

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO

EL ROSTRO HUMANO DE LA MEDICINA

DISCURSO DE INGRESO

del Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Víctor Bustamante Murga

DISCURSO DE CONTESTACION

del Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. René Sarraut Torreguitart



BILBAO, 1991

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO

EL ROSTRO HUMANO DE LA MEDICINA

DISCURSO DE INGRESO

del Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Victor Bustamante Murga

DISCURSO DE CONTESTACION

del Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. René Sarriat Torreguitart



BILBAO, 1991

A mi padre que me mostró el camino.

A mis maestros y en especial a D. Luis que me enseñaron a recorrerlo.

A los enfermos y alumnos que han sido motivación y meta.

A los médicos de quienes tanto he recibido.

A mi familia que tantas veces supo sacrificar sus sueños para ayudarme a vivir los míos.

"EL ROSTRO HUMANO DE LA MEDICINA"

Por el Profesor Dr. Victor Bustamante Murga.
Catedrático de Medicina.

"Ho anthropos to panton metron eimy."

Protagoras

Exmo. e Ilmo. Sr. Presidente:
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos:
Sras. y Sres.:

Deseo, en primer lugar, expresar mi gratitud a todos los que, un día ya lejano, apoyaron mi propuesta para ingresar en esta docta corporación. Bien sé que en ello contaron razones de amistad, lo cual es un motivo más para que mi agradecimiento sea más profundo y más entrañable.

Este discurso es la consecuencia de una larga reflexión sobre algunos de los palpitantes problemas que afectan a la medicina en nuestros días. Varias veces comenzado y otras tantas interrumpido por las mil vicitudes de la existencia y, más aún, por las propias dificultades del intento. A pesar de la ayuda de los trabajos consultados, según el símil platónico, no acertaba a ver la luz desde el fondo de mi caverna.

Al fin, y siguiendo el consejo de Descartes, me encerré en un recodo del camino con mis libros y más aún con mis recuerdos, los de los largos años de asistencia, y también, por qué no decirlo, con mis propias vivencias como enfermo. Los analicé despacio, medité sobre ellos sin prisa y así brotó mi ensayo. De esta manera tal vez gane en verdad lo que pierda en erudición, ya que, sobre todo, intento que sea sincero.

Su argumento tratará de ser un análisis de la inquietud que uno siente en este final del siglo y del milenio cuando piensa que, junto al gigantesco desarrollo de los conocimientos médicos y la disponibilidad de unos recursos técnicos que nos permiten hacer por los pacientes cosas casi milagrosas, surge la paradoja de ser duramente criticados por la sociedad y, lo que es más preocupante, por nuestros propios enfermos.

Somos conscientes de que estas críticas ni son constantes ni a veces justas, pero no podemos negar ni su existencia ni la razón de algunas de ellas. En consecuencia, hemos considerado conveniente analizar ciertos aspectos de la medicina actual y, en especial, algo tan fundamental como la relación del médico y del enfermo. De ahí su título: «El rostro humano de la Medicina». Ya que la medicina, como aquel viejo dios Jano encargado del gobierno de los años, debería ser representada con dos caras, una reflexiva, la que contempla los aspectos científicos de la enfermedad, y otra comprensiva, la que atiende a los aspectos humanos del enfermo.

Que acertemos o no será nuestro riesgo, pero creemos que un fin tan noble bien vale nuestro esfuerzo.

I. EL HOMBRE ANTE EL DOLOR Y LA SOLEDAD

Nuestra reflexión va a tratar del hombre, del dolor, de la mirada, de la palabra, del médico y del enfermo, esto es, de la clínica.

Enfermedad y dolor han sido compañeros inseparables del hombre en su caminar sobre la tierra desde que nace hasta que muere.



Asklepion, la serpiente, inspira al enfermo durante el sueño, el remedio, «pharmakon», para su enfermedad.

La enfermedad limita sus fuerzas, recorta su libertad, le priva de muchas de las cosas gratas de la existencia e, incluso, amenaza su vida.

Desde que los hombres razan, han luchado continuamente por contestar las preguntas: ¿qué es la enfermedad?, ¿cómo remediar sus males?

El enfermo, desde su impotencia, se ve obligado a pedir ayuda y el primer grito de dolor que se oyó en la selva fue, de alguna manera, la primera llamada a un médico.

Así se encontraron por primera vez los dos protagonistas de nuestra historia, el enfermo y aquel hombre que trataba de ayudarlo y que fue el precursor de nuestra profesión. Entre ambos se inició un diálogo que fue la primera relación médico-enfermo.

Surge así una doble actitud ante la enfermedad, una aflicta o pática, la del paciente, y otra racional y objetivante, la de aquel buen samaritano, que va a ser el inicio del conocimiento de la enfermedad a través de los siglos.

II. LA RAZON Y LA IMAGINACION ANTE EL ENIGMA DE LA ENFERMEDAD

Así como ante un herido era fácil evidenciar la causa de las lesiones, ante un enfermo era imposible descubrirlas. A falta de una explicación racional el hombre recurrió a su pensamiento mágico e imaginó que la causa de las enfermedades eran o bien los dardos de Apolo, tal como lo relata Homero en la Iliada, o el castigo de Yahve, como lo narra la Biblia.

Por esta razón, los enfermos griegos acudían al templo de Esculapio y asistidos por sus sacerdotes, los asclepiades, pedían para que el dios les inspirase durante el sueño de la vigilia los medios para recuperar la salud. Así nacieron los remedios.

