

Antropología Médica: una Disciplina y un Libro

P. Lain Entralgo

Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

El Profesor Pedro Lain Entralgo, ha publicado un nuevo libro bajo el título **Antropología Médica: una Disciplina y un Libro**. Con motivo de su presentación que tuvo lugar el pasado día 30 de octubre, expuso algo que más allá de la mera exposición de intenciones de lo que aspira a ser el propio libro, constituye, por sí mismo, un trabajo muy elaborado, de extraordinario interés sobre este tema. Nuevos Archivos de la Facultad de Medicina que se honra de tener en el Consejo de Redacción al Profesor Lain Entralgo, tiene el privilegio de poder ofrecer este texto en su integridad.

Con sencillez y con rigor —con resuelta voluntad de una y de otro, al menos— voy a presentar una disciplina y un libro. Una disciplina, porque la antropología médica no figura entre las materias que componen el **currículum** de nuestras Facultades y porque como tal disciplina no ha sido tratada hasta ahora de manera suficientemente complejiva y sistemática. Un libro, también, porque **Antropología médica** —más exactamente, **Antropología médica para clínicos**— es el título del que yo he compuesto y acaba de ser impreso. Me habría sido fácil encontrar amigos, médicos o no, que con autoridad y saber dijieran lo que la lectura de este libro les hubiese sugerido. Es la práctica más habitual en la presentación de libros, y para el autor la más cómoda, incluso la más grata, porque rara vez deja de ser el elogio el tema principal de la presentación. En aras de la claridad y la eficacia, he preferido romper con la costumbre y decir yo mismo, muy directamente: “Esto he querido hacer, esto creo haber hecho con el libro que presento. Ahora, que el lector lo juzgue”.

El saber del médico no es, por supuesto, un saber científico puro, como el del físico y el astrónomo; es “saber diagnosticar” y “saber tratar”; en definitiva, “saber hacer”; pero tal saber exige ineludiblemente la posesión de otros puramente científicos: anatomía y fisiología normales, anatomía y fisiología patológicas, etiología, farmacología. Pues bien: ¿cuál es, cuál debe ser el fundamento de todos los saberes del médico? Un médico exclusivamente atenido al **currículum** de la Facultad en que estudió y al contenido de los libros de texto por él leídos, es seguro que responderá: “La anatomía, la fisiología y la farmacología son para mí las ciencias básicas de la medicina”. Y si le siguen preguntando: “¿Y cuál es el verdadero fundamento de esas ciencias básicas?”, su respuesta tendrá que ser ésta: “Bajo forma de biofísica y bioquímica, ese fundamento lo constituyen dos ciencias puras, la física y la química”.

Veámos un sencillo ejemplo. Ante un enfermo con dolor de costado, fiebre súbita y alta, expectoración

herrumbrosa, matidez de una determinada área torácica y estertores crepitantes en ella, el médico diagnostica sin demora “neumonía lobar”; y con la bien razonable convicción de que el agente causal de la dolencia es el neumococo de Fränkel, prescribe un tratamiento penicilínico que en pocas horas devuelve al paciente la salud y le permite reintegrarse a su vida normal. ¿Qué ha pasado ahí?

“Según los libros en que me he formado —responderá nuestro médico—, lo que ha sucedido es lo siguiente: el grupo terapéuticamente activo de la molécula de penicilina, el ácido 6-aminopenicilánico, impide la biosíntesis del mucopéptido en que la pared celular de la bacteria tiene uno de sus componentes fundamentales y hace imposible, por tanto, la multiplicación bacteriana; con lo cual el neumococo, agente causal de la neumonía lobar, rápidamente sucumbe, y la enfermedad, cumpliendo la vieja regla **sublata causa, tollitur effectus**, desaparece en pocas horas”. Con precisión bioquímica y biofísica mayor o menor, análoga sería la respuesta, **mutatis mutandis**, en el caso de cualquier otra acción patogenética o farmacológica.

Parece evidente, pues, que el verdadero fundamento científico de los saberes médicos se halla constituido por la biofísica y la bioquímica. Ahora bien: la patogénesis de un proceso morboso humano y la acción terapéutica de un fármaco, ¿son **sólo** eso? Esa concepción de la enfermedad y de la curación, ¿permite explicar satisfactoriamente **todo** lo que son la curación y la enfermedad? Entre tantas respuestas posibles, la mía va a ser una rápida consideración del hecho terapéutico a que se da el nombre de “efecto placebo”.

