



Hacia el verdadero humanismo médico

Pedro Laín Entralgo

La expresión «humanismo médico» puede ser entendida de varios modos. Usada con intención historiográfica, nombra el costado médico del humanismo renacentista: la común actividad de los muchos médicos de los siglos XV y XVI que trataron de renovar la medicina mediante un conocimiento más amplio y más correcto del legado de la Antigüedad. Son también llamados médicos humanistas los que, desde una práctica de la medicina enteramente equiparable a la de quienes no reciben esa denominación, dedican su ocio a cultivar —con rigor y calidad sobresalientes, en ocasiones— actividades o disciplinas tradicionalmente tenidas por humanísticas: la historia, la literatura, el ensayo. Más que de «humanismo médico» habría que hablar en tal caso de «humanismo de los médicos», de ciertos médicos, porque la práctica habitual de quienes así proceden apenas tiene relación explícita y deliberada con lo que al margen de ella hace el médico no humanista. ¿Llamaríamos acaso «humanismo náutico» y «humanismo bancario» a la actividad de los marinos y los banqueros que por afición cultivan la historia o la antropología cultural?

Más ambiciosa y rigurosamente, yo llamaré humanismo médico a la actitud y el saber del sanador que trata de practicar y entender la medicina refiriendo explícita y deliberadamente su actividad no sólo a la condición humana de sus pacientes, que esto, de un modo o de otro, todo buen médico lo hace, mas también a las ciencias que desde hace unos lustros, siguiendo el modelo norteamericano, muchos venimos denominando «humanidades médicas»: la historia, la psicología, la sociología, la ética, la estética, la antropología filosófica y la antropología cultural, en tanto que aplicadas al conocimiento de la particular realidad con que el médico tiene que habérselas, el hombre enfermo. Además de ser humana y humanitaria, la medicina, en tal caso, sabe dar razón científica de esa doble y básica condición suya. Al menos, procura darla.

¿Cómo puede ser aceptablemente cumplida esta exigencia, a un tiempo intelectual y práctica? ¿Cómo el ejercicio y el saber del médico pueden quedar informados por las humanidades médicas, además de serlo, como habitualmente acontece, por la anatomía patológica, la fisiología experimental, la bioquímica y la microbiología? Dos respuestas caben.

La primera, de orden institucional y programático, dice así: las humanidades médicas informarán *desde fuera* el quehacer y la ciencia del médico, cuando adecuadamente sean incorporadas a la formación universitaria del estudiante de medicina. Adecuadamente, digo; tanto en lo tocante al modo de su incorporación, porque el docente puede olvidar o preterir el carácter formalmente médico que deben tener tales disciplinas, como en lo relativo a su cuantía, porque las que hasta hoy vienen integrando el *currículum* universitario del médico —anatomía, fisiología, etc.— no deben perder su tradicional y legítima importancia. ¿Llegará un día en que los estudiantes de medicina aprendan con cierto rigor lo que las humanidades médicas aportan al saber y al ejercicio del médico? Pienso que sí, aunque por el momento no parezca fácil llevar el empeño a término. La realidad misma de la medicina impondrá el

cambio. En cualquier caso, no es este el camino a que alude el «hacia» de mi reflexión.

Más propositivo que programático, el «hacia» que figura en el título de este artículo es de orden estrictamente clínico. Mi respuesta a las interrogaciones precedentes dice, en efecto: las humanidades informarán *desde dentro* el quehacer y la ciencia del médico, cuando éste, movido por un detenido examen de su actividad ante el paciente y con el paciente —ante un hombre enfermo, con un hombre enfermo—, por sí mismo advierta que necesita de ellas para dar plena razón científica de los dos momentos esenciales de esa actividad, el diagnóstico y el tratamiento. Veámoslo a la luz de un sencillo ejemplo.