Mas, como señala Tucídides, los antiguos griegos fueron un pueblo singular e irrepetible, ya que tuvieron el insólito hábito de pensar antes de hacer. A los sacerdotes de Esculapio no les bastaron las explicaciones míticas y dieron en pensar que, si la lesión no estaba fuera, la enfermedad pudiera ser una especie de herida que

existiera en el interior. Como a veces tenían que corregir los remedios, que aun siendo mágicos no eran lógicos, tomaron sobre sí la tarea de ocuparse del oficio de su dios y curar ellos a los enfermos.

Un día los sacerdotes y enfermos de la isla de Cos abandonaron el templo. Por primera vez en la historia de la humanidad el pensamiento lógico se había impuesto al pensamiento mítico y de esta manera nació la Medicina y, con ella, tal como señala el gran epistemólogo Farrington, el pensamiento científico.

Así nació la medicina y con ella la ciencia en el siglo VII antes de Cristo, en las costas jónicas, al cristalizar el pensamiento cosmológico de los griegos en el pensamiento científico natural, pero, además, también nació como arte.

Como ciencia, porque trataba de estudiar las enfermedades como hechos naturales, y como arte, por ocuparse de tratar a los enfermos.

Sus anotaciones, que aún se conservan, son la primera página de la historia natural de la enfermedad, que hoy llamamos clínica y sigue siendo nuestro texto fundamental.

Conscientes de su ignorancia, primer principio de la sabiduría, aquellos médicos no trataron de luchar contra la enfermedad, sino de respetar a la naturaleza y ayudar a los enfermos.

Sus sucesores, los hipocráticos, fueron aún más lejos: no sólo buscaron el saber y el saber hacer, sino que dotaron a la profesión de un código de conducta, cuyos valores morales no han sido superados en veinticinco siglos.

Su juramento no sólo les emplazaba ante Apolo y Esculapio, como dioses de la medicina, sino ante Higea y Panacea, diosas de la salud y los remedios. Así significaron un hecho que muchos creen novedoso, el de que la función del médico no es sólo el curar a los enfermos, sino el proteger la salud y evitar las enfermedades.

La medicina griega, al alumbrar el pensamiento científico, elevó al hombre junto a los dioses. Los hipocráticos lo ennoblecieron aún más al enseñarnos que, si no podía haber ciencia sin prudencia, tampoco debería haberla sin conciencia.

III. LA ARQUEOLOGIA DEL SABER MEDICO

Durante veinticinco siglos el médico ha sido fiel a estos principios y ha luchado por contestar las dos preguntas ancestrales. En esta lucha ha utilizado todos los conocimientos y todos los recursos a su alcance.

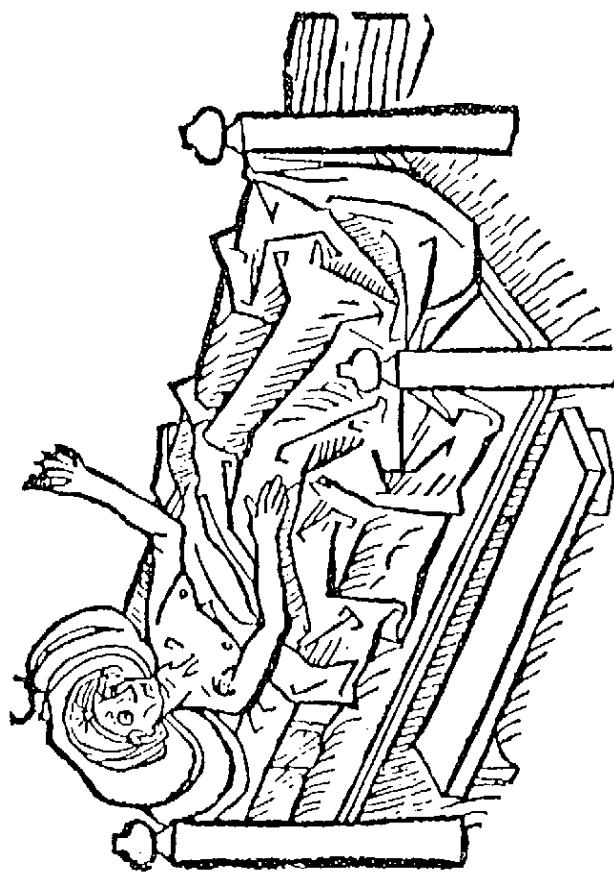
Fue preciso abrir los cadáveres para descubrir aquellas heridas interiores causantes de la enfermedad, y así lo hizo, entre otros, Rene Laennec para conocer las lesiones de los pulmones y del corazón y pagó con su vida su curiosidad científica. Sublime curiosidad la de aquel hombre, tan respetuoso con sus enfermos, que para no apoyar su oído en el pecho de una joven, enrolló su cuaderno clínico y como él nos dice: «Pudo escuchar el lenguaje de la enfermedad cardíaca que padecía». Así se construyó aquel primer aparato, que aún hoy usamos, para «mirar dentro del pecho», que eso significa Estetoscopia.

Pero, a veces, nuestros protagonistas siguieron caminos erróneos. Algunos enfermos volvieron sus pasos hacia la magia y acudieron a hechiceros y curanderos. Aún hoy, muchas gentes fieles a la superstición ancestral siguen creyendo en el amuleto y, así como antaño creían en el cuerno del unicornio con su explicación mítica, hoy creen en la pulsera de metal con su explicación pseudocientífica.

Lo cierto es que el hombre, aun viviendo en la era espacial, sigue conservando sus sentimientos ancestrales y, entre ellos, su pensamiento mágico, cosa que el médico jamás debe olvidar al realizar y enjuiciar la terapéutica.

