión y ética", capítulo de Marañón en el libro colectivo *El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo* (Madrid, Editora Nacional, 1952), página 24.
14. Prólogo a *Los nietos de Hipócrates*, de Félix Herce (Madrid, 1925).
15. Prólogo a la *Antología de trabajos científicos*, de A. García Tapia (Madrid, 1945).
16. "Realidades y errores", en *Gaceta Médica Española*, XXVII (1953), núm. 1.