Ante el paciente que ha solicitado su ayuda, un médico diagnostica sin dificultad la existencia de una úlcera gástrica. El interrogatorio se la ha hecho sospechar; la exploración radiográfica se la ha puesto ante los ojos. Lo que dicen los libros acerca de la úlcera gástrica ha sido rigurosamente confirmado en ese caso. Guiado por esos libros y por lo que oyó a sus maestros, el médico prescribe el oportuno tratamiento y cita al paciente para conocer el resultado de su prescripción. Todo ha sido correcto; todo ha transcurrido *lege artis*, diría un humanista a la antigua. Pero la indudable corrección de tal proceder —su fiel adecuación a las reglas tradicionales y vigentes; no otra cosa es la corrección práctica—, ¿permite afirmar que éste sea científicamente suficiente? La corrección práctica, ¿lleva necesariamente consigo la suficiencia científica? Y la suficiencia científica de un diagnóstico y un tratamiento, tan indudablemente necesaria para alcanzar la suficiencia práctica de uno y otro, ¿no exigirá tener muy en cuenta lo que enseñan las humanidades médicas? En relación con las seis principales, intentaré mostrar que así es.

I. En primer término, la necesidad de la *psicología médica*: el conocimiento científico de lo que acerca del estar enfermo un hombre puede y debe decirnos la psicología. Esta debe ser entendida, según la opinión hoy dominante, como la ciencia de la conducta humana; la cual

tiene que ser estudiada, si se quiere que el saber psicológico sea enteramente válido, a favor de métodos muy distintos entre sí: el conductista *stricto sensu*, el introspectivo, el comprensivo, el fisiológico-experimental, el psicoanalítico. Sentado lo cual, vengamos de nuevo a la experiencia clínica del médico que diagnostica y trata una úlcera gástrica.

El paciente en cuestión ha dicho que de cuando en cuando siente dolor de estómago. El médico, por su parte, incorpora tácitamente este dato a su diagnóstico —con rigor científico mayor o menor, según el nivel y la finura de su formación— recurriendo a lo que acerca del mecanismo del dolor enseñan los tratados de fisiopatología. Pero estos tratados, ¿suelen decir lo suficiente? Si el interrogatorio ha sido atento y minucioso, el médico habrá constatado, muy probablemente, que el dolor gástrico se le hace al enfermo menos perceptible cuando come y pasa la sobremesa con personas gratas para él. (Oí decir que un gastroenterólogo español de comienzos de siglo, el doctor Moreno Zancudo, solía incluir en el régimen de vida de sus clientes ulcerosos esta prescripción: «El enfermo procurará tener media hora de conversación agradable después de cada comida.» Un paciente zumbón le preguntó: «Diga, doctor; esto ¿en qué farmacia lo despachan?») Ciertamente, en ninguna. Pero, sea cualquiera la dificultad para cumplir tal prescripción, no carecía de fundamento la receta de aquel pintoresco gastroenterólogo.) Pues bien: ¿dicen los libros al uso por qué y cómo el buen humor hace digerir más fácilmente, y por qué y cómo este hecho hace menos perceptible el dolor de estómago consecutivo a la úlcera? En ambos casos, un *por qué* y un *cómo* cuya explicación científica sólo puede darla una psicología médica verdaderamente actual, cuidadosamente atendida, por tanto, a lo que el análisis fenomenológico y la investigación neurofisiológica han enseñado y están enseñando acerca del dolor humano. No hay duda: sin una psicología médica verdaderamente fiel a su nombre —no siempre lo son las enseñanzas que llevan ese título—, no puede ser científicamente

suficiente la intelección diagnóstica de un ulceroso de estómago. Ni, por supuesto, la de cualquier otro enfermo.

El médico sabe por otra parte que, poco o mucho, la acción terapéutica de un medicamento es más intensa cuando el enfermo cree firmemente en su eficacia. Por mínimamente humana que fuera la farmacología que aprendió, alguna referencia al *efecto placebo* del fármaco habría en ella. Ahora bien: ¿en qué consiste realmente el efecto placebo? ¿Qué pasa en el organismo del que cree en la eficacia de la acción a que se le somete para que esa acción se haga en él más intensa? Relativa ahora al tratamiento, de nuevo se impone la respuesta precedente: sin una psicología médica capaz de dar razón científica —descriptiva, comprensiva, neurofisiológica, endocrinológica— de lo que orgánicamente acontece en el acto de creer, no podrá ser científicamente suficiente el saber del médico acerca de los tratamientos que prescribe.

