

Pedro Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo* (Madrid: Revista de Occidente, 1964).

Para que podamos situar con cierta precisión *La relación médico-enfermo* son necesarias unas concisas referencias biográficas del autor. Pedro Laín Entralgo, catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Central, estudió psiquiatría en Viena. «Es el caso, tan frecuente, de médico atraído por el humanismo, que se pasa al mundo del pensamiento y de las letras con el rigor científico de su formación inicial. De este maridaje sale la principal faceta de Pedro Laín, su condición de historiador de la Medicina [...] sin embargo, la importancia, la significación de Pedro Laín y de su obra en la cultura española actual obedece no tanto al valor de su obra científica como a sus trabajos sobre temas culturales, españoles o no [...] El pensamiento de Laín se fundamenta en una concepción católica del mundo y en un entendimiento católico de la cultura, así como en una idea de lo español y de la tradición nacional entendida como continuidad e integración.»¹ Con posterioridad se preocupa por temas filosóficos y antropológicos. Él mismo reconoce esta evolución cuando dice: «Comenzó mi formación intelectual por la Física, siguió la Medicina y ha terminado —¿he terminado?— en la Historia.»² En efecto, no había terminado entonces; le faltaba la Filosofía. Torrente Ballester le incluye en su obra bajo el rótulo de «Ensayo cultural y filosófico».

La relación médico-enfermo se divide en dos partes: la historia de la relación entre el médico y el enfermo, y la teoría de la relación entre el médico y el enfermo. Resulta a la vez fácil y difícil resumir esta obra.

1. Gonzalo Torrente Ballester, *Literatura española contemporánea* (Madrid: Guadarrama, 1964), p. 327.

2. Pedro Laín Entralgo, *La generación del noventa y ocho* (Madrid: Espasa Calpe, 1963); véase la introducción.

Fácil, porque el autor se ciñe, sin salirse de él, a un esquema que aplica a cada una de las etapas históricas que analiza. Difícil, por la cantidad de definiciones, divisiones y distinciones que hace, características, por otra parte, de la metodología filosófica escolástica.

El esquema básico de la relación médico-enfermo que Laín plantea es el siguiente: 1) Fundamento de la relación médica, 2) Diagnóstico o momento cognoscitivo, 3) Tratamiento o momento operativo, y 4) Momento ético-religioso de la relación médica. Vamos a desglosar cada punto aplicándolo a las distintas etapas históricas.

El fundamento de la relación médica consiste en la vinculación inicial médico-enfermo. Tal vinculación posee un fundamento *genérico* en el sentido de que un hombre presta ayuda a otro, con lo que dicho fundamento de la relación médica es fruto del «binomio menester-amor». Ese fundamento genérico se *especifica* en dos direcciones básicas, histórico-social y técnica. Aquella se refiere a las situaciones típicas (históricas y sociales) en que tiene lugar la ayuda a la menesterosidad ajena. Si damos un paso más y designamos al menester como «enfermedad» y a la ayuda como «asistencia médica» tendremos ya la especificación *técnica* del acto de ayuda. Se trata, en definitiva, de indagar por qué el enfermo busca al médico y por qué el médico presta ayuda al enfermo.

El fundamento de la relación médica hipocrática está constituido por la *philia* (amistad) médica. La vinculación entre el médico y el enfermo en la Grecia clásica se establece a través de la amistad que los une a ambos. «El enfermo, dice Platón, es amigo del médico a causa de su enfermedad.» Al lado de esta amistad se da una *philotecnia* (amor al arte de curar, en este caso) por parte del médico. Amistad, filantropía, filotecnia, amor, familiaridad y confianza constituyen el fundamento de la relación médica en la Grecia clásica. En la época del cristianismo primitivo «a través de dificultades diversas, y en virtud de una asunción todavía no bien elaborada, casi por mera yuxtaposición, va constituyéndose el primer galenismo cristiano de la historia» (pág. 120). Persiste el fundamento hipocrático (*philia*), pero teñido de las ideas teológicas cristianas. Esta misma idea de «amistad cristianizada» siguió existiendo en la Edad Media. A partir del siglo XVIII y como fruto de una creciente secularización de la sociedad, la relación médica cambia de estructura debido al avance técnico de las ciencias médicas. Desde otro punto de vista, el enfermo empieza a sentir la necesidad de que se le considere como persona y no como mero objeto de experimentación («conejiillo de indias», se dirá más tarde). Es lo que Laín llama «rebelión del sujeto» (pág. 220), tanto frente al médico como frente a las estructuras sociales que permiten una situación discriminante y negligente con respecto al enfermo.

