LA ESTRUCTURA DEL SABER MEDICO A LA LUZ DE LA HISTORIA

POR

PEDRO LAIN ENTRALGO

Imaginad un inmenso escenario teatral; un escenario múltiple, con tantos compartimientos escénicos como regiones del planeta históricamente importantes: China, la India, la cuenca mesopotámica, las tierras altas del Irán, el Mediterráneo y su contorno, las diversas partes de Europa, las dos Américas. Imaginad, además, que en cada uno de esos compartimientos fuese representada la historia a él correspondiente, mediante la acción de unos cuantos personajes. Asistiríamos así a un complejo drama, cuya estructura suscitaría en nosotros no pocos problemas. Por los menos, los cuatro siguientes:

qué ha pasado realmente en cada compartimiento escénico: es el problema de las *historias particulares* de los diferentes pueblos;

qué relación existe entre esas "historias particulares", y si esa relación puede ser reducida a unidad: es el problema de la *historia universal;*

qué es y qué significa ese múltiple, total y unitario suceder en la vida y en el ser del hombre, su protagonista: es el problema de la *filosofía de la historia;*

quién es el verdadero autor del drama representado, y cómo puede serlo: a tal problema trata de responder la *teología de la historia.*

Permítase que yo, modesto historiador de la Medicina, me limite a discernir la fracción médica de ese gigantesco drama. En cada uno de esos compartimientos escénicos, uno de los actores se emplea, en efecto, en el oficio de conocer y curar las enfermedades de sus semejantes: es el médico. Su acción, genéricamente igual en todo lugar y en todo tiempo, presenta en cada porción del escenario una figura distinta y cambiante. ¿Qué parecido tienen entre sí el chamán de los pueblos primitivos, el médico-sacerdote de Babilonia, el asclepiada errante de la Grecia clásica, el médico sangrador y purgador que pintan Quevedo y Molière y el cirujano y el psicoterapeuta de nuestro tiempo? Y ¿cómo olvidar, por otra parte, el sucesivo y constante cambio de la figura del médico dentro de cada compartimiento escénico, al ir pasando el tiempo?

Pensemos, a título de ejemplo, en las riberas del Tigris y el Eufrates: donde actuaron los *bârû* y *âshipu* de la época de Hammurabi, y luego los lectores de Avicena, hoy se prescribe aureomicina y se practican, dentro de niquelados quirófanos, las mismas laparatomías que en Madrid, en París o en el *Medical Center*, de Nueva York.

Pues bien: ante esa escena múltiple y cambiante que el saber médico nos ofrece cuando se le considera históricamente, hemos de proponernos hoy dos cuestiones fundamentales:

1.ª Mirada en su conjunto la historia del saber y de la operación del médico, ¿posee en sí misma una estructura, un orden interno racionalmente discernible?

2.ª En el caso de que tal estructura exista y pueda ser descrita, ¿qué relación tiene con la historia universal, con la historia del hombre en cuanto hombre?

"Distinguir para unir", dice un viejo aforismo metódico. Fieles a él, comenzaremos distinguiendo las varias subestructuras parciales que componen esa buscada estructura total de la historia del saber médico. Y puesto que un examen somero de tal historia nos enseña que en ella hay simultáneamente algo que pasa o deja de ser, algo que progresa o está llegando a ser y algo que perdura invariable o sigue siendo, iniciaremos nuestra reflexión separando en el cuerpo unitario de la historia de la Medicina una subestructura transeúnte, otra progrediente y otra invariante.

LA SUBESTRUCTURA TRANSEÚNTE

Detengamos nuestra mirada en una situación histórica cualquiera. Por ejemplo, en la correspondiente a España durante la primera mitad del siglo XVII. Un escritor de la época, Quevedo, nos ofrece una donosa estampa de lo que entonces era la actividad del médico: "La ciencia es ésta: dos refranes para entrar en la casa: el *¿Qué tenemos?*, ordinario; *Venga el pulso*, inclinar el oído; *¿Ha tenido frío?* Y si él dice que sí primero, decir luego: *Se echa de ver. ¿Duró mucho?* Y aguardar que diga cuánto, y luego decir: *Bien se conoce. Cene poquito, escarolitas, una ayuda.* Y si dice que no la puede recibir, decir: *Pues haga por recibilla.* Recetar lamedores, jarabes y purgas, para que tenga que vender el boticario y que padecer el enfermo. Sangrarle y echarle ventosas; y hecho esto una vez, si durare la enfermedad, tornarlo a hacer hasta que acabes con el enfermo o con la enfermedad. Si vive y te pagan, di

que llegó tu hora; y si muere, di que llegó la suya. Pide orines, míralos a lo claro, tuerce la boca. Y, sobre todo, advierte que traigas barba, porque no se usan médicos lampiños, y no ganarás un cuarto si no pareces limpiadera" (1).