En esencia, ¿qué es el efecto placebo? Es, como todos ustedes saben, el hecho de que la acción terapéutica de un fármaco se hace más intensa cuando el enfermo cree firmemente en su eficacia; hecho objetiva y científicamente demostrable y demostrado, en relación con los procesos morbosos y los fármacos más diversos, desde los estudios farmacológico-clínicos de Gold acerca de la acción terapéutica de las xantinas en la insuficiencia coronaria. Para ser rigurosa, la actual valoración clínica de un medicamento exige tener muy en cuenta la realidad del efecto placebo.

No pretendo exagerar la importancia de él en la práctica médica. La parte que en la acción de un fármaco tiene lo que de ella dicen los tratados de farmacología es, por supuesto, la más importante. La fe en la acción de un medicamento potencia su acción, sí, pero ésta es ante todo la que corresponde a la molécula de su principio activo, glucósido digitálico en la

digital o morfina en el opio. En modo alguno, pues, trato de infravalorar la fundamental importancia de los datos que ofrece la farmacología experimental. Lo único que me propongo es tomar intelectualmente en serio la indudable realidad de la potenciación que el efecto placebo produce en la eficacia terapéutica del medicamento.

Con ella, la frase famosa de Charcot ante las histéricas de la Salpêtrière, **la foi qui guérit**, "la fe que cura", se convierte en principio terapéutico general. No, claro está, porque la fe —fe en el remedio, fe en el médico— cure por sí misma, sino porque ayuda a curar. Pues bien: cualquiera que sea la magnitud del efecto placebo, ¿en qué consiste éste? ¿Cómo debe ser entendida la intensificación de la acción terapéutica a que da lugar? ¿Qué pasa en un organismo humano, sano o enfermo, para que la fe en la eficacia de lo que con él se hace modifique el resultado de la acción? ¿Cómo debe explicarse científicamente el hecho de que la acción de un glucósido digitálico sobre la estructura y la dinámica del corazón sea modificada por la mayor o menor creencia del sujeto en la virtualidad sanadora del medicamento que lo contiene?

Sólo esta respuesta cabe: "No es posible entender recta e integralmente la acción terapéutica de un fármaco, de cualquier fármaco, sólo mediante los datos que proporciona la farmacología experimental; la consideración atenta de tales datos es, desde luego, condición necesaria para la buena intelección de la acción terapéutica, pero no es y no puede ser condición suficiente; la acción terapéutica de un fármaco sobre un organismo humano sólo puede ser recta e integralmente entendida teniendo en cuenta que en la dinámica real de dicho organismo intervienen **a la vez** las propiedades biofísicas y bioquímicas del fármaco empleado —por tanto, lo que acerca de él nos dicen los tratados de farmacología— y el hecho de que el acto de creer modifica de algún modo su reacción a las acciones que sobre él se ejerzan". Con otras palabras: el fundamento del saber terapéutico no es y no puede ser simplemente una farmacodinamia bioquímica comparada y, en la base de ella, una concepción meramente biofísica y bioquímica del organismo humano; ese fundamento tiene que ser un conocimiento de nuestro organismo en el cual se integren unitariamente dos saberes científicos: el que ofrecen la biofísica y la bioquímica y el que concede un estudio riguroso —no sólo psicológico, también neurofisiológico y endocrinológico— de lo que es y lleva consigo el acto de creer; en definitiva, una teoría científica acerca de lo que en su integridad es realmente el organismo humano.

Esa teoría, ¿será el resultado de sumar o combinar una somatología —anatomía y fisiología— y una psicología? No lo pienso así. Pienso, con Zubiri, que la realidad del individuo humano es un sistema unitario a la vez orgánico y psíquico; de tal manera, que en el hombre todo lo orgánico es humanamente psíquico y todo lo psíquico es humanamente orgánico. Por lo cual, volviendo a lo nuestro, la acción terapéutica de un fármaco es un proceso en el cual se funden **unitariamente** la acción bioquímica de sus moléculas y la

acción modificadora —neurofisiológica y endocrinológica; bioquímica, a la postre— de la fe en su eficacia. La realidad humana debe ser científicamente estudiada, es cierto, con arreglo a puntos de vista y métodos harto distintos entre sí, el morfológico, el fisiológico, el psicológico, el sociológico, el etiológico; pero la diversidad de las visiones así obtenidas no excluye la radical unidad de la realidad que en ellas se manifiesta.