Algunos médicos invocaron las teorías hipocráticas, pero sin el debido respeto a la naturaleza, y utilizaron terapéuticas tan agresivas como el sanguinario Broussais, cuya única virtud fue, sin duda, la de enfurecer con sus desmanes al pacífico Laennec.

Entre los dos extremos, del no hacer nada y el hacer en demasía, hubo algunos médicos, que, pendientes de sus enfermos y sagaces observadores de la naturaleza, ganaron batallas memorables. Uno de ellos fue Jenner que con su vacuna protegió a la humanidad de la mayor causa de mortalidad que existía en nuestro planeta.



El enfermo en el «klinos» griego, según un grabado medieval.

IV. EL PENSAMIENTO CIENTIFICO-NATURAL Y EL NACIMIENTO DEL SIGNO CLINICO

A la llegada del siglo XIX muchos de sus hombres acudieron junto al médico con sus recientes conocimientos científicos para ayudarlo a contestar, ante el enfermo, los dos viejos interrogantes del porqué y del cómo remediar las enfermedades.

Uno de ellos, un químico, Luis Pasteur, descubrió la causa de las infecciones, y mediante vacunas y sueros, él y sus seguidores curaron la rabia, la difteria y muchas más. Otro fue un dramaturgo fracasado, médico que nunca ejerció y que escribió unos artículos con títulos tan románticos como «Entendiendo al páncreas», «La novela del hígado» y «La punción que produce la Diabetes». Su autor, Claudio Bernard, con su «Introducción a la medicina experimental» marcó la senda para descubrir, mediante la investigación científica, los trastornos de la enfermedad, su diagnóstico y el tratamiento de muchas de ellas.

El espíritu científico desde los laboratorios llegó a la clínica, y a aquellos hombres no les bastaron los síntomas, que eran meras señales o sombras, como explicaba Galeno, sólo útiles para el silogismo clínico y para elaborar las hipótesis diagnósticas. Buscaban las pruebas, que les sirviesen para confirmarlas o descartarlas. Estas pruebas en parte las encontraron en los laboratorios, pero, sobre todo, en el propio enfermo, en ciertos síntomas dotados de especial valor, que fueron los signos.

Nace así el signo como la gran aportación de la medicina científico-natural a la clínica. No como un síntoma objetivo sino, en el sentido de Foucault, como algo que nos permite interpretar su presencia en razón de su causa. Así, la ictericia es un síntoma, pero la presencia en el enfermo de una vesícula grande, palpable y dilatada es un signo fiable de obstrucción neoplásica de la vía biliar y como tal lo describió Courvoisier.

Hombres como Laennec, Mc Burney, Babinski y otros muchos, dieron sus nombres a una rica semiología. Estos signos, que puede recoger el médico con sólo dominar el arte de la exploración, siguen siendo fundamentales para el diagnóstico. El progreso tecnológico, no sólo no los ha relegado al olvido sino que los ha

potenciado, y así en el diagnóstico de las neumonías la radiología ha descrito nuevos signos como el de la silueta cardíaca o el broncograma aéreo.

De esta manera la clínica se ha enriquecido con el progreso técnico, pero su esencia sigue siendo el virtuosismo de la observación y el oficio de los detalles. Hoy como ayer, y siguiendo el método de Claudio Bernard, es preciso plantear las hipótesis diagnósticas desde el enfermo y evaluarlas a través de los medios de exploración mediante signos o con los medios auxiliares. Mas al disponer de tantos y tan potentes medios instrumentales, que nos permiten observar cualquier rincón del organismo, al médico actual se le plantea el dilema de la selección, ya que según el viejo aforismo, el que no sabe lo que busca, tampoco sabe lo que encuentra.

V. «ESCUCHAD Y LEED EN EL ENFERMO LAS RAZONES DE LA ENFERMEDAD»

Este pensamiento de Laennec cada día cobra más actualidad, ya que son muchos los médicos que, deslumbrados por los conocimientos acumulados y con fe ciega en la tecnología, parece que como el vienés Wield piensan que: «El tiempo empleado en recoger una buena historia clínica es un tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico».

El problema se planteó con caracteres críticos, cuando Charcot, el hombre que había sentido genialmente las bases anatomoclínicas de las enfermedades neurológicas, buscó y no encontró en el cerebro las lesiones de la enfermedad a la que había dedicado más atención y tiempo, la histeria.

Mas este fracaso no fue inútil, ya que uno de los asistentes a la clínica de la Chalpétriére, un vienés llamado Freud, comprendió que la causa de la histeria no había que buscarla, como en las otras enfermedades neurológicas con los ojos y en el cadáver, sino mediante el oído y escuchando a los enfermos según los consejos de Laennec.

Aparece así un nuevo aspecto en la enfermedad humana, ya que nuestra mente no sólo proyecta sus creaciones hacia fuera,

busca el remedio, sino que, como aquel primer enfermo, nos pide compañía para su soledad y que le hablemos y le ayudemos a comprender las dos incógnitas ancestrales, la del porqué y del cómo remediar las consecuencias de su enfermedad.

Así surge de nuevo en nuestro análisis la palabra. En primer lugar como causa, porque como señala Ajuriaguerra: «La razón fundamental de muchas de las patologías y los conflictos personales es la falta de diálogo».

En segundo, como consecuencia, ya que la palabra, tal como indica Vaclav Havel, no sólo encierra en sí el significado que le otorga el diccionario sino a la persona que la pronuncia y a la situación en que es pronunciada. Situación que en nuestro caso lógicamente será el diálogo con el paciente, porque la palabra sigue siendo el cauce fundamental de toda relación entre el médico y el enfermo.