Descartemos de buen grado el tanto de caricatura que en la precedente descripción pueda haber, y siempre quedará en ella un considerable resto de retrato fiel, de puro retrato. De esa realidad que fué el médico europeo del siglo XVII, ¿qué queda en el médico actual, hombre bien rasurado y recetador eficaz de antibióticos, vitaminas y cortisona? La pregunta puede ser referida a cualquier situación histórica, incluídas las más próximas a la nuestra. Cuenta Friedrich von Müller que los clínicos conservadores de Tubinga, donde él fué discípulo de Liebermeister y de Jürgensen, solían decir, comentando las ideas progresivas de este último: "Este Jürgensen no quedará tranquilo hasta que la misma pulmonía (que entonces—1880—pasaba por ser una enfermedad debida al enfriamiento) sea incluída entre las enfermedades infecciosas" (2). No sería difícil acumular testimonios de esta índole.

Sí; el contenido de la ciencia y de la operación del médico pasa fugazmente. Trivial verdad, hoy más que nunca confirmada por la realidad histórica. Pero mi cometido actual no consiste en repetir otra vez, frente al curso de la historia de la Medicina, el dicho que suelen atribuir a Heráclito, sino en tratar de entender ese inexorable tránsito. Dos preguntas dan expresión concisa a ese propósito, una tocante al "qué" y otra al "cómo" de la transitoriedad.

¿Qué es lo que "pasa" en la historia de la Medicina? ¿Qué es lo que en ella se va para no volver, como la juventud que Rubén cantaba? La respuesta es sencilla: pasa lo mucho que no pertenece a la subestructura que he propuesto llamar invariante; pasa, en rigor, casi todo. Por orgullosos que nos sintamos de nuestros actuales recursos diagnósticos, desde la ya vieja auscultación hasta la más reciente exploración química o eléctrica, ¿podemos estar seguros de su perduración dentro de doscientos años? Yo, por lo menos, no lo estoy.

Mas ¿cómo pasa lo que en la Historia pasa, cómo se va hacia el pasado lo que en puro pasado se convierte? Grave cuestión, a la que debe contestarse discerniendo dos modos de pasar radicalmente distintos entre sí: la asunción y el abandono. Un saber o un quehacer pueden convertirse en puro pasado, quedando asumidos

(1) "Libro de todas las cosas". *Obras completas. Prosa*, Madrid, 1941.
(2) *Lebenserinnerungen*, München, 1951.

en otros que el hombre considera preferibles: tal es el mecanismo elemental del progreso. O también—y éste es el caso de la subestructura que ahora nos ocupa—porque los hombres, con deliberación mayor o menor, llegan a abandonarlos. La "subestructura transeúnte" del saber médico se halla integrada, en consecuencia, por el sucesivo abandono de cuanto en tal saber va quedando convertido en puro pasado. Pero con ello, nuestro problema no ha hecho sino desplazarse, puesto que no sabemos todavía cómo y por qué es abandonado por el hombre lo que éste, en su historia, abandona. Cinco son, a mi juicio, los modos y las razones más importantes de esa constante faena de dejación: el advertimiento del error, el sentimiento de hastío, la caída en el olvido, el afán de notoriedad y la presión del odio.

El hombre puede incurrir individual y colectivamente en errores, y ésta es la principal razón por la cual su historia no es un simple progreso. Mas también es capaz de advertirlos, porque el objeto específico de su mente es la verdad, no el error; y cuando ello acaece, la primera consecuencia de tal descubrimiento es el abandono biográfico o histórico de lo erróneo. Así fueron abandonadas las ideas galénicas sobre el movimiento de la sangre, cuando Miguel Servet, Realdo Colombo y William Harvey descubrieron su grave discordancia con la realidad; así, Virchow relegó al pasado la doctrina de las crasis, de Rokitansky.

