LA ESTRUCTURA DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO

PEDRO LAIN ENTRALGO
Catedrático de Historia de la Medicina

Nada hay más fundamental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más permanente. Desde que existe el hombre sobre el planeta, dos utopías han pretendido quitar a la relación entre el médico y el enfermo (RME) su carácter inmediato. La mentalidad mágica —dominante en casi todas las formas de vida que solemos llamar «primitivas», y vigente, pese a todo, en las zonas más arcaicas de las sociedades cultas— lleva en su seno la pretensión utópica de la *actio in distans,* y, por tanto, una creencia más o menos viva en la posibilidad de sanar al enfermo sin contacto directo con él. La mentalidad técnica, a su vez, ha soñado la utopía de un diagnóstico logrado mediante signos puramente objetivos (cifras analíticas, trazados gráficos) y un tratamiento limitado a la fiel ejecución de algunas prescripciones escritas: otro modo de la *actio in distans* (1).

(1) Bajo el epígrafe "Der Arzt der Zukunft" ("El médico del porvenir"), el libro de K. Kötschau y Ad. Meyer, *Theoretische Grundlagen zum Aufbau einer biologischen Medizin* (Dresden und Leip-

Sería demasiado estúpido, claro está, equiparar entre sí la aberración indudable de la utopía mágica y la siempre creciente eficacia de la utopía técnica: aquélla ha sido lastre y esta otra es gloria muy alta de la humanidad. Pero bajo tan abismal diferencia, ambas aspiran a separar físicamente al médico del enfermo, o, cuando menos, a demostrar que el encuentro personal de uno y otro no es condición necesaria para el recto ejercicio de la Medicina.

Sin renegar de ninguna de las ingentes conquistas que la técnica objetivante ha logrado, más aún, con propósito deliberado y constante de asumir todas ellas en un orden superior, este breve esquema intenta mostrar cómo el encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación diagnóstico-terapéutica a él consecutiva son rigurosamente imprescindibles para una práctica *humana* del arte de curar.

Mas también hará ver, espero, que la RME es muy delicadamente sensible a las mudanzas de la historia. El continuo progreso de los recursos diagnósticos y terapéuticos modifica, como es obvio, la apariencia más externa de esa relación: entre un médico salernitano examinando la orina de su paciente y Laennec practicando la auscultación mediata, el contraste no puede ser más notorio. Los cambios que sin cesar va experimentando la convivencia entre los hombres alteran, por otra parte, el fundamento mismo de la RME: la *polis* helénica, el monasterio medieval y la ciudad del siglo XX albergan modos de la asistencia médica que difieren entre sí desde lo que en cada una de esas formas de vida es fundamental, es decir, desde los supuestos antropológicos, históricos y sociales que dan contenido y figura peculiares a la relación interhumana. Tanto como «médico», el médico es ateniense, cristiano medieval, neoyorquino o moscovita, y lo mismo puede y debe decirse del enfermo.

Causas y motivos de toda índole —sociales, psicológicos, técnicos, morales— hacen hoy especialmente problemática la RME. Desde el punto de vista de la asistencia médica es patente el conflicto entre la socialización de la Medicina, inabdicable exigencia de nues-

---

zig, 1936), ofrecía, entre bromas y veras, una representación gráfica de esta utopía que ahora he llamado "técnica". Sentado ante un complicado cuadro de señales y mandos, el médico recibe, en forma visible o audible, todos los datos que desea acerca de la morfología y la fisiología del paciente (trazados gráficos, quimismo, fórmula hemática, röntgenogramas, etc.), y, a través de un micrófono, va dictando sus prescripciones terapéuticas.

tro tiempo, y la orientación crecientemente personalista o antropológica de la patología actual. Vacunar a todos los ciudadanos de un país no es cosa, por lo que vemos, demasiado difícil; tratar psicoterápicamente a todos los enfermos que lo requieren será, si el Estado llega alguna vez a proponérselo, empresa sobremanera ardua. Y no parece más leve, ya en un orden puramente teorético, el conflicto entre la orientación físico-química del pensamiento médico y los puntos de vista que hoy rigen la psicología profunda. ¿Cómo conciliar de un modo armonioso y coherente lo que ante un enfermo de «neurosis vegetativa» dijese Thannhauser, valga este nombre como ejemplo, y lo que ante ese mismo enfermo diría Jung?