Dije antes que para decidir si la biofísica y la bioquímica son o no el verdadero fundamento científico de los saberes médicos —anatomía, fisiología, patología, terapéutica, higiene— iba a elegir una determinada vía, la consideración integral de la acción terapéutica de los fármacos. Igual pude haber optado por otras, como el examen atento de un proceso patogénico o el estudio riguroso de la configuración de un cuadro sintomático. También ellas nos llevarían a la misma conclusión: que el verdadero fundamento de los saberes médicos tiene que ser una teoría de la realidad del hombre en la cual se integren adecuadamente todos los datos que acerca de ella ofrecen las diversas ciencias que la estudian: morfología y fisiología, psicología y sociología, antropología cultural y etiología. Más precisamente: un conocimiento científico del hombre en tanto que sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal, porque estos cinco son los aspectos de la existencia humana con que el médico tiene que habérselas. Tal conocimiento es el tema propio de la antropología médica; tal es, en consecuencia, la materia del libro que hoy les presento.

Con él he querido dar remate sistemático —cuidado: no digo remate satisfactorio— a muchos años de lectura, docencia y meditación. He sido y sigo siendo, a pesar de mi jubilación, docente de historia de la Medicina; y desde que tomé contacto profesional y vocacional con esta disciplina, pronto advertí que el saber histórico-médico puede adquirir valor y sentido por muy distintos caminos. Puede, en efecto, contribuir a la formación intelectual del sanador; puede asimismo cooperar en la cabal edificación de la historia general de un pueblo, de una cultura o de la humanidad entera; puede, en fin, orientarse hacia una concepción integral del saber médico, si la historia es entendida como sistema, según la conocida fórmula de Ortega, y si al historiador le atrae con fuerza la disciplina en que tal saber tiene su fundamento propio: el conocimiento médico del hombre, la antropología médica. Tácita o expresamente, nunca desde entonces he dejado de moverme hacia esa meta. Mis libros de tema directamente antropológico —**La espera y la esperanza, Teoría y realidad del otro, Antropología de la esperanza, Sobre la amistad**—, de uno u otro modo la persiguen; y entre mis libros de tema formalmente médico, tres sobre todo, **La historia clínica, La relación médico-enfermo y El diagnóstico médico**, en mi personal visión de la antropología médica tuvieron su base.

Tal como yo la concibo, una antropología médica primariamente orientada hacia la formación intelectual del clínico, y no hacia la meditación del filósofo, debe tratar tres cuestiones principales: qué es el hombre, en tanto que objeto de conocimiento médico,

qué son la salud y la enfermedad antropológicamente consideradas, qué es el acto médico en sí mismo y según los varios modos en que cobra realidad concreta. Son las tres partes del libro que acaba de ver la luz.

En tanto que objeto de conocimiento médico ¿qué es el hombre? Cualquiera que sea la orientación filosófica de quién se plantee esa pregunta, la consideración meramente descriptiva y comprensiva de la realidad humana nos conduce a una respuesta —a un punto de partida, más bien— formulable en los siguientes términos: “El hombre es un animal caracterizado por una conducta específica, la correspondiente a la condición personal de cada uno de los individuos que constituyen la especie humana, susceptible de ser científicamente estudiada mediante la descripción y la comprensión de la actividad que la produce”; punto de partida que lleva consigo el metódico discernimiento de los dos momentos principales que, sin mengua de su radical unidad, en esa actividad se integran: la estructura y la dinámica. Más precisamente: la estructura de la actividad específica del hombre —estructura que, por supuesto, no es sólo ordenación espacial, morfología— y la dinámica del psicoorganismo humano, tal como en su conjunto se realiza éste.

Como es sabido, el concepto de estructura ha adquirido muy especial relieve en el pensamiento de nuestro siglo. Yo me atengo a la idea de ella propuesta y desarrollada por Zubiri —idea a un tiempo filosófica y científica— y, orientado por ella, veo diferenciarse en la realidad humana hasta siete sistemas estructurales, que denomino operativo, impulsivo, signitivo, cognitivo, expresivo, pretensivo y posesivo, y que describo según los respectivos modos de su actividad. Cualquiera que sea el valor de mis descripciones, tal vez resulte estimable y acaso no carezca de originalidad el intento de unificar sistemáticamente los cuatro aspectos básicos de cada uno de esos modos de la actividad humana: el morfológico, el fisiológico, el psicológico y el sociológico. El sistema estructural de la actividad memorativa, valga su ejemplo ¿no se halla acaso integrado por la neuroanatomía, la neurofisiología, la psicología y la sociología de la memoria?