Menos espectacular, tal vez, pero no menos real y efectiva es la acción del hastío. En otros órdenes de la actividad humana—principalmente, en el arte—, el hastío es una frecuente causa de mudanza histórica. Los hallazgos artísticos acaban por convertirse en fórmulas repetibles, y la repetición pronto desplaza a la *bestia cupidissima rerum novarum* que, en todo momento, es el hombre. Así ocurre a veces en Medicina. Ciertos procedimientos técnicos y ciertos modos o estilos del saber son abandonados por otros, no porque estos últimos sean más perfectos que aquéllos, sino por la ingénita tendencia humana a modificar lo que la reiteración ha llegado a hacer monótono. En las invectivas de Petrarca contra los médicos de su tiempo, ¿no había, aparte la ineficacia terapéutica de mis colegas de antaño, un íntimo sentimiento de hastío, muy precozmente "moderno", frente a la rutina intelectual y operativa del galenismo medieval?

En otros casos, es el olvido histórico la causa del abandono. Cuando la transmisión del saber se cumple por vías muy escasas y angostas, o cuando la actividad intelectual decae, en aras de cualquier actividad pragmática, no es infrecuente que los hombres

lleguen a olvidar algo que antes supieron. La primera de esas dos razones hizo que se perdiera una vez la práctica de la auscultación del tórax, expresamente mencionada en el escrito hipocrático *De morbis* y por completo olvidada en los siglos subsiguientes; y por obra de la segunda, es seguro que los hombres de hoy estamos olvidando alguno de los saberes científicos que tan esforzadamente conquistaron nuestros padres y abuelos durante los cien últimos años.

Mencionaré, por fin, la frecuente acción innovadora del afán de notoriedad y la no infrecuente operación supresora—terrible, a veces—del odio. ¿Cuántas veces los médicos han sustituído un saber o una técnica por otros nuevos, sin más móvil que la vanagloria de ver manuscrito o impreso el nombre propio? Y ¿cuántas otras el odio entre los hombres—odio religioso, racial, nacionalista o de clase—ha tratado de reducir al olvido una parte de los saberes y las técnicas que constituían el patrimonio del adversario? En verdad, no es necesaria una formación histórica muy extensa y profunda para citar ejemplos pintorescos y ejemplos penosos de una y otra posibilidad.

Sería una sugestiva empresa intelectual estudiar cómo esos cinco motivos han actuado en la configuración de las sucesivas situaciones históricas. Aquí he debido conformarme poniéndolos en serie e indicando su diversa eficacia. "Toda carne es como heno y toda su gloria como flor de heno; sécase el heno y su flor cae", dice la Escritura *(I Petr.*, I, 24). La Historia, hija tanto del espíritu como de la carne del hombre, lleva sobre sí esa sentencia inexorable. Pero la fatal transitoriedad de nuestras creaciones, y la forzosa consecuencia de esa fugacidad inexorable—la gran lejanía vital de cuanto en la Historia va siendo remoto—, no deben movernos al menosprecio de lo pretérito. Y no sólo porque también lo actual pasará, en lo poco o en lo mucho que de *flos foeni* tenga, sino, ante todo, porque en el seno de cualquier situación histórica hay siempre, junto a lo caduco y perecedero, momentos progredientes y momentos invariantes. Tratemos de ver cómo unos y otros se ordenan entre sí.

LA SUBESTRUCTURA PROGREDIENTE

No todo lo que pasa en la Historia es objeto de puro abandono. Otra parte de eso que pasa deja de ser actual, quedando asumida en obras y acciones, que el hombre estima superiores a aquellas en que lo transitorio tuvo anterior existencia. La invención del

neosalvarsán hizo "pasar a la historia" al salvarsán; pero el salvarsán "pasó", quedando real e históricamente asumido en el producto que le sustituía. Este peculiar modo ascendente de "pasar quedando" suele recibir el nombre de "progreso".