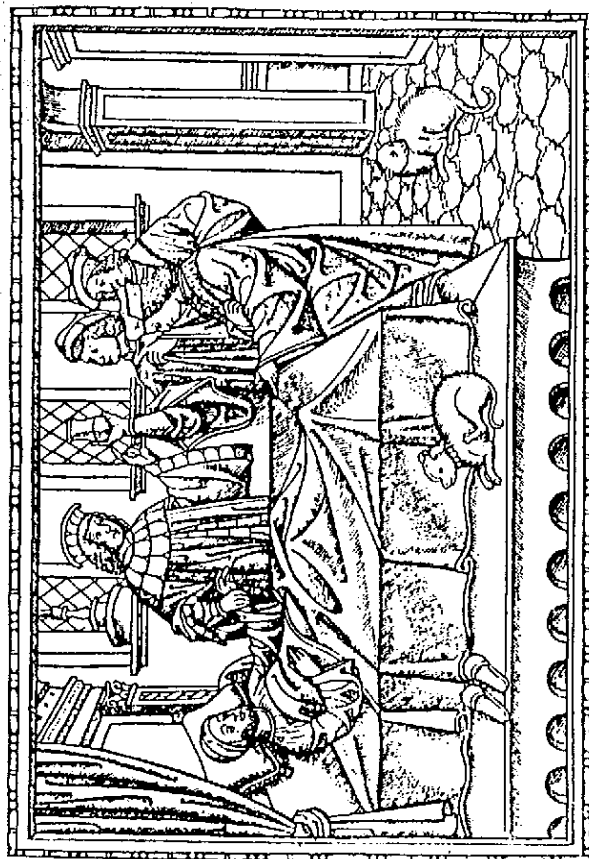
Por último, como terapéutica porque ella nos permite analizar y racionalizar los síntomas de la enfermedad, y ayudarte a comprenderlos y a superarlos, o sea, a hacer psicoterapia. Ya que como se ha dicho, si por una palabra se puede romper un afecto, también por una palabra se puede arreglar un conflicto.

De hecho la palabra es el único bálsamo para muchos de estos males, que los demás remedios no logran aplacar.

VI. EL ENCUENTRO DEL MEDICO Y EL ENFERMO EN LA MEDICINA ACTUAL

Hemos dejado a nuestros protagonistas buscando a través de los siglos la respuesta a las dos preguntas fundamentales. El médico y el enfermo se siguen encontrando, como siempre, el uno porque precisa ayuda y el otro porque quiere ayudar.

La casa, con el enfermo en su cama y rodeado por su familia, sería la situación ideal ya que la enfermedad es un episodio de la vida. Mas hoy, a causa de la tecnificación, como veremos, las cosas no suelen ocurrir así. Por las mismas causas el consultorio también ha sido desbordado.



La Escuela Holandesa, al conjugar la observación del enfermo con el análisis de las sustancias y las lesiones, creó «la Nueva Clínica» en Leyden, que fue el primer modelo de los actuales hospitales.

Por último está el hospital, donde antes nadie quería ir e incluso se le cambió de nombre y al que hoy todos pretenden llegar. Centro que es imprescindible cuando se precisan ciertas exploraciones o una asistencia tecnificada, pero que no lo es siempre y menos en las situaciones a las que se está llegando, ya que bien parece que todos quieren acudir al templo de ese gran dios, Esculapio moderno, que para muchos es la tecnología, ignorantes de que el hospital y sus técnicas pueden ser a veces tan inútiles como peligrosas.

Así, la eficacia de la medicina tecnificada ha conducido al médico y al enfermo desde el medio natural de éste, su casa y su cama, hasta un complejo mundo, donde el despliegue de los costosos recursos técnicos prima sobre las relaciones humanas y la intimidad. Esto hace que nuestros dos protagonistas, a veces, se encuentren incómodos y se cree entre ellos una serie de problemas que repercuten en la relación médico-enfermo y en la eficacia de la medicina, por lo que vamos a analizarlos.

VII. LA TÉCNICA COMO ORIGEN DE LA ESPECIALIZACIÓN Y EL NACIMIENTO DEL DATO

Como Philips Oppenheimer señaló, o el hombre actual domina a la técnica o acabará siendo su esclavo. Los griegos ya la rechazaron por considerarla cosa del diablo y sólo la utilizaban para la guerra.

Pero el hombre moderno no sólo vive con la técnica sino para la técnica y se ha dicho de él que: «Pendiente del reloj y vigilado por la informática desde que se levanta por el despertador hasta que se duerme con el televisor, la técnica le controla y le esclaviza».

La tecnología actual, tan necesaria como eficaz, ha sido la responsable del gran progreso de la medicina actual, pero ha exigido cambios, y uno fundamental ha sido la especialización. Impuesta primero por la necesidad de dominar las técnicas para estudiar y tratar a cierto tipo de enfermos, como los de aparato digestivo u otros. Multiplicada después por la necesidad de utilizar ciertos medios de diagnóstico, tales como la radiología o las endoscopias.

Ha llegado más tarde a acabar ocupándose el médico de determinadas moléculas, como las proteínas, o de un aparato como el secuenciador de nucleótidos del DNA.

Como se puede comprender, esta progresiva especialización del médico, impuesta por las exigencias del avance tecnológico, va limitando más y más la parcela humana a estudiar y, en pos de los detalles más minuciosos, el hombre, como un todo, se va desdibujando y el problema puede quedar reducido a un tubo con un volante entre otros muchos.