En suma: la simple reflexión de cualquier médico, humanista o no, le conducirá a descubrir —si no quiere ser rutinario, si en verdad quiere entender científicamente lo que ve y lo que hace— que la psicología médica le es necesaria para dar última precisión a su actividad diagnóstica y terapéutica.

II. No será distinta su conclusión respecto de la *sociología médica*.

Sigamos con nuestro ulceroso de estómago, y recordemos, porque viene como anillo al dedo, una fina sentencia de Marañón. «La misma úlcera de estómago —escribió el gran médico— no es lo mismo en un segador que en un profesor de filosofía.» Quería decir, nada más obvio, que, aun siendo enteramente iguales las imágenes radiográficas de los dos estómagos, el del segador y el del profesor de filosofía —«la misma úlcera»—, los cuadros clínicos en que esa úlcera se manifiesta son distintos, no pueden ser iguales en uno y otro paciente. Pero ¿por qué sucede tal cosa? ¿Cómo este hecho —en sí mismo, pura constatación empírica; «hecho bruto», diría Claudio Bernard— puede ser científicamente explicado? ¿Qué pone el «ser segador» y

qué el «ser profesor de filosofía» en la total realidad humana de ambos ulcerosos de estómago? Ningún médico intelectual y médicamente exigente dejará de hacerse estas preguntas.

La primera de las posibles respuestas tendrá un carácter netamente psicológico o, para decirlo con precisión zubiriana, psico-orgánico. Cualesquiera que sean, en efecto, las peculiaridades psíquicas y orgánicas de cada uno de los dos pacientes —alto o bajo, rubio o moreno, fuerte o débil de voluntad, etc.—, algo típicamente diferenciable tiene que haber en su psique y en su organismo, algo simultáneamente determinado por la constitución biológica y por la biografía, para que la configuración clínica de sus respectivas úlceras de estómago sea distinta. ¿Qué es ese «algo»? Ardua cuestión, a la que sólo una sutil investigación biológica —psicológica *stricto sensu*, neurofisiológica, endocrinológica— podrá responder.

Entre tanto, una respuesta de índole sociológica se añadirá a la anterior. La biografía del segador y la del profesor de filosofía, y por consiguiente sus respectivos oficios, pertenecen, en efecto, a pautas sociológicas muy diferentes entre sí. Lo cual indica que —a través de lo que en uno y en otro descubra la investigación psicológica— el modo de la pertenencia del enfermo a la sociedad en alguna medida influye sobre la configuración clínica de su enfermedad, y acaso sobre la génesis de ésta.

El estudio del problema así entrevisto constituye el capítulo principal, aunque no el único, de una disciplina que desde hace decenios ha logrado extraordinario auge, la sociología médica. La génesis de gran número de enfermedades, entre ellas la úlcera gástrica, y la expresión sintomática de casi todas, son poderosamente condicionadas por la índole de la implantación social —clase, profesión, entorno familiar, grupo cultural, etc.— del sujeto que las padece; y para que la observación de tal realidad deje de ser mera constatación de hecho y alcance nivel de conocimiento científico, necesariamente habrá que aprender algo de lo que la sociología médica enseña. Así lo hace ver al médico

reflexivo un análisis medianamente detenido de su experiencia clínica. Tal necesidad, ¿conducirá un día a que el saber médico-sociológico sea adecuadamente enseñado al aprendiz de médico?

Nueva conclusión: para que el diagnóstico y el tratamiento alcancen la debida perfección, cierta dosis de sociología médica debe informar la práctica y el contenido de uno y otro. Dijo un distinguido clínico del siglo pasado: «Cuando veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta.» Nada menos exacto. Cuando un médico está con un enfermo, con ellos está la sociedad a que ambos pertenecen, en el médico como tal médico, en el enfermo como tal enfermo, Y el médico debe saber por qué y cómo eso sucede.

III. No menos evidente es la necesidad de la *ética médica*, tanto para orientar la acción del médico como para dar razón intelectual de ella. Porque, para el médico y para todos, la ética, a la vez que imperativo práctico (la ética como norma de conducta), debe ser disciplina científica (la ética como parte de la filosofía y la ciencia de la conducta).