No puedo ni debo hacer ahora una crítica detenida del progresismo. Me limitaré a decir que la doctrina progresista acierta y yerra a la vez. Nadie podrá negar que la eficacia terapéutica del médico viene progresando velozmente de siglo en siglo, desde hace cinco, y como ella, el saber humano acerca de la Naturaleza; pero nadie se atreverá a sostener hoy que la pintura europea ha seguido un curso progresivo desde Botticelli y Leonardo, o que la moral soviética constituye un progreso respecto a la moral cristiana, o que la relación entre dos culturas cualitativamente distintas deba ser entendida con mentalidad puramente progresista, o, en fin, que en el curso de la Historia no sean posibles dolorosas regresiones. Ateniéndome, pues, a lo que en ella es efectivo progreso, llamaré "subestructura progrediente" de la historia de la Medicina a la parte del saber médico que desaparece porque ha servido de fundamento a otro saber ulterior más acabado y eficaz, más capaz de dar razón intelectual de la realidad del enfermo y más idóneo para ayudar a éste a su curación.

El problema consiste, claro está, en determinar con alguna precisión el contenido y el sentido de esa estructura progrediente, cuando desde nuestro nivel temporal se contempla la historia entera del saber médico. En espera de más satisfactoria propuesta, me atrevo a describirla, distinguiendo en ella tres motivos principales: la indoeuropeización, la totalización histórica y la penetración en lo real.

I. Llamo *indoeuropeización*, como es obvio, a la progresiva extensión geográfica de los saberes médicos conquistados por los indoeuropeos. Atengámonos por modo exclusivo a la rama más preclara del viejo tronco indoeuropeo, la helénica, y consideremos la difusión de la llamada "medicina hipocrática en la primera mitad del siglo IV a. d. J. C.: un exiguo rincón del Mediterráneo, desde la Magna Grecia hasta las costas del Asia Menor, era entonces todo su ámbito. Durante la Edad Media, esa medicina indoeuropea—hipocrática y galénica—penetrará en el seno de una cultura semítica, la del Islam; se extenderá con ella por amplios territorios de Asia y Africa, y logrará prevalecer en toda Europa. Más tarde, convertida ya en "medicina moderna", pasará a las dos Américas. Y desde el siglo XIX irá conquistando uno a uno todos los rincones del planeta, hasta los más alejados de la na-

tiva Grecia. Descontados los poquísimos grupos humanos no colonizados todavía, ¿qué pueblo, cualquiera que sea su raza, su lengua y su religión, deja hoy de practicar la auscultación, contar el número de hematíes, explorar con rayos Roentgen e inyectar penicilina? Con otras palabras: ¿qué pueblos dejan de utilizar los resultados de la medicina indoeuropea?

Dos razones concurrentes ayudan a explicar tan fabuloso triunfo: la superior eficacia de esa medicina y el carácter de los hombres que la han hecho. Puesto que la penicilina permite tratar las neumonías con máxima eficacia, y la auscultación diagnosticarlas con máxima seguridad, es natural que a una y otra procuren recurrir todos los neumónicos, cultos o salvajes, si de ellas tienen noticia. Ello sería suficiente para dar cuenta de la paulatina extensión universal del saber médico indoeuropeo; pero a la espontánea operación histórica de esa eficacia diagnóstica y curativa de nuestra medicina debe sumarse el vigor con que los progresivos y expansivos hombres indoeuropeos han difundido siempre sus propias creaciones. Sin ese vigor no se podría entender adecuadamente la prodigiosa fortuna histórica de aquellos pastores nómadas y domadores de caballos que un día, hace varios miles de años, comenzaron a emigrar desde el Turquestán chino y las llanuras rusas hacia las tierras del Sur y el Occidente.

Desde que comparece en la escena de la Historia, el indoeuropeo se halla dominado por una constante e impetuosa tendencia a salir de su situación en busca de otra más alta y satisfactoria. Ulises, Hernán Cortés y Fausto son los tipos representativos de esa inquieta variedad étnica y cultural de la especie humana (3). Heiberg apeló a la tesis de un originario "impulso uliseico" *(Odysseustrieb)* para explicar la génesis y el rápido progreso de la ciencia griega; Körner ha preferido hablar del "espíritu pesquisidor de los jonios" *(ionischer Forschergeist)*; pero una y otra expresión podrían ser lícitamente aplicadas a todas las configuraciones históricas del hombre indoeuropeo. "Todo lo penetramos e queremos saber", decía de sí y de sus compañeros Bernal Díaz del Castillo, soldado de Hernán Cortés en la conquista de Méjico. La frase constituye un buen lema para la empresa de quienes, desde Prometeo, han ardido en ese deseo, insaciables de conocer y poseer la realidad. El sentimiento que Bernal expresaba ha per-

(3) Lo que comenzó siendo "étnico" ha llegado a ser "cultural": un semita o un chino pueden ser hoy paladines de la actitud indoeuropea frente a los problemas de la existencia humana.

mitido que los médicos de color puedan prescribir hoy atebrina y antibióticos en el interior de la selva tropical.