La conciencia de esta profunda —y fecunda— crisis incita a estudiar con cierto pormenor los dos principales aspectos del tema: el histórico y el sistemático. Pero el adecuado tratamiento de uno y otro no sería posible sin disponer de un cuadro de conceptos fundamentales, capaces de cumplir, respecto de tal faena, la función que respecto de la historia de las artes plásticas cumplieron antaño los *Grundbegriffe* que Wölfflin ideó; con otras palabras, sin diseñar conceptualmente la estructura invariable de la RME. En la cual es posible discernir, a mi juicio, hasta cinco momentos cardinales:

I. Fundamento de la RME.

O sea: aquello que lleva a encontrarse entre sí al enfermo y al médico y que inicialmente constituye su mutuo encuentro. Más precisamente, el hecho de que ambos sean hombres, vivan en una determinada situación, uno de ellos esté enfermo y sea el otro médico.

La RME tiene, pues, un fundamento genérico y otro dualmente específico. Su *fundamento genérico:* que un hombre preste ayuda al menester de otro. El hombre es un ser constitutivamente menesteroso, *ens indigens.* Tiene necesidad del cosmos energético y material, y por esto respira e ingiere alimentos; no menos necesita de los otros hombres, y así lo patentiza cuando, queriéndolo o no, con ellos se encuentra desde su nacimiento (2); necesita, en fin,

(2) Los otros son para el hombre "dispensadores de ser cósmico" (alimento, vestido, etc.) y "dispensadores de ser personal" (com-

alguna convicción personal acerca del sentido último de su existencia, y, por tanto, cierta referencia de ésta a un *ens fundamentale,* Dios o un sucedáneo de Dios. La compleja menesterosidad del hombre —especialmente aguda y sensible en ciertas situaciones, la enfermedad entre ellas— pide desde su mismo seno actos de ayuda; en último extremo, actos de donación amorosa, porque toda ayuda que no sea pura operación de compraventa es en su entraña misma un acto de amor. Tanto como *ens indigens,* el hombre es *ens offerens,* aunque su libertad convierta a veces en indiferencia o en odio lo que siempre debiera ser ofrecimiento y amor; y así, el binomio menester-amor viene a constituirse en fundamento genérico de la RME.

Tal fundamento genérico se especifica, por lo que a nuestro problema atañe, según dos direcciones cardinales, una histórico-social y otra técnica. Las diversas situaciones típicas de la existencia humana —*polis* griega, monasterio o burgo medievales, Estado moderno, etc.— especifican de un modo *histórico y social* la ayuda al menester del otro; el hecho de que el menester se llame ahora «enfermedad» y el acto de ayuda «asistencia médica», concede a éste su especificidad *técnica.* ¿Qué es lo que mueve al enfermo a buscar al médico? El menester vulgar y técnicamente llamado «enfermedad», ¿en qué consiste, en cuanto sentimiento de la propia vida? Y, por otra parte, ¿qué es lo que mueve al médico a encontrarse con sus pacientes? ¿Por qué llamamos «asistencia» —*adsistere:* detenerse junto a otro— a la ayuda que el médico presta? ¿Cómo se articulan entre sí la condición específicamente médica y la peculiaridad histórico-social de la ayuda al semejante menesteroso? ¿Cómo, por otra parte, llegan a hacerse encuentro unitario y efectivo —encuentro médico— el movimiento que lleva al enfermo hacia el médico y el que conduce a éste hacia aquél? Tal es, reducida a sus cuestiones principales, la estructura del fundamento específico de la RME.

---

pañía, amor). Véase acerca de ello mi libro *Teoría y realidad del otro* volumen, y *Urdimbre afectiva y enfermedad* (Barcelona, 1961), de J. ROF CARBALLO.

II. Momento cognoscitivo de la RME.

Como todo encuentro interhumano, el que reúne al médico y al enfermo se realiza y expresa según los diversos modos cardinales de la actividad del hombre; uno de ellos, el cognoscitivo, que, en el caso de la RME, toma forma específica como *diagnóstico*. Desde el inicial «encontrarse con» —por tanto, desde un mero principio de convivencia—, la RME 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 el médico no lo advierta, según los dos ámbitos en que la RME cobra su realidad propia: el dual y el social, el resultante de la mutua vinculación de 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 objetivante 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— en su naturaleza: la salud. De ahí el carácter cuasi-diádico de la RME.