En términos generales, para Laín, «el diagnóstico médico es, por lo pronto, la configuración de una relación cuasidiádica entre el médico y el enfermo» (pág. 19). A la relación cuasidiádica hay que añadir el componente social para que el diagnóstico sea completo. En el diagnóstico hipocrático había cuatro momentos principales: exploración y descripción de la *katástasis* («aspecto general» del paciente), resolución del dilema sano-enfermo, descubrimiento de la especie a la que pertenece la peculiar «necesidad» del desorden observado, y, finalmente, emisión del diagnóstico individual. En el cristianismo primitivo el diagnóstico tenía en cuenta dos vertientes principales: el diagnóstico técnico-fisiológico (de tipo galénico) y el diagnóstico religioso-personal. En la Edad Media el diagnóstico comprendía una nosotaxia y una nosografía. En la «edad secularizada», se produce una mayor objetivación diagnóstica, debido a que los métodos son cada vez más finos y eficaces, a causa del creciente desarrollo de la ciencia médica.

A la operación noética sigue la «ejecución de los actos propios del *tratamiento*»: fármacos, dietas, psicoterapia, intervención quirúrgica. El tratamiento es «la expresión operativa de la vinculación personal cuasidiádica que en cierto modo es la relación médico-enfermo» (pág. 22). Además, el tratamiento es un acto social por esencia. En la teoría hipocrática del tratamiento había siete principios básicos: 1) para curarse es fundamental «el esfuerzo sanador de la naturaleza del enfermo» (pág. 80); 2) el arte del médico ayuda a la naturaleza; 3) favorecer y no perjudicar al enfermo; 4) «lo contrario es el remedio de lo contrario, pues el arte de curar consiste en añadir y suprimir» (pág. 81); 5) el enfermo debe colaborar con el médico; 6) prudencia terapéutica por parte del médico; y 7) el enfermo debe confiar en el médico. De acuerdo con estos principios se prescribía la dieta, los fármacos o la intervención quirúrgica.

Según Laín, no podemos deducir el tipo de medicina social a través del *Corpus Hippocraticum*. Para ello hay que recurrir a la obra de Platón. Se daba, en la Grecia clásica, un tratamiento diferencial, según se tratara de: esclavos, libres y ricos, y libres y pobres. El principio básico del tratamiento desde el punto de vista cristiano, dice: «Lo que cura es la virtud sanadora del remedio, y éste actúa según las propiedades naturales que Dios, su creador, ha querido concederle» (pág. 124). El cristianismo aporta algunas novedades de cara al tratamiento: de una parte, la condición igualitaria del mismo, y de otra, la valoración terapéutica y moral de la convivencia del dolor. A esto hay que añadir que en la Edad Media, con la introducción de la ciencia greco-arábiga en el occidente europeo, se tecnifica la medicina medieval. Desde el punto de vista social cabe señalarse la existencia de una medicina para pobres y otra para ricos, según tres

niveles: «pobre estamental», artesano y naciente burgués, y poderoso: príncipes, señores feudales, magnates eclesiásticos. Con la secularización de la sociedad y la cultura occidentales (siglos XIX y XX) aparece en los ambientes médicos un fuerte optimismo por cuanto se considera que: 1) no hay enfermedades mortales o incurables «por necesidad»; 2) todas las enfermedades son, en principio, evitables; 3) todo esto se debe al progreso de la técnica. Entiende Laín por secularización el proceso que se ha producido cuando el ser humano occidental moderno «ha querido eliminar de su existencia histórica todo lo que sea o pretenda ser “sobrenatural” o “revelado”» (pág. 197). La asistencia médica en la sociedad secularizada adopta tres formas principales: asistencia hospitalaria (pobres «de solemnidad»); médicos de cabecera (clases medias); y consulta privada en su propio domicilio o en el del médico (alta burguesía, aristocracia).