Orientación de la praxis es la ética en todas las acciones del médico, diagnósticas o terapéuticas, tan pronto como éstas dejan de ser ejercicio rutinario e irreflexivo; en todas, por alejadas que se hallen de cualquier dramatismo. Vengamos, si no, al ejemplo aducido: el diagnóstico y el tratamiento de un ulceroso de estómago.

El interrogatorio del enfermo exigirá siempre la formulación de preguntas —por ejemplo: «¿Es usted fumador?»— que nunca o sólo muy excepcionalmente plantearán un problema ético; pero tal vez aconseje hacer otras que de algún modo puedan herir la personal susceptibilidad del interrogado, y más si se las formula torpemente. En tal trance, ¿qué hará el médico? ¿Se abstendrá de formularlas? Y si se decide a hacerlas, ¿cómo las hará? He aquí un minúsculo, pero real problema clínico y ético.

Más patentemente aparece la esencial eticidad del acto médico cuando la exploración clínica obliga a sopesar la utilidad diagnóstica, el precio y el posible riesgo de una

determinada técnica, o cuando la prescripción del tratamiento ponga al médico ante el deber de decidirse en pro o en contra de una intervención quirúrgica o de considerar, respecto de las posibilidades económicas del enfermo o de las normas de la institución en que se le asiste, el coste del medicamento o de la operación. Por trivial que parezca, toda decisión médica lleva consigo un problema ético.

La extraordinaria eficacia técnica de la medicina actual—vigilancia intensiva, reanimación, eutanasia, trasplantes de órganos, posibilidades diversas de la fecundación, clonación *in anima nobili*, etc.— ha hecho frecuentes y llamativas las situaciones en que llega a ser complicadamente sutil y gravemente dramático el carácter ético de la actividad del médico. No es extraño, pues, que la ética médica, la bioética, como al modo americano se la viene llamando, haya cobrado importancia extraordinaria en los últimos tiempos. La espectacularidad y el dramatismo de esas situaciones no debe hacer olvidar, sin embargo, que también en las más sencillas y cotidianas actuaciones del médico entra en juego la decisión ética.

Ahora bien: la percepción de la eticidad de los actos diagnósticos y terapéuticos, ¿hasta dónde debe conducir? ¿Sólo hasta la simple ejecución de lo que en aquel caso sea o parezca ser más correcto? Si no es grande la exigencia intelectual del médico, tal vez. Pero si éste posee una mente verdaderamente científica, aspirará a saber con algún rigor las razones de su decisión; y entonces aparecerá nítidamente ante sus ojos, como brotando desde el meollo mismo de su acción, la necesidad de que la ética, ahora como saber científico, no como simple conjunto de reglas deontológicas, tenga parte importante en la formación del estudiante de medicina. Con ella, las humanidades médicas pasan del conocimiento de *lo que es* (qué es realmente la enfermedad, en tanto que humana) al conocimiento de *lo que debe ser* (qué debe ser la conducta del médico según lo que científicamente sean sus actos y según la calificación moral de sus decisiones ante su propia

conciencia, ante la conciencia del enfermo y en el seno de la sociedad a que uno y otro pertenecen). *Nulla medicina sine ethica*; mas no sólo como conjunto de preceptos, también como disciplina científica.

IV. En tanto que conjunto de preceptos, baste recordar el código de Hammurabi, la ética médica es el más antiguo de los saberes humanísticos —si humanística puede ser llamada la doctrina de ese código— que verdaderamente importan al médico. Pero, si no tanto, antiguo es también el saber que escolarmente llamamos hoy *historia de la medicina*. Tan pronto como adquirió conciencia técnica de su actividad, el médico cayó en la cuenta de que el ejercicio plenamente racional de la medicina pide el conocimiento, aunque éste sea hipotético y sumario, de su paulatina constitución en el tiempo. De ello es bien elocuente testimonio la idea que sobre el origen del arte de curar expone el escrito hipocrático *de prisca medicina*.