II. Con el nombre de *totalización histórica* me refiero al sucesivo proceso de incorporación de todos los saberes médicos valiosos, cualquiera que sea su origen, al seno de la medicina indoeuropea. Lo cual equivale a decir que la gran eficacia histórica de ésta procede de dos fuentes: su propia virtualidad inventiva y una despierta capacidad para hacer suyo todo lo humanamente útil.

Frente a la sabiduría de Oriente, los griegos enseñaron a conocer y a manejar las cosas según lo que ellas "son" por sí mismas, y gracias a esa enérgica y constante referencia al "ser" propio de las cosas fué posible una ciencia válida para todos los hombres. Poco más tarde, y a través de la filosofía estoica, afirmarán los mismos griegos que nada humano debe ser ajeno al hombre: junto a una ciencia de validez universal—tal era, al menos, su pretensión—fué así proclamada por vez primera una ciudadanía universal, sólo basada en la naturaleza humana. Tal fué el supuesto natural e histórico de ese principio cristiano, a que da tan clara y honda expresión el "Todos somos hijos de Dios" de nuestro lenguaje familiar.

Las consecuencias históricas de haber concebido así la unidad del género humano han sido espléndidas. Si nada humano debe serme ajeno, como sostuvo la sentencia estoica, y si, por añadidura, el *Logos* divino es luz que ilumina a todo hombre que viene a este mundo, como afirma el cuarto Evangelio, por necesidad habré de sentirme impelido a buscar y hacer mío todo lo verdadero y todo lo valioso que los demás hombres hayan podido encontrar o crear por sí mismos. Santo Tomás de Aquino, cristiano indoeuropeo, polemiza arduamente con el islámico Averroes, mas no sin aceptar una parte del averroísmo; los colonizadores españoles aciertan a fundir bella y unitariamente el barroco europeo con el arte de los indios americanos; siglos más tarde, los historiadores, filólogos, etnólogos y misioneros de Europa y América se esforzarán por comprender y valorar las culturas más alejadas de la nuestra. El ejercicio psicológico e historiográfico de la "comprensión"—uno de los temas más debatidos por los pensadores de nuestro siglo—tiene como primer fundamento esa profunda estimación positiva de lo humano en cuanto tal.

La historia de la Medicina nos ofrece la posibilidad de contemplar el aspecto médico de ese constante esfuerzo indoeuropeo por la "totalización histórica" de nuestro saber. Permítaseme citar

como ejemplo la obra de los españoles en América. Por supuesto, los colonizadores españoles llevaron al Nuevo Mundo a Galeno, Vesalio y Boerhaave, y sembraron allí los gérmenes de la actitud indoeuropea frente a la realidad. Baste un ejemplo: en 1790, un año antes que Galvani publicase su célebre memoria sobre las relaciones entre la electricidad y la contracción muscular, el médico de Guatemala José Flores realizaba experimentos muy semejantes a los del gran investigador italiano y exponía toda una teoría de la electricidad animal (4). Pero, a la vez, esos ávidos colonizadores de América supieron asumir en su medicina propia todo lo que en la medicina de los indios poseía una validez genéricamente humana: merced a tal esfuerzo penetraron en nuestra farmacopea la quina, la coca, el guayaco, la ipecacuana y varios medicamentos más. A nadie será difícil ilustrar con nuevos ejemplos este ingente suceso de la totalización histórica, segundo de los motivos que integran la progresión histórica del saber humano.

III. Indoeuropeizándose y absorbiendo lo no indoeuropeo, ¿qué ha hecho, en rigor, la medicina universal? ¿Cuál ha sido el verdadero contenido de su progreso? ¿Hacia qué meta última se ha orientado en su continuo avance? Responde a estas preguntas el tercero de los motivos que integran la subestructura progrediente del saber médico: la *penetración en lo real.*

En el curso de su historia, la Medicina ha ido penetrando más y más en la realidad del enfermo. Desde el punto de vista de su modo, tal penetración ha sido a la vez teorética y operativa, porque los médicos han conocido cada vez mejor lo que en esa realidad acontece y han logrado ser cada vez más capaces de modificarla terapéuticamente; y en cuanto a su objeto o término, esa dominadora inmersión en lo real ha afectado por igual al cuerpo y a la intimidad del paciente.