La dinámica del psicoorganismo humano tiene como figura global y unitaria la biografía, dentro de la cual es posible discernir como subunidades las fases (edades, vidas sucesivas, vidas complementarias), las series típicas (el desarrollo y el proceso), los ciclos, los ritmos y los cambios de estado (paso de la vigilia al sueño y del sueño a la vigilia, del estado de salud al de enfermedad y del estado de enfermedad al de salud, etc.). Según su figura y según su génesis, ¿qué son la biografía, las fases de ella, sus series típicas, los ciclos y los ritmos vitales, los cambios de estado? ¿Cómo en la determinación de un cambio de estado se integran los tres momentos esenciales del cambio humano, el físico-químico, el instintivo y el proyectivo? Sin una respuesta suficiente a esta interrogación, no podrían ser humanamente entendidas la salud y la enfermedad del hombre. A la tarea de obtenerla debe aplicarse, pues, la reflexión de quien as-

pire a entender antropológicamente la medicina, y en ella tiene uno de sus capítulos el libro que hoy presento.

Un paso más. Estructuralmente constituido y dinámicamente realizado, el psicoorganismo humano ofrece a la observación inmediata dos aspectos complementarios, el cuerpo y la intimidad. El cuerpo se nos hace ante todo presente en el de los demás hombres —“cuerpo desde fuera”, de Ortega; “cuerpo-para-otro”, de Sartre; “cuerpo objetivo”, de Merleau-Ponty; el cuerpo que estudian la anatomía y la fisiología—, mas también en el sentimiento del cuerpo propio: “intracuerpo”, de Ortega; “cuerpo-para-mí”, de Sartre; “cuerpo fenoménico”, de Merleau-Ponty. La intimidad, por su parte, se nos patentiza ante todo en nosotros mismos, mediante el ejercicio de la introspección; pero también en la realidad de los demás, mediante la observación comprensiva de los hombres que nos rodean. Visto en los demás y sentido en uno mismo, ¿qué es el cuerpo humano? Percibida en uno mismo y conjeturada en los demás ¿qué es la intimidad? ¿Cómo el cuerpo y la intimidad se articulan unitariamente en la realidad de cada hombre? Preguntas éstas cuya formulación surgirá por necesidad en la mente de todo médico reflexivo —más aún: en la mente de todo hombre preocupado por lo que el hombre es—, y sin cuya respuesta no es posible la construcción intelectual de una medicina real y verdaderamente humana.

El conjunto unitario que forman el cuerpo y la intimidad se realiza, en fin, según los varios modos típicos que permite deslindar la observación científica del ser humano: tipos psicobiológicos o psicoorgánicos (sexo, edad, raza, biotipo), tipos sociológicos e históricos. Moduladas por ellos cobran figura concreta la salud y la enfermedad del hombre. A ellos debe prestar atención, por tanto, toda antropología médica fiel a lo que el adjetivo “médica” imperativamente exige.

Ya sabemos lo que es la realidad del hombre desde el punto de vista que a nosotros nos importa, el médico; y por su carácter meramente descriptivo y comprensivo, nuestro saber acerca de ella puede servir de presupuesto científico a cualquier concepción filosófica de esa realidad. Dejemos, pues, que cada médico articule por su cuenta todo lo hasta ahora dicho con su personal visión transc científica del ser humano —dualista, vitalista, materialista, etc.; explícitamente apoyada en el pensamiento zubiriano, bien patente queda la mía en las páginas de este libro—, y pasemos a los dos temas centrales de la antropología médica, la salud y la enfermedad del hombre.

¿Qué es la salud humana? Mil veces ha sido repetida la definición de la OMS: “La salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de enfermedad”. A mi modo de ver, tal definición es a la vez falsa y utópica, y así creo haberlo demostrado. Por mi parte, estudio la realidad de la salud humana según los tres principales criterios con que puede ser entendida, el objetivo, el subjetivo y el sociocultural, y propongo una concepción de ella material y formalmente humana. Así entendido, tal es el

estado del hombre en tanto que sano y, puesto que la posibilidad de enfermar pertenece por esencia a nuestra naturaleza, en tanto que enfermable.

Más de una vez he dicho que la realidad del hombre es a un tiempo comparable e incomparable; comparable, porque algo tiene de común con la del vegetal y la del animal; incomparable, porque es cualitativamente distinta de una y de otra. De lo cual se sigue que todas las ciencias del hombre deben ser tanto comparadas (anatomía comparada, fisiología comparada, etc.), como singulares (anatomía humana en tanto que humana, fisiología humana en tanto que humana, etc.). Naturalmente, la patología humana no se aparta de esta regla.