«Ética por razón de su esencia, ética siempre, la relación médica muestra su eticidad de modos muy diversos. [...] El hecho empírico es que la constitutiva eticidad de la relación médica va adoptando figuras muy diversas a lo largo de la historia [...] y puesto que toda ética descansa sobre una visión religiosa del mundo —aunque ésta sea en ocasiones el ateísmo—, la relación médico-enfermo se hallará siempre más o menos explícitamente arraigada en una determinada posición del espíritu frente al problema último de la religión» (págs. 25 y 26). Según Laín, esta eticidad constituye una constante histórica de la relación médica. Por otra parte, este factor ético ha estado casi hasta nuestro tiempo íntimamente ligado a una concepción religiosa del mundo y de la historia. «La ética de los médicos hipocráticos fue formalmente religiosa» (pág. 93).

Estos principios éticos generales adquieren su concreción histórica de diversos modos. Así, por ejemplo, «el rasgo más central y meritorio de la ética médica hipocrática consistió en aceptar, interpretar y potenciar técnicamente ese instinto de auxilio al semejante enfermo» (pág. 95). También, como es lógico, para el cristianismo primitivo la asistencia al enfermo era un acto fundamentalmente religioso y moral. Uno de los deberes ineludibles del médico de la Edad Media consistía en «advertir al paciente que confiese sus pecados al iniciarse la enfermedad» (pág. 175), llegándose incluso a que este deber religioso se convirtiera en deber político. Poco a poco, según Laín, la relación médica se irá independizando de estos deberes ético-político-religiosos, si bien, añadiríamos nosotros, dichos deberes se van sustituyendo por otros que han venido a reemplazar a los antiguos. Como resumen, señala Laín que el «último fundamento y primera fuente de la ética médica son las creencias del médico y del enfermo acerca de la realidad y del sentido de la existencia humana; en definitiva, las creencias

religiosas de uno y otro, llámense éstas cristianismo, judaísmo, mahometismo, budismo, deísmo o ateísmo» (pág. 456).

Con esto finaliza la primera parte del libro. En la segunda el autor trata de construir una teoría de la relación médica en base a las ideas históricas de la primera parte. Comienza con un capítulo dedicado a la relación médica en el cuadro de las relaciones interhumanas, centrándose en lo que él llama la relación cuasidiádica (consejo, educación y asistencia médica), y en la estructura de la vinculación entre el médico y el enfermo. El segundo capítulo está dedicado a analizar los motivos que han conducido, tanto al médico como al enfermo, al encuentro mutuo. Analiza después la comunicación entre el médico y el enfermo a través de la mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental. Aplica a continuación el esquema de la primera parte relativa a los distintos momentos de la relación médica.

El último capítulo del libro analiza lo que Laín llama la consistencia social de la relación médica. Dicha relación es constitutivamente social y sería objeto de estudio de «una disciplina médica nueva, la sociología médica [...] la cual, claro está, no es toda la medicina, pero constituye —pese a la terquedad de los planes de estudio de nuestras Facultades— una parte esencial de su cuerpo» (pág. 459). A continuación se refiere a tres cuestiones específicas: 1) la consistencia social de la enfermedad individual, 2) la condición social del médico en tanto que médico, y 3) la realidad social de la relación médico-enfermo.

Intentaremos a continuación una breve valoración crítica de algunos aspectos metodológicos y de contenido del libro. Según quedó indicado al principio, Laín Entralgo posee una sólida formación humanística, filosófica, teológica, literaria, histórica y científica. Este hecho queda bien reflejado en el libro que reseñamos. Suele ofrecer buenas introducciones histórico-filosóficas al comienzo de cada capítulo, así como (interesantes, por lo extensas y descriptivas) explicaciones teóricas, a menudo filosóficas o teológicas, otras sociológicas si cabe. A nuestro entender este hecho confiere al libro un carácter enciclopédico, un afán de explicarlo todo racionalmente desde casi todas las perspectivas.