¿Quiere decir esto que sólo mediante una atenta consideración de lo que hace puede descubrir el médico que, para serlo cabalmente, necesita de la historia, como respecto de la psicología, la sociología y la ética hemos visto que sucede? En modo alguno. El médico puede practicar una medicina realmente humana, humanitaria, científica y antropológica, sin la menor inquietud acerca del pasado de su saber. Pero si ha aprendido a librarse del vicio mental del dogmatismo —si es capaz de discernir, en consecuencia, lo que es verdaderamente cierto y lo que es inequívocamente discutible en la medicina que sabe— y si, sobre ese valioso fundamento, alguien pone adecuadamente ante sus ojos el pasado de su saber, es seguro que muy pronto descubrirá el valor formativo de esta cuarta dimensión del verdadero humanismo médico.

Advertirá paulatinamente, en efecto, cómo la historia de la medicina, cuando rectamente se la conoce y se la entiende, le ayuda a saber mejor lo que como médico sabe (ganancia intelectual) y a mejor cumplir algo que como médico debe hacer (ganancia ética).

Ante el diagnóstico de un ulceroso de estómago, siga-

mos con nuestro ejemplo, la historia de la medicina le enseñará que en el progresivo conocimiento de la úlcera péptica deben ser distinguidas varias etapas. En la primera, anterior al aislamiento de esa especie morbosa, prehistórica respecto de ella, cabría decir, la realidad de lo que hoy llamamos *ulcus ventriculi* o úlcera de estómago se hallaba clínicamente confundida con la de todas las dolencias de apariencia sintomática más o menos semejante a la de la suya. La segunda comienza con el discernimiento, dentro de ese confuso cajón de sastre, de los procesos morbosos cuya causa es la erosión redondeada de la mucosa gástrica que con el nombre de *ulcus rotundum* describió el anatomopatólogo Cruveilhier. En la tercera, la investigación fisiopatológica y la exploración instrumental descubren y describen los desórdenes funcionales —químicos y visceromotores— a que esa úlcera da lugar, y la detectan con los rayos X. En la cuarta, el investigador se debate con el problema de precisar los procesos orgánicos en que esa lesión tiene su causa. En la quinta y última, la aparición y la configuración clínica de la úlcera de estómago son estudiadas desde los tres puntos de vista, el constitucional, el psicológico y el sociológico, que la patología de nuestro siglo ha añadido a los anteriores. Todo lo cual contribuirá eficazmente a que el juicio diagnóstico gane integridad y claridad. Otro tanto cabría decir de las restantes especies morbosas.

Mas no sólo integridad y claridad concede al médico el recto conocimiento de la historia de su saber, también le ofrece una importante ayuda para el ejercicio de su libertad intelectual. Como la de cualquier otra ciencia y cualquier otra técnica, la historia de la medicina hace ver la perdurabilidad de los hechos de observación, cuando han sido correctamente percibidos y descritos, y la caducidad de tantas y tantas teorías que un día parecieron incommovibles. A la luz de la historia, el saber médico deja de ser dogmático —con especial energía subrayó Marañón el imperativo del antidogmatismo— y pone al que lo posee en situación de ser intelectualmente libre ante él. *Historia*

vitae magistra, dijo Cicerón. No siempre lo es; pero maestra de una vida en libertad, siempre puede y debe serlo.

El aficionado contacto con la historia de la medicina permite al médico, en fin, el cumplimiento del deber que nombra nuestro pueblo cuando afirma la fundamental excelencia ética del hombre «bien nacido». Bien nacido no es el que procede de estirpe noble, sino el que sabe conocer y reconocer lo que otros le han dado para ser lo que real y efectivamente es. Bien nacido será el médico, en consecuencia, cuando conozca a quienes debe los saberes teóricos y prácticos con que gana su vida —a Galeno, la pauta de sus juicios etiológicos; a Withering, el empleo de la digital; a Laennec, la auscultación; a Ehrlich, la iniciación de la quimioterapia sintética— y, en el sentido moral del verbo, reconozca su cotidiana deuda para con ellos. La historia de la medicina se hace así escuela de médicos bien nacidos.

Tales son las razones y tales las vías por las que el saber histórico-médico ocupa un lugar destacado en el conjunto de las humanidades médicas. Como todas ellas, pero a su peculiar modo, ayuda con eficacia a que la medicina sea una actividad plenariamente humana.