¿Hasta dónde debe llegar el concepto de enfermedad, desde el punto de vista de la patología comparada? Por supuesto, hasta la vida animal y la vida vegetal, porque también los animales y las plantas padecen enfermedades. Pero si apuramos la concepción formal de lo que la enfermedad sea, si la vemos como reacción autorreparadora a un accidente lesivo de una estructura material, por fuerza nos veremos obligados a pensar que también se da la enfermedad en las estructuras cristalinas y las estructuras bioides. Hay, pues, enfermedades de las estructuras cristalinas, de las estructuras bioides (cristalinas a veces, como acontece en el virus productor de la enfermedad del tabaco), de las estructuras vegetales, de las estructuras animales y de la estructura humana. Después de haber examinado brevemente la respectiva peculiaridad genérica del enfermar vegetal y del enfermar animal, a la singularidad específica del enfermar humano dedico toda mi atención.

A mi modo de ver, la enfermedad, la reacción autorreparadora a un accidente lesivo, se realiza singularmente en la estructura humana según cuatro rasgos principales: la enfermedad es en el hombre realidad sensible y cognoscible, episodio biográfico, fuente de acción creadora y objeto de apropiación. Porque las dos notas más propias de la singularidad del hombre, la inteligencia como aprehensión de realidad y la libertad de opción y de creación, no son y no pueden ser ajenas a la posibilidad y al hecho de enfermar.

A tales rasgos se atiende la definición de la enfermedad humana que yo propongo: es un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psicoorgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo enfermo y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal). Y, naturalmente, según esos rasgos y esta definición de la enfermedad humana son metódicamente tratados por mí los dos grandes temas de la patología: la nosogénesis (el tránsito del estado de salud al estado de enfermedad) y la configuración del cuadro morboso (la expresión sintomática del estado de enfermedad).

El paso del estado de salud al estado de enfermedad, ¿es una alteración cuantitativa de las formas y

los procesos del organismo (mayor o menor volumen de un órgano, más o menos temperatura, más o menos glucosa en la sangre, etc.), como tendía a afirmar la patología científico-natural, o es una alteración a un tiempo cuantitativa y cualitativa de la total realidad humana? Yo me inclino resueltamente hacia el segundo término del dilema, tanto por las razones de orden bioquímico implícitas en las nociones de "lesión bioquímica" (Peters) y de "enfermedad molecular" (Pauling), como por las que ofrece el análisis psicológico y fenomenológico del "estar enfermo". Tras lo cual, y conforme a los resultados de ese doble examen, estudio antropológicamente los tres conceptos principales para una intelección cabal de la nosogénesis: la "situación nosogenética", integrada por factores de orden constitucional, ambiental, social, histórico y personal, el "vector nosogenético", que según los casos puede ser preponderantemente bioquímico, preponderantemente instintivo y preponderantemente personal, y la "ocasión de la enfermedad", su *kairós*, como diría un griego antiguo, siempre situada entre dos extremos, el puro azar incomprensible (el propio de una fractura ósea consecutiva a un accidente ferroviario) o la oportunidad comprensible (la relación causal entre una crisis biográfica y la enfermedad subsiguiente a ella).

Así entendida la nosogénesis, el estudio de la configuración del cuadro morboso o sintomatización de la enfermedad, una vez transcurrida la inicial y fugaz etapa asintomática de ella, queda desglosado en cinco cuestiones principales: la constitución real del síntoma, según los momentos biofísico y bioquímico, instintivo y personal que en su estructura se integran; la génesis del síntoma, en la cual es preciso discernir, junto a los mecanismos que exponen los textos de fisiopatología, tres modos cardinales de la actividad de la persona (uno **no intencional**, ese en cuya virtud el temblor de los dedos del basedowiano se halla condicionado por la situación en que el enfermo vive, otro **subconscientemente intencional**, cuando el síntoma, por muy orgánica que sea su causa, de alguna manera está sirviendo a los intereses vitales del paciente, y otro **conscientemente intencional**, sobreañadido a los anteriores, que se pone en juego en las exageraciones y en las atenuaciones voluntarias de la intensidad del síntoma que constituyen la **simulatio minor**); la localización del síntoma, el problema de por qué la enfermedad se manifiesta en tal órgano y no en tal otro; la especificación del síntoma, su pertenencia a una u otra especie morbosa; por último, la reacción formalmente personal al estado de enfermedad, el hecho de que el enfermo responda afectiva, interpretativa y operativamente a la dolencia que padece.

Sólo a la luz de todas estas nociones puede ser responsablemente abordado el tema de la filosofía de la enfermedad. Yo lo estudio desde los dos básicos puntos de vista a que hasta hoy ha recurrido la reflexión filosófica acerca de la realidad humana: la enfermedad desde el punto de vista de "lo que es" (el hombre enfermo como realidad objetiva, la experiencia de la enfermedad ajena) y la enfermedad desde el punto de vista de "lo que soy" (el hombre enfermo como reali-

dad subjetiva, la experiencia de la enfermedad propia). Mediante el pensamiento zubiriano, trato de alcanzar la deseable síntesis del uno y del otro.