Juzguemos lo que al cuerpo atañe examinando con perspectiva panorámica el progreso de la exploración clínica y de la terapéutica durante los ciento cincuenta últimos años. La retórica barroca de dos hermosas historias clínicas de Boerhaave (5), nos ilustra dramáticamente acerca de la incapacidad de su autor para diagnosticar los más groseros procesos materiales intratorácicos. ¿Será necesario recordar cómo el ulterior esfuerzo científico de los médicos indoeuropeos ha hecho seguramente cognoscibles las más sutiles alteraciones químicas y eléctricas en el seno de los cuerpos

(4) C. Martínez Durán: *Las ciencias médicas en Guatemala,* 2.ª ed., Guatemala, 1945.

(5) Véase mi libro *La historia clínica,* Madrid, 1950.

enfermos? El progresivo afinamiento de los métodos exploratorios —percusión, auscultación, radioscopia y radiografía, reacciones serológicas y bioquímicas, biopsias, registro mecánico y eléctrico del movimiento vital—ha constituído el camino real de esa creciente penetración teorética en la realidad corporal del enfermo; y la delicada osadía de las intervenciones terapéuticas que hoy se practican—sirvan de ejemplo la neurocirugía y la cirugía cardiovascular de los últimos años—expresa bien el curso de la penetración operativa en el cuerpo doliente.

No ha sido menos empeñado y fructífero el ingreso del médico en la intimidad del enfermo, aun cuando sea mucho más breve la historia de tal designio. Pensemos, *verbi gratia*, en una de las actividades integrantes de la intimidad humana: la creencia religiosa. Hace muy pocos decenios, ¿qué médico hubiese creído necesario y lícito penetrar en el "sagrado recinto" de la religiosidad de sus enfermos? Hoy, en cambio, las investigaciones estadísticas de Flanders Dunbar han demostrado la real influencia de la confesión religiosa del hombre sobre su modo de enfermar, y, por tanto, la necesidad de considerar médicamente ese ingrediente de nuestra intimidad personal (6). La práctica del narcoanálisis y los resultados de la psicoterapia verbal—equiparables, en ocasiones, a una verdadera conversión del paciente—muestran elocuentemente hasta dónde puede penetrar el médico en la realidad anímica de aquellos a quienes atiende.

No hay duda: la indoeuropeización, la totalización histórica y la penetración en lo real son los tres principales motivos de la subestructura progrediente del saber médico. Ellos son las líneas que definen y orientan el progreso de la Medicina.

---

(6) Fl. Dunbar: *Psychosomatic Diagnosis*, Nueva York - Londres, 1943. He aquí unos cuantos datos. De los fracturados con lesiones previas, 53 por 100 eran católicos, 17 por 100 judíos ortodoxos y 20 por 100 protestantes de un tipo especialmente devoto. Entre los carentes de lesiones previas había un 50 por 100 de católicos, un 11 por 100 de judíos ortodoxos y un 30 por 100 de protestantes. Sólo para un 10 por 100 de los fracturados carecía de importancia la religión. Sorprende mucho el contraste de estas cifras con las relativas a la población total de Nueva York y con las obtenidas en otras enfermedades. Entre los hipertensos, por ejemplo, sólo un 33 por 100 eran católicos, frente a un 22 por 100 de judíos y un 45 por 100 de protestantes. Más aún: los católicos hipertensos solían mostrar una tendencia hacia el protestantismo, y los judíos y protestantes hacia el indiferentismo religioso. No hay duda: las creencias religiosas se expresan también en el regimiento y en el gobierno del propio cuerpo; éste no es para el católico lo mismo que para el protestante o el judío, aunque—uno y otros—no lo sepan. He aquí un fecundo tema para la investigación antropológica.

Algo queda invariable, sin embargo, en la accidentada historia de lo que los médicos han sabido y hecho; también a las situaciones históricas de la Medicina puede ser aplicado el *non omnis moriar* del poeta latino. A esa parte del saber médico, que no cambia con el transcurso del tiempo y se repite de situación en situación, es a la que propongo llamar "subestructura invariante".