Todo el interés de estos médicos, al reducirse su horizonte, va a polarizarse, lógicamente, en la exactitud de los resultados, esto es, en los Datos.

Como bien señala Alexander Luria: «Estas situaciones no son excepcionales ya que hoy, en cualquier hospital y en cualquier momento, hay más personas pendientes de los datos que de los propios enfermos».

El dato nacido de la mano de la técnica va a ocupar un lugar privilegiado como protagonista de la medicina actual junto al médico y al enfermo. Hoy frases como «¿qué datos tenemos?» «Falta este dato» o «Hay que ir a por los datos» forman el lenguaje coloquial de cualquier día de hospital.

Muchos médicos actuales, demasiado alejados por la especialización de los laboratorios, dan por significativos ciertos datos, por proceder de ellos, aun en contra de la evidencia clínica. Estos datos, que pueden ser valorados como los síntomas para la sospecha y sin embargo no tienen el valor y la significación, que por falta de formación técnica e ignorancia de los criterios de sensibilidad y especificidad de los test, los clínicos propendemos a atribuirles.

Lo cierto es que, como señala J.F. Burnum, los expedientes clínicos actuales deben ser analizados con gran escepticismo ya que, en razón a la pérdida de confiabilidad, se distorsionan y conforman, más atentos a las normas administrativas y a los índices, que a los debidos criterios científicos y clínicos. Por estas razones, señala el autor, que esta época que ha sido denominada como la era de la información, debería realmente ser considerada, en la medicina, como la era de la «desinformación».

Por estas razones, el problema de los datos no es tanto el obtenerlos, ya que la tecnología no tiene más límite que el económico, ni el manejarlos, cosa que ha solucionado la informática. El problema es el seleccionarlos y el valorarlos, ya que debe hacerse de manera inteligente y con un criterio científico, pero como esto no se puede improvisar y menos robotizar, se busca un sucedáneo y así aparece el protocolo.

Protocolo etimológicamente significa: «el primer encolado», o sea, un sello o etiqueta para que los enfermos queden clasificados y sigan su curso en el hospital debidamente controlados.

De esta manera la tecnología, que, mediante la especialización, ha provocado una despersonalización reductora en pro de los datos, la ha aumentado más aún, mediante una dinámica de generalización desde los enfermos hacia la protocolización.

Así se da un paso más hacia la despersonalización a través del empirismo del dato y de la rutina asistencial.

Hoy muchos médicos ya no tratarán de establecer el diagnóstico y menos de manera individual, sino que aplicarán el correspondiente protocolo del síntoma o de la lesión, tales como ictericia o derrame pleural, sin más.

Al establecer estos protocolos asistenciales, el médico no debe olvidar el riesgo que supone el tratar de someter la vida a reglas. Nunca dos enfermos pueden ser iguales, ya que ni siquiera lo son dos neumonías neumocócicas en el mismo enfermo. Como bien señalaba Loeffler: «No existen recetas de cocina para tratar enfermos, ya que lo característico del hombre es su singularidad».

Por estas razones el médico, que como científico debe generalizar ante las enfermedades, debe particularizar ante los enfermos.

Veamos cómo influyen estas situaciones en el otro protagonista, el paciente. Al principio se siente deslumbrado por la tecnología, a la que como hombre de nuestro tiempo admira y en la que confía. Su sentimiento totémico ancestral lo ha puesto en los nuevos aparatos, como señala Schaefer, y, junto a ellos, se siente feliz. Con el tiempo al multiplicarse las exploraciones, aparecen las listas de espera y comienza a impacientarse. Las pruebas unas

veces son molestas, otras dolorosas y siempre inquietantes ya que crean la lógica ansiedad de unos resultados en los que puede irnos la vida. A esta ansiedad no es ajeno el hermetismo con que se manejan los datos. El lenguaje es críptico e incomprensible para el enfermo que ha aceptado, incluso por escrito, cada prueba y sus riesgos.

En esta situación muchos de los enfermos dejan de ser pacientes, se tornan impacientes y se sienten perdidos en un mundo que les desconcierta, y la confianza con que acudieron queda defraudada.

El viejo interrogante: ¿qué es lo que tengo?, brota una y otra vez con mayor ansiedad ante cada nueva prueba. Incluso, a veces, el enfermo se siente utilizado, ya que bien parece que los que le rodean están más pendientes de los datos que de su persona.

VIII. «EL LOGOS SOPROSINE» DE LOS GRIEGOS Y LA SILLA DE MARAÑÓN

En encuestas realizadas en enfermos ingresados, sorprende comprobar, que, aparte del natural deseo de la curación, lo que más ansían es el hablar con sus médicos de lo que les preocupa y obtener sus respuestas. Más que la deslumbrante tecnología necesitan el «logos soproisine», la palabra sanadora de los griegos, ya que como nos recordaba Balint: «No debemos olvidar que, en el fondo, los médicos somos, muchas veces, la mejor píldora».

Cuanto que cierta vez le preguntaron a Maraño qué aparato había ayudado más al progreso de la medicina, y don Gregorio contestó que la silla, porque ella nos había permitido dialogar con los enfermos, conocer mejor las enfermedades y ayudarles a su curación.

El descuido al recoger la anamnesis y la exploración clínica y el tratar de suplirlo con análisis y otras pruebas movió a Jiménez Díaz a afirmar: «El enfermo muy analizado es siempre un enfermo mal estudiado».