Mas, para el médico, el hombre enfermo no es una realidad en sí misma; la realidad de hombre enfermo se hace patente al médico en su relación con ella. Lo cual exige que, después de haber contemplado **in abstracto** lo que es la enfermedad humana, la antropología médica deba estudiar lo que para el médico es el hombre enfermo cuando como tal médico le conoce y trata. Bajo el título "El acto médico y sus horizontes", ese tema constituye la tercera parte de mi **Antropología médica**.

Antropológicamente considerada, entendida, por tanto, como relación entre un **homo patiens**, el enfermo, y un **homo medendi peritus**, el médico, la vinculación entre uno y otro puede adoptar varios modos típicos y realizarse en acciones muy distintas; nada más obvio; pero, cualquiera que sea su diversificación, la vinculación entre el médico y el enfermo es siempre un nexo interpersonal y técnico en cuya estructura se entraman cinco momentos real y metódicamente discernibles: el afectivo, el cognoscitivo, el operativo, el ético y el social.

Descartada, por aborrecible e infrecuente, la consideración del enfermo como simple fuente de lucro, el nervio afectivo de la relación médica —existente siempre, porque la relación interhumana nunca es afectivamente neutra— puede cobrar la realidad bajo tres formas cardinales: la objetividad científico-natural, la camaradería médica y la amistad médica. En la primera, el interés del médico por el enfermo es el del hombre de ciencia por la realidad que trata de conocer y el del técnico por la cosa que trata de modificar. En versión pura, rara vez se da, porque, por muy hombre de ciencia que el médico pretenda ser, no deja de ser médico, y el médico no puede ser insensible al dolor y al menester del enfermo a que atiende; pero, por lo que nos cuentan, no poco se aproximó a tal insensibilidad la práctica de alguno de los grandes creadores del método anatomo-clínico y de la mentalidad fisiopatológica. Manifiéstase como camaradería médica la relación entre el sanador y el enfermo cuando aquél entiende la curación y la salud como bienes objetivos que deben ser conquistados mediante la adecuada colaboración de ambos. Es una de las posibilidades de la **Weggenossenschaft** o "camaradería itinerante" de que habló von Weizsäcker y, por supuesto, la pauta a que la ideología de los Estados totalitarios querría reducir la relación médica. Sin excluir lo que de válido tiene la relación de camaradería, porque es en ella en la que se expresa la condición social del hombre, al contrario, asumiéndola en un nivel ética y afectivamente superior, yo pienso que la amistad médica, la relación entre el médico y el enfermo primariamente orientada hacia el bien personal de éste, es la forma óptima del ejercicio de la medicina. En sumarisima sinopsis, así veo yo la variada realización del momento afectivo del acto médico.

La relación médico-enfermo se expresa cognoscitivamente bajo forma de juicio diagnóstico. Un amplio

libro he dedicado yo al estudio de la historia, la actualidad y la teoría del diagnóstico médico, y en él tiene su fundamento cuanto acerca del momento cognoscitivo de la relación médica digo ahora. He aquí la meta principal de mi empeño: asumir en un conocimiento de la persona enferma, en tanto que persona, todo lo que acerca de su realidad psicoorgánica debe el médico conocer, desde la alteración del reflejo patelar o la elevación de la cifra de glucemia hasta la depresión, el orgullo o la desesperación que la enfermedad produzca en el paciente; propósito que no excluye la validez pragmática de tantos y tantos diagnósticos reductivos —por ejemplo, los que sólo se atienen al agente etiológico o a la especie morbosa—, cuando es el bien del enfermo lo que realmente persigue el clínico.

Al momento operativo de la relación médica suele dársele el nombre de "tratamiento"; tema, prácticamente olvidado hoy —suele reducirse a la enumeración de los remedios indicados y a lo que sobre ellos dicen los tratados de farmacología y de terapéutica física— en la habitual formación universitaria del médico. Con rigurosa mentalidad antropológica he procurado yo mostrar a éste lo que en su entera y verdadera realidad es "tratar a un enfermo".

Como todo acto humano, el acto médico es por esencia ético; lleva consigo intenciones y preferencias, y en consecuencia, regido por las estimaciones éticas vigentes en el alma del médico y en la sociedad a que éste pertenece, necesariamente tiene que entrar en la dialéctica de "lo bueno" y "lo malo". Con gran dramatismo y enorme frecuencia lo pone hoy de manifiesto a los ojos del médico el poder de las técnicas a su alcance, y con arrolladora evidencia lo muestra la rápida conversión actual de la vieja deontología médica en la importante disciplina que en todo el mundo va siendo costumbre llamar, al modo norteamericano, bioética. Una breve introducción antropológica a ella pretende ser el capítulo que dedico en mi libro al momento ético de la relación entre el médico y el enfermo.