La expresión cognoscitiva de la RME —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. Cabe hablar, es cierto, de una relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo, pero a condición de tener muy presente que esa fórmula supone y manifiesta una visión abstractiva, amputadora, de la RME. La RME 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 (3).

III. Momento operativo de la RME.

La actividad conjunta del enfermo y el médico no se agota en la operación noética a que damos el nombre de «diagnóstico». Lo que en ella 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 excesivamente 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. Su prestigio social —poco

(3) Sobre el problema de la forzosa "soledad" del enfermo, véase mi estudio "La enfermedad como experiencia", incluído en *Ocio y trabajo* (Madrid, Revista de Occidente, 1960).

o mucho; bueno o menos bueno—, que de modo tan eficaz viene operando desde que en los oídos del paciente sonó su nombre; el recuerdo que haya dejado una vez conclusa su visita; la confianza en la droga maravillosa que él conoce y todavía no ha llegado al comercio; todo es terapéuticamente importante, todo puede ser terapéuticamente decisivo. 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 RME *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, mas 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 RME. 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 Weizsäcker, «camaradería itinerante» *(Weggenossenschaft)*, empresa en que dos hombres, el médico y el enfermo, como tales hombres colaboran. Tanto como «paciente», 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 importancia de la RME 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 prescriba no poseerá toda 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», pero 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 RME; 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 suelan 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 a que el enfermo pertenezca (familia, profesión, amigos, etcétera); 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" aquél sobre que actúan. Pero ese constitutivo carácter social del tratamiento viene ante todo determinado por la ordenación de la sociedad en clases económicopolíticas —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 IV y V antes de J. C., difería muy considerablemente la asistencia médica según sus beneficiarios fuesen esclavos, hombres libres pobres u hombres libres ricos (4). 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 rebelerá, 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.

IV. Momento afectivo de la RME.

Además de realizarse cognoscitiva y operativamente, la RME se constituye como vinculación afectiva; diagnóstico, tratamiento y —como ahora se dice— transferencia forman, mutuamente implicados entre sí, el término a que en definitiva conduce el originario fundamento específico de esa relación.

Tal lazo afectivo posee una trama personal y cualitativamente heterogénea: une a dos personas, y éstas se relacionan mutuamente desde dos situaciones vitales —una en cuanto «enfermo»; otra en cuanto «médico»— muy diferentes entre sí. A la «camaradería itinerante» del paciente con su médico y de éste con aquél, cada uno aporta lo suyo, y así en el orden de la acción como en el orden del sentimiento. El enfermo pone en ella la aflictiva, expectante vi-

---

(4) Véase en *Archivos de la Facultad de Medicina de Madrid* mi trabajo —ahora en prensa— "La asistencia médica en la obra de Platón".

vencia de su menester y su mayor o menor confianza en la persona que va a tratarle, y el médico su voluntad de ayuda técnica —habitual en su alma y en ésta actualizada frente a cada paciente—, cierta misericordia genéricamente humana, la pasión que en él despierte la siempre fascinante empresa de gobernar la naturaleza y un indudable apetito, secreto en unos casos, patente en otros, de lucro y de prestigio. La peculiar afección que enlaza al médico y al enfermo —llámasela *philía*, «amistad», con los antiguos griegos (5), o «transferencia», con los actuales psicoanalistas— es el resultado de esta dual y compleja serie de motivos.

V. Momento ético-religioso de la RME.

Los actos humanos —X. Zubiri y J. L. L. Aranguren lo han hecho ver con especial evidencia— son constitutivamente morales, unas veces según el modo de la «moralidad» *stricto sensu* y otras según el modo de la «inmoralidad». La libertad del hombre tiene inexorablemente en su seno un «para qué», y en ese «para» va objetiva y subjetivamente inscrita la moralidad constitutiva de las acciones humanas.

No son excepción a esta regla los actos en que se realiza la RME, tengan su protagonista en el enfermo o en el médico. Desde el punto de vista de aquél, la intrínseca moralidad de la RME viene ante todo configurada —suponiendo, claro está, que el médico no sea para el paciente otra cosa que médico— por el «para qué» de la salud que busca. «No hay salud cumplida —ha escrito R. Siebeck— sin una respuesta satisfactoria a la pregunta: Salud ¿para qué? No vivimos para estar sanos, sino que estamos y queremos estar sanos para vivir y obrar» (6). A la salud humana pertenece constitutivamente un «para qué» no incluído en ella misma, y de ahí que sólo moral o inmoralmente pueda uno estar sano y querer la salud.