En un estudio realizado por el American College of Physicians en hospitales de Indiana, Washington, New York y Rochester, se

demostró que los médicos cada vez solicitamos más pruebas y se produce un incremento anual de un 14 % en el número de las realizadas por enfermo y por año. El coste de los análisis y radiología es ya el 25 % del de la asistencia. Pero es preciso resaltar que solamente un 10 % de las pruebas realizadas habían tenido utilidad para el diagnóstico. Paul Grinner y colaboradores demostraron también en este trabajo, que siendo la indicación selectiva de estas pruebas el confirmar las hipótesis diagnósticas, las razones más frecuentes para su solicitud habían sido la incertidumbre del médico y el afán de hacer su estudio lo más completo posible.

Se comprende que siendo las posibilidades técnicas en la actualidad casi ilimitadas, la calidad del médico no puede valorarse según al número de pruebas que solicita, sino por su criterio de selección.

Consideramos también que el abuso de las pruebas como ilustración o pseudo academicismo, nada tiene que ver con la investigación.

Investigación qué el clínico debe realizar ya que su actividad no debe quedar ni en la mera erudición ni en el empirismo, pero que ha de ser distinta de la de las ciencias básicas y con unos criterios metodológicos y éticos muy particulares.

Respecto a esta investigación clínica, un hombre que la vivió apasionadamente, Jiménez Díaz, escribió: «La investigación debe ser, no tanto una profesión u oficio, sino algo más sutil, una actitud en la vida que consistiría en preguntarnos el cómo y el porqué de las cosas».

Por último, Fiessinger hace una observación esclarecedora: «En la medicina actual y ante cada nuevo enfermo, los médicos tenemos que observar, medir y modificar como en un experimento que nosotros no hemos programado, pero del que somos responsables, con unos medicamentos cada día más y más eficaces pero más y más peligrosos».

Esta debe ser sin duda nuestra más importante línea de investigación, ya que nuestra mesa de trabajo fundamental, y en la que laboramos día a día, es el «klinos». Pero el médico actual debe comprender que su campo se ha ensanchado; que debe hacer de la



Al aplicar su formación química y desde el laboratorio, Pasteur supo descubrir las causas y remedios de muchas enfermedades infecciosas. Ilustración de «La Science Illustrée», Septiembre 15, 1888.

clínica su inspiración, pero debe compartirla con sus compañeros los de las técnicas, motivándoles y que ha de aprender no sólo a solicitarlas, sino a ir y venir de ellas al enfermo, para saber no sólo lo que se busca, sino cómo se encuentra, y a valorarlo sin perderse por las sendas del error.

IX. EL CUERPO Y LA MENTE EN LOS ARCANOS DE LA ENFERMEDAD

Las nuevas técnicas asistenciales, junto a sus innegables ventajas, han tenido también algunas consecuencias negativas.

Fruto de la especialización ha sido la parcelación y especialmente la división de los médicos en dos grupos. El de los que atienden a los enfermos orgánicos o somáticos y el de los que se ocupan de los enfermos mentales. Es como si la mente fuera ajena al cuerpo o pudiésemos dividir al hombre en dos mitades, una biológica, científica o corpórea y otra psicológica, evanescente o mental.

Los intentos psicosomáticos no dieron el resultado que de ellos se esperaba, ya que pusieron su énfasis en la vertiente psicológica de las motivaciones y desatendieron los aspectos somáticos, cuyo protagonismo patológico no se puede negar y menos en nombre de una medicina integral como se invocaba. Porque, como ya hemos señalado, la importancia de la unidad del hombre ante la enfermedad es tal, que, aun en las más puramente orgánicas como en el infarto de miocardio, el dolor, la emoción y la angustia son personajes fundamentales del drama de la enfermedad. El Médico no puede ignorarlos, debe comprenderlos y ayudar a superarlos atendiendo y animando al enfermo, como parte fundamental del arte clínico.

Hoy hay muchos enfermos neuróticos y angustiados, que recorren las consultas y hospitales y son sometidos a reiteradas exploraciones que nada aclaran, porque ellos no tienen realmente nada orgánico. Pero una cosa es no tener nada orgánico y otra no estar enfermos, ya que ellos lo están y mucho. Estos enfermos se encuentran cada vez más angustiados, porque los médicos no sólo no

aciertan a ayudarles, sino porque de su entorno y de las exploraciones van surgiendo nuevos motivos de neurotización.

Es típico el caso de la persona que, sin encontrarse enferma, se hace una batería analítica en el autoanalizador y aparece una cifra de colesterol de 250 mgs. junto a un rango de normalidad de 150 a 220 mgs. Basta esta cifra para que aquella persona sana, que con sus 59 años podría tener una cifra superior, se angustie, se someta a una dieta de hambre y acabe neurotizándose.

Lo mismo ocurre con las presuntas anemias que no lo son y las cifras de transaminasas ligeramente elevadas a las que Popper llamaba irónicamente transaminitis, ya que nada tienen que ver con las hepatitis.

Todo esto ocurre porque las cifras dan una aparente exactitud a los datos, que no es real, al valorarlas junto a las complejas correlaciones orgánicas.

Al tiempo que se engruesan los expedientes médicos por los informes, crece la yatrogenización.

Cada vez es más frecuente la que podemos llamar «la enfermedad del dato». Enfermedad en la que la anomalía no está en el hombre sino en los informes analíticos o en las cifras.

La enfermedad humana sólo puede existir en el cuerpo, vivenciarla nuestra mente y padecerla el hombre.

Al prescindir de la mente los médicos organicistas y del cuerpo los psiquiatras y los psicosomáticos han extraviado al hombre en su camino.