Los consideradores del pasado, excesivamente superficiales, se inclinarán a decir que tal subestructura no existe, porque todo en la Historia cambia y pasa, ya hacia el progreso, ya hacia el olvido. Otros, excesivamente simplistas, sostendrán que lo único invariante y esencial en la acción propia del médico es la fracción más genérica de esa acción, a saber, la voluntad de ayudar técnicamente al semejante enfermo. Pero nosotros no podemos contentarnos siendo superficiales o simplistas. El mero hecho de que el enfermo y el médico fuesen "hombres" en la época del *Homo neanderthalensis* y sigan siéndolo en nuestra clínica—con otras palabras: el hecho de que la mudable "historia" del hombre no excluya la constancia de su "naturaleza"—, basta, sin duda, para advertir la grave insuficiencia de la opinión a que la superficialidad y el simplismo inducen.

Enfermando en el paciente, conociendo y actuando en el médico, la naturaleza humana, mudable y constante a la vez, impone la existencia de una subestructura invariante—un "sistema de eones", diría D'Ors—a lo largo de toda la historia de la Medicina. Nuestro problema es saber con alguna precisión en qué consiste tal subestructura.

I. El más elemental e inmutable de los momentos que la integran, el verdadero supuesto natural de la acción médica, consiste, a mi juicio, en *la relación inmediata y directa entre el médico y el enfermo*. Dicho en otra forma: sin esa relación, entendida de uno u otro modo—medicación, diálogo o intervención manual—, no puede existir un verdadero "acto curativo". El rito mágico entre los pueblos primitivos, y la reciente utopía de un diagnóstico y un tratamiento por completo mecanizados o maquinales, han hecho creer fugazmente que la operación del terapeuta sobre el enfermo podría ser una *actio in distans* impersonal. Muy pronto, sin embargo, la fuerza misma de la naturaleza humana—para la cual vivir es convivir—mostró de nuevo la necesidad de un contacto inmediato entre quien padece la enfermedad y quien trata de curarla. El tratamiento médico es siempre "asistencia", *ad-*

sistentia, acompañante detenimiento del médico junto al enfermo.

II. Todo lo dicho anteriormente indica la inmensa variación que en su contenido y en su forma ha experimentado, a lo largo de la Historia, la relación entre el médico y el enfermo. Pero ni siquiera aquí es todo mudanza. Una observación atenta y sensible de ese amplísimo cambio en el contenido y en la forma del acto médico permite advertir la existencia de tres actitudes cardinales y típicas frente al empeño de curar: la empírica, la racional y la creencial.

Cuando predomina la *actitud empírica*, el saber y la acción del médico se basan en lo que él "ve", entendida esta palabra en su más amplio sentido. Un antiguo aforismo—*Medicina tota in observationibus*—da expresión certera a este modo de concebir la actividad curativa. La observación de la realidad parece ser el único fundamento del arte médico, y éste es considerado como un conjunto de prácticas diagnósticas y terapéuticas acreditadas por la experiencia.

La actitud empírica, constante en la historia de la Medicina, llega en ocasiones a configurar por modo casi exclusivo la relación entre el médico y el enfermo. Cualquier situación puede ser marco idóneo. El hombre primitivo que se "especializa"—valga el término—en la reducción de fracturas y luxaciones, y los barberos de la Edad Media y el Renacimiento, más ricos en práctica que en saber, son tan fieles al empirismo como los médicos españoles que trajeron la quina a Europa, o como Withering, introductor de la digital, o como Fleming, genial descubridor de la medicación antibiótica.

Cuando su actitud es predominantemente *racional*, el médico funda su actividad, sobre todo, en lo que él "piensa". Más que el "haber visto", lo que ahora constituye su excelencia es el "saber", en la acepción más científica racional del vocablo. La Medicina es, en tal caso, un conjunto más o menos sistemático de conocimientos racionales, y el médico un "doctor", un hombre capaz de enseñar. *Qui bene diagnoscit bene curat*, decían los antiguos; "La mejor práctica es siempre una buena teoría", afirman hoy. Si se otorga una significación plenamente científica al término *diagnoscere*, tales podrían ser los lemas de este segundo modo de entender y practicar la Medicina.