Otro aspecto importante se refiere a que su concepción católica del mundo y su entendimiento católico de la cultura sirven de filtros a la hora de exponer puntos de vista distintos. De ahí que, por ejemplo, al hablar de la relación médica en la sociedad secularizada achaque al ser humano secularizado un (pretendido) afán de sentirse incluso «verdadero Dios»; tacha esta postura de «titánica radicalización». Pero no debemos olvidar que una de las características del verdadero científico es su humildad y su capacidad autocorrectora.

Tampoco se puede olvidar que más que las ideas abstractas de amistad, filantropía y amor ha sido el desarrollo tecnológico el que ha hecho avanzar la medicina. En este sentido, más que una sustantividad la relación médica es una funcionalidad, es decir, los vínculos entre el médico y el enfermo son útiles si funcionan y logran el fin de esta relación, la curación del enfermo.

El título del libro destaca la importancia de los procesos de comunicación en el caso concreto de la relación médica. En el *capítulo 3* de la segunda parte se estudia el tema de la comunicación entre el médico y el enfermo. Se trata de un tema interesante que no queda suficientemente analizado. Se limita a estudiar la mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental. Falta, por ejemplo, un análisis psicológico, no tan filosófico, de la comunicación médico-enfermo, así como de las vicisitudes sociales por las que ha atravesado la relación médica, sobre todo por parte del enfermo. Este análisis llevaría a resaltar más los problemas básicos de la sociología de la medicina, sólo mencionados en el último capítulo del libro. Quizás en épocas pasadas tenía más sentido hablar de la relación médico-enfermo; actualmente y aplicado a nuestra época cada vez tiene menos sentido estudiar este tipo de relación binomial. La relación es más compleja e intervienen en ella la sociedad, la organización de los servicios sanitarios, el médico y el enfermo. Por otra parte, es indudable que los procesos de interacción social se modifican según el tipo de sociedad de que se trate, es decir, en una sociedad más rural o menos desarrollada ese proceso es más binomial que en una sociedad más industrializada.

Un hecho importante que Laín deja traslucir a lo largo del libro es el de la creciente deshumanización de la medicina. En ningún caso debe ser el médico un científico «puro», el «ingeniero de una visión científico-natural de la enfermedad» (pág. 414). Ésta es la respuesta que da a su pregunta sobre si la medicina «debe ser alguna vez pura ingeniería del cuerpo humano» (págs. 417, 437). Laín centra el problema de la deshumanización de la medicina en la actitud científica del médico; una vez más esto pudo ser relativamente cierto en otro tipo de sociedades menos desarrolladas. No cabe duda de que los hospitales modernos han hecho cambiar radicalmente la estructura de la relación médica, hecho que Laín no destaca suficientemente.

Otro rasgo importante y específico lo constituye la afición de Laín por la terminología escolástica que menudea a lo largo del libro, así como la afinidad de Laín con Zubiri, a quien cita constantemente. (Véanse, a título ilustrativo, las páginas siguientes: 17, 110, 151, 153, 154, 155, 162, 163, 165, 243, 371, 378, 394, 399; 9, 24, 203, 204, 237, 323, 336, 349, 366,

399, 431, 443.) Por otra parte, ya hemos aludido más arriba a la escasez de análisis de estructuras psicológicas. Cuando se adentra en este terreno lo hace desde el punto de vista de la psicología racional o psicología filosófica, a no ser, por ejemplo, en el caso de la transferencia, en el que utiliza la terminología propia de Freud, Charcot o Breuer (pág. 355).

Se trata, en síntesis, de un libro de marcado carácter histórico-filosófico, y que además pretende construir una teoría de la relación médico-enfermo. Abunda en datos y explicaciones filosóficas y, en cierto sentido, podría decirse que resulta repetitivo si se comparan la primera y la segunda parte.

Al lector del libro compete decidir sobre la doble duda que Laín plantea desde el prólogo mismo: «Confieso con lealtad que, en el momento de darlo a luz, dos graves temores pesan sobre mi alma: el temor a la inanidad y el temor a la obviedad» (pág. 8).

BENJAMÍN GONZÁLEZ RODRÍGUEZ