X. LA COMPLEJIDAD DE LA MEDICINA ACTUAL Y LA DESPERSONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

No hace muchos años los enfermos iban a buscar al médico, o mejor a «su médico». Hoy van a un centro, consultorio u hospital, donde, para evitar el culto a la personalidad, se han hecho desaparecer los títulos, carteles y nombres y el enfermo se halla desorientado porque no encuentra a su médico.

Hoy algunos enfermos se quejan de la asistencia en los grandes centros sanitarios donde han sido vistos por muchos médicos, cuyos nombres ignoran y con los que no llegaron a establecer una correcta relación médico-enfermo. Como se comprende, estos enfermos no encontraron a «su médico».

Según los ingleses, en los grandes centros de alta tecnología, la asistencia hoy no sólo es cara, sino de baja calidad, ya que se desatienden aspectos esenciales. Señalan que: «En los grandes centros se ha llegado a un límite en el que el médico, por su confianza en los recursos instrumentales, se cree capaz de establecer el diagnóstico de las enfermedades, ignorando al hombre que las padece», y siguen: «estos grandes centros están debidamente dotados para tratar iones, moléculas, células, bacterias y virus, pero cada día dedican menos recursos a la atención de los enfermos, como si fuese un pecado científico el preocuparse de los problemas humanos y personales que no sean puramente médicos».

De hecho, al tiempo que nuestra tecnología hospitalaria alcanza una sofisticación jamás soñada, el humanismo asistencial se va deteriorando de manera preocupante sobre todo en los enfermos terminales.

Robert Fulton señala en un estudio hecho sobre el comportamiento del personal auxiliar, que al referirse a un enfermo en estado de coma no es infrecuente que en los hospitales americanos se usen términos como «vegetal», y al hablar de un enfermo terminal digan que está «pudriéndose». Hace no muchos años sólo se podrían las patatas o las manzanas, los hombres «morían».

Los sociólogos, que todo lo racionalizan, denominan a este proceder «despojo», es decir, el privar sutilmente a una persona de su humanidad para así poderla manejar más fácilmente. Por este camino ya se ha llegado a extremos, que es de desear que no vuelvan a ocurrir.

Otras voces se han hecho oír en Europa en el mismo sentido y el profesor Ajuriaguerra escribió refiriéndose a la asistencia en los grandes hospitales actuales: «Al obrar como lo hacemos estamos comportándonos con el hombre como con un mero animal de laboratorio y tanto hemos abusado del microscopio para estudiar las excrescencias verrugosas del corazón, que somos incapaces de



La tecnología y su eficacia a veces nos hacen olvidar que la enfermedad, como fenómeno humano y natural, precisa atenciones y cuidados que los aparatos no pueden aportar.

entender su lenguaje, y bien parece que el enfermo sólo vive para vivir y nosotros sólo vivimos para saber».

Estas palabras no necesitan ningún comentario, pero sí una seria reflexión.

XI. LA ACTITUD CIENTIFICA ANTE LA ENFERMEDAD Y EL HUMANISMO ASISTENCIAL ANTE EL ENFERMO

En la medicina actual predominantemente anatomoclínica, el interés de los valores va decreciendo desde lo somático a lo funcional y desde lo racional hacia los sentimientos. Por el contrario, en la Antropología Epistemológica, lo principal son los sentimientos ya que impulsan y sostienen nuestras reacciones ocupándose la razón meramente de justificarlas.

Hoy ya nadie trata una úlcera péptica no complicada mediante la resección; se la trata con los inhibidores de la secreción gástrica. Pero pocos se preocupan de los aspectos emocionales subyacentes que, si bien se pueden aliviar con el sulpiride, lo que precisan, sobre todo, es una sencilla psicoterapia racionalizadora y de apoyo.

Se comprende así, que el tratamiento del enfermo debe comenzar mucho antes de la administración de los fármacos. Debe empezar con el trato cortés y el respeto exquisito del personal asistencial, que no está reñido con la cordialidad, pero sí con los malos modos, los desplantes y los tuteos, y que no se arregla y sí se puede acabar de deteriorar con una gracia bien intencionada, pero inoportuna.

Junto a los modos hay que considerar la pulcritud, que, además, es la mejor profilaxis en la lucha contra las infecciones hospitalarias, ya que ninguno de los costosos fármacos empleados es tan eficaz como la limpieza.

Por último, ningún sedante puede sustituir a la tranquilidad y al sosiego que debe rodear al enfermo y que es la consecuencia del trabajo metódico y ordenado.

En cuanto al sueño, lo primero y principal es respetarle. En cambio lo que suele ocurrir es que desde la amable enfermera que nos despierta para desearnos una buena noche al iniciar su guardia,

hasta la que a las seis viene a tomarnos las constantes, se pueden contar hasta doce «despertadas», debidamente programadas, en un enfermo que está recuperándose y que lo que necesita, más que nada, es dormir. Pero resulta que esta «medicación», una y otra noche, nadie se acuerda de programarla. Con lo fácil que sería escribir en el libro de órdenes: «Déjese dormir a este enfermo ocho horas, salvo complicaciones».

Estos ejemplos los citamos, no por afán de criticar tales situaciones, sino porque nos indican que a veces el médico, demasiado preocupado por los problemas científicos de la enfermedad, descuida los aspectos humanos y personales del enfermo. Al no coordinarse ambos niveles, el de la ciencia y el de la asistencia, sufre la relación médico-enfermo.