V. En su ejercicio clínico, ¿qué es lo que el médico diagnostica y trata? La respuesta de la patología nosográfica dice así: «El médico diagnostica y trata enfermedades, especies morbosas: úlceras de estómago, estenosis mitrales, esquizofrenias, etc.» Más cerca de lo que en su práctica hace el buen clínico, la patología individual dirá: «El médico debe diagnosticar y tratar enfermedades, sí, pero tal y como individualizadamente se realizan en el sujeto que las padece: diagnostica y trata ulcerosos de estómago, en tanto que sujetos en los cuales cobra forma individual la úlcera de estómago, y así en los casos restantes.»

Pero, por adecuada que parezca, esta respuesta no puede satisfacer la exigencia de un médico intelectualmente ambicioso. A poco que ese médico reflexione, razonará así: «En efecto, yo diagnóstico y trato a ulcerosos de estómago. Estos, sin embargo, no son ante mí úlceras de estómago

sintomáticamente individualizadas, sino hombres singulares, personas que padecen y hacen el modo de enfermar a que los libros dan el nombre de úlcera de estómago.» Surge así el problema de la enfermedad —del enfermar, más bien— como vicisitud que acaece en una vida humana individual, y con él dos cuestiones íntimamente conexas entre sí, aunque metódicamente discernibles: qué es genéricamente un hombre enfermo (qué es la enfermedad en cuanto vicisitud de la vida humana *in genere* y en cuanto modo de ser de la realidad cósmica que denominamos «hombre») y cómo ese genérico modo de vivir se individualiza en la persona que padece el proceso morboso (qué es la enfermedad *in genere*, en tanto que vicisitud en la personal realidad del enfermo). Cuestiones estas que sólo pueden ser abordadas desde una teoría general de la realidad humana —con otras palabras: desde una antropología filosófica— y que constituyen la materia central de la disciplina en la cual todas las restantes humanidades médicas tienen su fundamento: la *antropología médica*. ¿Qué es el hombre enfermo cuando como tal se relaciona con el médico? He aquí las preguntas que aparecerán en la mente del médico cuando desde la patología quiera pasar a la antropología médica.

Respecto de ella debe decirse algo análogo a lo que respecto de la historia de la medicina antes he dicho. El médico puede practicar una medicina real y efectivamente humana, humanitaria y antropológica sin plantearse siquiera el problema de la antropología médica. La medicina antropológica es, en efecto, un modo de la praxis médica, su modo integral: el ejercicio de la medicina cuando quien la practica sabe tener en cuenta tanto las enseñanzas de la patología oficial o académica como lo que acerca de la enfermedad enseñan la psicología médica, la sociología médica, la ética médica y la antropología cultural. La antropología médica, en cambio, no es un conjunto de saberes prácticos, sino saber teórico, teoría; no enseña reglas para diagnosticar y tratar. Pero si el médico quiere conocer el fundamento real de lo que humana, humanitaria

y antropológicamente hace, sentirá la necesidad intelectual de pasar de la praxis a la teoría y postulará *in mente* la antropología médica que mejor case con su idea de lo que el hombre es. «No hay mejor praxis que una buena teoría», dijo un gran físico y ha repetido un gran médico. No hay mejor praxis —me atrevo a decir yo— que aquella en la cual una buena teoría se justifica, ni mejor teoría que aquella a la cual una buena praxis conduce.

El *curriculum* de la Facultad de Derecho incluye tradicionalmente dos disciplinas, la Historia y la Filosofía del Derecho, y con ellas ofrece a los juristas el doble camino que enlaza el saber jurídico con la realidad y la vida del hombre. Algo análogo podría ofrecer a los médicos la Facultad de Medicina, si a la ya existente Historia de la Medicina se añadiera la Antropología médica.

VI. Incurriendo en el vicio intelectual de tomar la parte por el todo, los anglosajones suelen llamar antropología médica (*medical anthropology*) a una disciplina que debe ser llamada *antropología cultural médica*: el conocimiento de lo que es la medicina en las sociedades y las culturas primitivas. Con lo cual sólo a medias se corrige el error, porque no hay razón alguna para que el campo de la antropología cultural quede limitado a las formas primitivas de la vida humana. Como se estudia la antropología cultural médica de los bantúes o de los navajos, ¿no es acaso posible estudiar la de la Italia renacentista o la de la ciudad norteamericana del siglo XX?