Es evidente que el pensamiento humano requiere siempre una experiencia previa: Aristóteles y Kant tuvieron más razón que Schelling. No es menos cierto que la experiencia no puede ser convertida en ciencia si no se la piensa racionalmente: Johannes

Müller y Claude Bernard lo demostraron con holgura, frente al proceder de Magendie. Pero hay ocasiones en que prevalece la experiencia sobre el pensamiento, y otras en que el pensamiento, bajo forma de construcción intelectual, parece dominar sobre la experiencia. Cuando esto último acaece, la Medicina adopta figura de "sistema". Los "sistemas" de Stahl, Hoffmann, Cullen y Brown—y en nuestros días la doctrina reflexológica de Bechterew y Speransky—son otros tantos ejemplos de esa manera de concebir el saber médico. Recuerdo ahora las palabras con que Viktor von Weizsäcker describió el camino y la obra de Friedrich Kraus, el gran patólogo de Berlín: "Lleno de un saber universal, se entregó a los pensamientos que de ese saber brotaban, y creó nuevos y peculiares conceptos, los cuales más bien señoreaban el caos del saber que lograban dominar la realidad manejable" (7). He ahí una elocuente descripción de esa actitud frente al saber médico que vengo llamando "racional".

En el ejercicio de la Medicina cabe discernir, por fin, una *actitud creencial*, fundada, como su nombre indica, en la capacidad de creer en el alma humana, y en la poderosa eficacia de tal capacidad sobre las más diversas actividades psicofísicas. Más que sobre lo visto y lo sabido, el médico trata ahora de apoyar su operación curativa sobre lo que él y el enfermo comúnmente creen. *Qui bene credit bene sanat;* éste podría ser el aforismo propio de la "actitud creencial" ante el problema de la curación.

Trátase—si se deja aparte el milagro *stricto sensu*, el "Tu fe te ha curado", con que Jesús sanó a la hemorroísa *(Marc.*, V, 34)—del fondo psicológico sobre que prosperan casi todas las curanderías y supersticiones médicas. Mas no sólo ellas. La eficacia real de la "confianza" del enfermo en el médico y el mecanismo de los tratamientos psicoterápicos, incluídos los menos visiblemente sugestivos, ¿no arguyen la constante existencia de un momento creencial en la acción curativa? Es sobremanera instructivo el curso histórico de las opiniones acerca de la relación psicoanalítica entre el médico y el enfermo. En sus primeros escritos, Freud se ve a sí mismo como el "ingeniero" de una perturbación en la hidráulica de la libido. Vino luego a pensar que el psicoanalista asume durante el tratamiento el papel de "padre" del paciente. Y Jung, más radical, descubrirá, al fin, que el médico se convierte ante el enfermo en agente inmediato de la Divinidad: "El médico llega a conquistar involuntariamente, por parte del enfermo, aquella so-

(7) Rudolf von Krehl: *Gedächtnisrede.* Leipzig, 1937.

brevaloración, casi inconcebible para un observador extraño, que le transforma en un redentor, en un Dios" (8). No sería difícil demostrar que en todo tratamiento médico genuino existe, en mayor o menor grado, esta relación creencial entre el paciente y el terapeuta.

Las actividades que acabo de describir—empírica, racional y creencial—son, para decirlo con una expresión de Max Weber, los "tipos ideales" de la acción del médico. La acción real de éste contiene siempre las tres, aun cuando no siempre en la misma proporción respectiva; y sólo así, por predominio de una de ellas sobre las restantes, es posible hablar de médicos empíricos, como Ambrosio Paré; racionales, como Brown, y creenciales, como Mesmer.

La historia entera de la Medicina posee, pues, una estructura definida por las subestructuras que he llamado transeúnte, progrediente e invariante. En cada una de las situaciones que integran esa historia se hallan presentes las tres, y las tres pueden ser descritas. Una pregunta se hace ahora ineludible: ¿cómo en la actual situación de la Medicina se articulan lo que ha de quedar olvidado, lo que pasará progresando y lo que en el saber y en la acción del médico nunca varía? Por mucho que le preocupe el tiempo en que existe, un historiador—y eso soy yo ahora—debe limitarse a dejar en el aire esa acuciante interrogación.

---

(8) *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten*, 2.ª ed., Zurich, 1932; trad. esp. bajo el título de *El yo y lo inconsciente*, Barcelona, 1936.

Pedro Laín Entralgo.
Lista, 11.
MADRID.