A la estructura del acto médico pertenece asimismo un momento social. El hombre es social por naturaleza. Sociales son y tienen que ser, por consiguiente, la génesis y el sentimiento de la enfermedad, la configuración del cuadro sintomático, la actitud del médico ante el enfermo, su relación técnica con él y, naturalmente, la asistencia médica. De ahí la necesidad de entender antropológicamente —y de diseñar, por tanto, el fundamento de la sociología médica— el momento social del acto médico, tan desconocido por la medicina oficial en el siglo pasado y tan arrolladoramente notorio en el nuestro.

Afectiva, cognoscitiva, operativa, ética y socialmente constituido ¿hacia qué se orienta el acto médico? ¿Cuáles son sus horizontes? En la actualidad, cuatro: la curación, la conservación de la salud, la muerte y la mejora de la naturaleza humana.

Es chocante, incluso escandaloso, que al médico no se le enseñe con un mínimo rigor lo que es la curación de un enfermo. ¿Qué es la curación? En el caso

del animal, la respuesta es clara: es el tránsito desde la conducta anormal en que se hace patente la enfermedad hasta una conducta específicamente normal del individuo. No son tan simples las cosas en el caso del hombre —sobre todo, cuando la realidad de la curación no es objeto de simple constatación inmediata, cuando su declaración exige un fino juicio diagnóstico—, y así creo haberlo mostrado en mi libro.

La conservación de la salud es el horizonte de la actividad del médico cuando éste no actúa como clínico, sino como sanitario o higienista. Esencialmente conexa con el concepto de salud, tal viene siendo la meta del técnico en medicina, desde la dietética hipocrática y el tratado galénico de **sanitate tuenda** hasta la educación física, la dietética y las vacunaciones actuales. El problema consiste en entender como conservación de la salud humana la actividad del higienista y el sanitario.

¿La muerte, horizonte de la actividad médica? El médico trata de evitarlo; pero bajo forma de posibilidad, tan pronto como la enfermedad se agrava, y de inminencia, cuando el terapeuta se ve impotente frente a la progresiva extinción de la vida, ineludible horizonte de los actos médicos es la muerte del enfermo. Por la frecuencia y la gravedad de las situaciones en que el riesgo y la inminencia de la muerte ponen al médico, hoy más que nunca es preciso enseñar a éste lo que la muerte es; la muerte humana, se entiende. A tal respecto hay que distinguir entre el hecho, el acto y el evento de la muerte. El hecho: lo que realmente sucede en el organismo del hombre en el trance de su defunción. El acto: lo que el moribundo hace cuando siente y piensa que irremisiblemente va a morir pronto. El evento: lo que socialmente acontece como consecuencia de la muerte de un hombre. Todo ello importa al médico, y muy poco acerca de ello se le dice. Sumariamente, mi **Antropología médica** trata de dar respuesta actual a ese grave conjunto de cuestiones.

Como utopía en el siglo pasado, como proyecto y operación en el nuestro, el médico se ha propuesto, además de curar las enfermedades de los enfermos y de conservar la salud de los sanos, mejorar la naturaleza del hombre, hacerle individual y específicamente más apto para realizar la alta y compleja empresa que llamamos "vida humana". Eugenesia, eufenesia e ingeniería genética son los nombres de las principales técnicas a que el hombre actual recurre o se propone recurrir para el logro de ese magno objetivo. ¿Hasta dónde se llegará por el fascinante camino que hacia él se abre? Hace pocos años escribía el biólogo J. Rostand: "Prolongación de la existencia, elección del sexo del hijo, fecundación póstuma, generación sin padre, transformación del sexo, modificación de los caracteres orgánicos antes o después del nacimiento, regulación química del humor y el carácter, genio o virtud por encargo; todo esto aparece desde ahora como hazaña debida o hazaña posible de la ciencia de mañana". Bajo su deliberada ironía estas líneas revelan la inmensa confianza actual en la capacidad del hombre para planear y reformar la naturaleza humana. Todavía va más lejos el ensayista E. Morin. El cual, tras un sumario análisis de los dos procesos