---

(5) Véase mi discurso en la Real Academia Nacional de Medicina *La amistad entre el médico y el enfermo en la medicina hipocrática* (Madrid, Imprenta Cosano, 1961).

(6) *Medizin in Bewegung*, pág. 486 (Stuttgart, 1949). Véase también el capítulo "Salud y perfección del hombre" de mi libro *Ocio y trabajo*.

Desde el punto de vista del médico, en cambio, la RME muestra su condición moral en dos instantes diversos, uno inicial y otro terminal. Como el samaritano de la parábola, el médico debe resolver inicialmente en el sentido de la ayuda la tensión ambivalente que dos tendencias espontáneas y contrapuestas, una hacia la ayuda y otra hacia el abandono, suscitan siempre en el alma de quien contempla el espectáculo de la enfermedad. Ser médico es, por lo pronto, hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una resolución favorable de la tensión ayuda-abandono. No acaba ahí, sin embargo, el compromiso moral del médico. Así iniciado, ese compromiso crece y se consuma con la ejecución del acto de ayuda, que será esforzado unas veces y negligente otras, y que perseguirá, según los casos, el bien del enfermo, el lucro, el prestigio o quién sabe si una velada granjería de dominio y seducción.

Etica por razón de su esencia, ética siempre, la RME muestra su eticidad de modos muy diversos. Muéstrala con rostro distinto cuando actúa como vinculación cuasi-diádica y cuando actúa como vinculación social; pero, sobre todo, cuando se la ve realizándose a través de las distintas situaciones que integran el curso de la historia. La moral médica de los asclepíadas hipocráticos no coincide con la moral profesional de los médicos cristianos, y ésta, a su vez, difiere de la ética de los médicos agnósticos o ateos. Sin mengua del derecho a elegir como propia una de ellas y a pensar que hay una moral médica rigurosamente suprasituacional e invariable —lo cual, dicho sea en inciso, habrá de ser filosófica, histórica y médicamente justificado—, el hecho empírico es que la constitutiva eticidad de la RME 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 RME se hallará siempre más o menos explícitamente arraigada en una determinada posición del espíritu frente al problema último de la religión. Tanto más cuanto que la enfermedad —como el mal, como el amor, como todo lo que pone en juego la totalidad de la existencia humana— tiene siempre para el hombre, hasta para el hombre secularizado, un secreto *quid sacrum*. Los antiguos llamaron «enfermedad sagrada» a la epilepsia. Desde su piedad ilustrada y "fisiológica", los médicos hopocráticos hicieron notar que todas las enfermedades son igualmente «sagradas», porque todas pertenecen a la Naturaleza, a la divina *physis*. Cualquier hombre podría decir

lo mismo, aunque su mente se halle a cien leguas del radical naturalismo de los antiguos griegos. En la medida y en la forma que sean, la enfermedad es siempre más o menos «sagrada» para quienes la sufren y la conviven; y lo es en el doble, ambivalente sentido que en latín posee el adjetivo *sacer*, porque la realidad del accidente morboso se nos muestra a la vez «sacra» y «execrable». En cuanto la enfermedad es de algún modo sacra y en cuanto el acto de atenderla tiene por esencia carácter ético, la RME posee en su constitución un momento inequívocamente religioso.

He aquí, pues, la estructura de la RME. Metafísica y psicológicamente implantado en su fundamento genérico (el binomio menester-amor), el fundamento específico de esa relación —con otras palabras: el encuentro entre el enfermo y el médico— se realiza plenamente y se expresa en cuatro direcciones principales: una cognoscitiva, el diagnóstico; otra operativa o modificadora, el tratamiento; otra afectiva, llámese «amistad médica» o «transferencia», y otra, en fin, ética y religiosa; y todas ellas deben ser estudiadas distinguiendo metódicamente en su realidad su condición cuasi-diádica —lo cual no será posible sin cierta violencia abstractiva, porque el hombre nunca deja de ser *zôon politikón*— y su condición social. Pienso que sólo así podrá entenderse con cierta suficiencia la variación de la RME en el curso de la historia y, por supuesto, lo que esta relación interhumana en sí y por sí misma es.