Es fácil advertir, sólo con lo expuesto, que en el contenido y en los métodos de la antropología cultural médica confluyen y adquieren concreción especial, en cuanto que referidos a una determinada sociedad (tribu primitiva o ciudad renacentista) y a una determinada situación histórica (cultura primitiva superior o Europa feudal), la sociología médica, la psicología médico-social y la historia de la medicina. Es cierto, sí, que la situación histórico-social de una tribu de bantúes parece ser históricamente estable, como si la vida colectiva no cambiase en ella con el paso del tiempo, y que la vida comunitaria de

una ciudad moderna cambia notablemente de siglo en siglo, e incluso de año en año; pero una observación atenta permitirá descubrir lo que en aquélla es cambiante, aunque no sea traumáticamente alterada por la colonización, y lo que en esta otra es estable, aunque la marginación no la tibetanice. Ni la estabilidad aparente anula el progreso, ni el progreso —la mudanza que el progreso implica— excluye la posibilidad de discernir y describir tipos histórico-sociales, modos típicos de configurarse las creencias, las ideas, las estimaciones y las actividades. Tanto en uno como en otro caso, el tipo histórico-social (sociedad ganadera y nómada, sociedad feudal, ciudad moderna, etc.) es la principal unidad descriptiva de la antropología cultural y, en consecuencia, del estudio antropológico de la medicina.

A la vista de lo que habitualmente enseñan los tratados de antropología cultural médica, muchos dirán que esta disciplina interesará, desde luego, a los médicos colonizadores o misioneros, mas no a los que ejercen la medicina en países «civilizados». No es así. Ante todo, porque en estos países hay grupos humanos en lo que bajo formas diversas perduran ideas, creencias, estimaciones y prácticas pertenecientes a la mentalidad llamada «primitiva». Cualquiera puede comprobarlo. En segundo término, porque, como la psicología profunda tan convincente y prolijamente ha demostrado, hasta en los individuos de mente más urbana y racionalizada existen arquetipos y modos de comportamiento propios de esa mentalidad; todos los hombres somos más o menos «primitivos». En lo tocante a la medicina, así lo ha hecho ver la patología psicósomática. Y en definitiva, porque, como acabo de indicar, todas las sociedades, hasta las más actuales, deben ser objeto de estudio de la antropología cultural.

He aquí, pues, cómo la sexta de las humanidades médicas antes mencionadas puede ayudar al médico a entender cabalmente la realidad del hombre enfermo. Para no salir del ejemplo a que constantemente he venido refiriéndome, la de un ulceroso de estómago.

VII. Repetiré mi fórmula: exigente y rigurosamente

entendido, el humanismo médico es la actitud, el saber y la obra del sanador que trata de practicar y entender la medicina refiriendo su actividad tanto a las ciencias que cuando estudiante le enseñaron, como al conjunto de las que hoy denominamos humanidades médicas: la psicología médica, la sociología médica, la ética médica, la historia de la medicina, la antropología médica, la antropología cultural médica. Médico humanista será, en consecuencia, el que así proceda, y con mayor razón el que, además de practicar la medicina, se decida a cultivar por su cuenta alguna de esas materias.

¿Cómo? Dos tipos sociológicos deben ser discernidos en el cultivo de la ciencia: el técnico y el aficionado, el *scholar* o *Gelehrte* y el *amateur* o *dilettante*. Los dos son necesarios y los dos se complementan. Las recién nacidas humanidades médicas necesitan tanto del trabajo profesional de aquél como de la dedicación ocasional de éste. Una exposición ambiciosa de la medicina del siglo XX, valga este ejemplo, ¿podrá prescindir de lo que acerca de ella escribió en sus ratos de ocio el neurocirujano Harvey Cushing?

Muchas veces ha sido repetida una ingeniosa frase de Letamendi: «El que no sabe más que medicina, ni aun medicina sabe.» Respecto de lo que la medicina oficial era a fines del siglo XIX, tal vez. Hoy, no. Hoy habría que decir: «El que en serio quiera saber medicina, habrá de saber humanidades médicas.»

P. L. E.