que a su juicio se asocian en la muerte del individuo humano o "muerte sistémica" —por un lado, la "muerte específica", consecutiva a la longevidad programada en el código genético de la especie; por otro, la "muerte cuántica", determinada por la acumulación de desórdenes microfísicos en las células del organismo individual—, imagina la posibilidad de lograr técnicamente una relativa amortabilidad de nuestra especie. Para el neomarxista Edgar Morin, ese sería uno de los más centrales rasgos de la sociedad metahistórica que Marx anunció. Recogiendo una predicción de J. Watson, el genial codescubridor de la doble hélice, escribe, por su parte, el biólogo G.H. Kiefer: "El paso hacia el primer ser humano clonal podría darse pronto, incluso durante la década de los 80, si los problemas técnicos pueden ser resueltos y si la sociedad desea llevar a cabo las investigaciones pertinentes". Tras un somero, pero riguroso análisis de lo que realmente son la salud, el bienestar, la felicidad y la perfección del hombre, a la discusión de tan subyugantes temas dedico las últimas páginas de mi **Antropología médica**.

Esto quise hacer y eso creo haber hecho escribiendo este libro. Para poner término al acto de su presentación, permítanme unas pocas palabras acerca, ya no de lo que quise hacer, sino de cómo he querido hacer lo que hice.

Me propuse en primer término, antes lo apunté, que mi reflexión antropológica se hallase siempre en estrecho contacto con la clínica; el título completo del libro, **Antropología médica para clínicos**, muy claramente lo indica. Mi lejanía del ejercicio de la medicina, la parvedad de mis saberes clínicos ¿me habrán permitido cumplir adecuadamente ese propósito? No lo sé.

He querido por otra parte que mi exposición no fuese ensayística, sino conceptualizadora y sistemática; con meridiana evidencia lo muestra el índice de materias. Sabiendo muy bien que, ante la insondable realidad de las cosas, son y serán siempre insuficientes el concepto y el sistema, ellos deben constituir la meta intelectual de todo el que seriamente se proponga pensar acerca de esa realidad o de cualquiera de sus aspectos parciales. Los conceptos que yo propongo, el sistema con que los ensablo y ordeno ¿son realmente aceptables, serán aquiescentemente aceptados por los clínicos, puesto que a ellos van primordialmente dirigidos? Nueva duda.

En aras de la sencillez, decidí al planear este libro que el aparato erudito fuese en sus páginas mínimo o nulo. "Solo he puesto en ellas —digo en el prólogo— lo que veo, recuerdo y pienso, sabiendo muy bien que dejaré de consignar observaciones y pensamientos ya anteriormente impresos y que, sin advertir que algunos lo han dicho antes, daré por mío algo que en realidad es de otros". ¿He acertado en el cumplimiento de esta decisión? No puedo saberlo.

He tratado, en fin, de que el contenido de mi **Antropología médica** fuese en todo momento doblemente abierto; tanto a las más distintas doctrinas antropológicas y psicológicas —salvo las que por reduccionis-

mo doctrinario lleguen a prescindir de ciertos hechos o a falsear su íntegra realidad—, como a la personal reflexión de los lectores que se decidan a completar por sí mismos lo que en tantas ocasiones, movido por mi constante voluntad de ser conciso y sinóptico, no paso ya de apuntar o sugerir. ¿Tendré esos lectores, predominarán entre ellos los médicos verdaderamente cultos y reflexivos, querrán quienes me lean avanzar personalmente por el espacio que brinda esta doble apertura? Como solía decir un eminente amigo mío, “sólo Dios lo sabe y se lo calla”.

En medio de estas convicciones y estas incertidumbres veo iniciarse el destino social de mi libro. Todavía con algún sol en las bardas de mi vida, le despediré en este trance modificando levemente una conocida sentencia clásica. **Feci quod potui, faciant meliora potentes**, “hice lo que pude, háganlo mejor

los que puedan hacerlo”, dice esa sentencia en su forma original. **Feci quod potui, facient meliora potentes**, “hice lo que pude, y lo harán mejor los que pueden hacerlo”, digo yo, para evitar el alrecllo de jactancia y reto que el empleo del modo subjuntivo —**faciant**— lleva en este caso consigo. Estoy seguro, en efecto, de que entre nosotros y más allá de nuestras fronteras ha de ser cultivada con acierto creciente la disciplina en que el saber y el quehacer del médico tienen su verdadero fundamento intelectual: la antropología médica. Y ahora, bien corrida la propina del vivir que con tan fría objetividad ordinal llamamos “tercera edad”, permítanme que, imitando a Platón y a Ortega, diga yo a este libro mío, cuando está comenzando su pública aventura: “¡A la mar, navecilla! Comienza —¿hasta cuando durará?— mi tercera, mi última navegación”.

Trabajo recibido el 2 Noviembre 1984.

Dirección para petición de separatas: Prof. D. P. Laín Entralgo / Historia de la Medicina / Facultad de Medicina / Universidad Complutense / Madrid.