Consideramos, que hoy cuando todo se planifica en la labor hospitalaria, es preciso crear e incentivar con largueza de tiempos, aquellas actividades asistenciales que refuerzan la relación médico-enfermo tanto o más que las actividades burocráticas dedicadas a rellenar volantes, escribir informes y asistir a comisiones. Nos referimos a los tiempos dedicados a hablar con los enfermos y sus familiares y, sobre todo, a la entrevista de despedida o alta, que generalmente no se realiza y se sustituye por una carta que entrega o manda la secretaria después.

Consideramos necesario que al irse el enfermo se hable con él, sentados como decía Marañón, para conocer sus impresiones y aclarar sus dudas. Explicarle lo que tuvo y lo que se hizo. Cerrar así el caso no solamente en la informática, sino principalmente en la mente del enfermo para que no queden angustias ni ansiedades que acabarían causando una neurosis o una depresión. La mejor profilaxis de la cual es aclarar los problemas, lo que constituye una psicoterapia de apoyo, que sólo puede y debe impartirla, para ser eficaz, el mismo médico que le ha asistido durante la enfermedad dedicándole, en general, unos pocos minutos de atención.

Esta entrevista, que es importante para cerrar el proceso de la enfermedad aguda, lo es más aún para orientar y ayudar al hombre que sufre un proceso crónico. En primer lugar para explicarle para que entienda bien el tratamiento a seguir y, además, para ayudarle a asumir una actitud integradora, en la que la enfermedad pueda

ser una parte del camino de su vida, sin cambiar su senda, ni tratar de alcanzar utopías.

Por último, cuando la enfermedad conduce a la etapa terminal, la actitud del médico es fundamental y no puede ni encogerse de hombros, ni abandonar, ya que en estos momentos es cuando el enfermo y la familia más lo necesitan.

Junto a la reacción de abandono está la contraria, que no es menos peligrosa. Es la de entablar una lucha a ultranza con la enfermedad tratando de mantener en vida al enfermo mediante toda clase de recursos técnicos, operaciones, respiradores, etc., cuando ya no hay esperanza pasando por encima del enfermo y de la lógica médica.

Ninguna de estas dos actitudes es válida y no sirven. El médico debe atender al enfermo hasta el último momento, pero debe hacerlo de un modo no sólo técnico sino humano y con sus fármacos, sus palabras, su serenidad y su equilibrio ayudar al enfermo y a sus familiares en esos momentos críticos de la enfermedad y de la vida.

Esto es lo que en el sentido hipocrático y moral debe ser la eutanasia y no la provocación anticipada de la muerte.

XII. LA ENFERMEDAD DEL HOMBRE EN SU MORADA

Decíamos que el lugar natural de la vida y la enfermedad debía ser el hogar y su entorno el familiar. Por ello no debemos olvidar ese otro extremo de la medicina asistencial, la llamada medicina primaria. Fue establecida hace más de 40 años y organizada dando al médico un recetario y un taco de volantes para análisis y consultas. Mas, «como el tiempo es corto y el arte largo», era más fácil pedir un análisis o una consulta que hacer una historia completa, que después no había donde archivar.

El por qué las cosas se han torcido demasiadas veces, quizás no sea tanto por culpa de los hombres como de los sistemas, ya que al convertirse el médico en funcionario y el enfermo en beneficiario, se encuentran como tales y no como médico y enfermo, que es como se deberían encontrar.



El médico rural fue el protagonista de un tipo de medicina cuyo carácter asistencial y humanista muchas personas no dejan de añorar.

De esta manera, de la planificación nació la burocratización de la medicina, especie de «Hydra» de los sistemas que siguiendo las leyes de Parkinson se ha ido complicando ella misma de manera progresiva. Al final, no sólo se trabaja para el enfermo, sino también para la organización, que empezó siendo una ayuda y puede acabar ocupando la parte mayor de nuestra labor.

Esta burocratización creciente, esterilizante enfermedad de nuestro tiempo, ha alcanzado también a los grandes centros, donde los mejor preparados para la labor asistencial y para la investigación, al avanzar en la escala jerárquica, acaban en puestos y jefaturas en los que la burocratización es de tal grado que conforme a las leyes de Peters, alcanzan su nivel de incompetencia e inmersos entre montañas de papeles, preocupados por los índices, rendimientos, plazos y memorias, acaban ahogados en ese proceloso mar.

El tiempo de unos hombres, que por su vocación y preparación deberían estar junto a los enfermos, se gasta en papeleo. Para ellos se hace válido el epitafio de Peters: «Así naufraga el hombre en una ciénaga de ineficacia, primero profesional, después académica y al fin administrativa».

Recientemente se está tratando de aumentar el ya abundante papeleo con otra historia, independiente de la actual. Ello supondría olvidar algo tan fundamental, como el que no puede haber más que una historia clínica porque ella no es ni del centro, ni del servicio, ni del médico, ni de nadie, sino del propio enfermo y en ella debe constar, de manera fidedigna y confidencial, la descripción de los hechos patológicos, pero en la que como en una buena biografía, ni sobre nada, ni falte nada de lo fundamental.

Quizás la mejor solución a estos males y a la grave crisis de la medicina actual, que no se ha remediado sino agravado con la cara y compleja tecnificación, fuese como hicieron los griegos, pensar antes de hacer y, sentados en una de aquellas sillas de las que hablaba Marañón, detenerse a meditar, no tanto en las pruebas que podríamos hacer gracias a la tecnología, sino en las que debemos hacer en gracia al enfermo. Porque el exceso de pruebas, índices y controles, ha acabado desviando nuestra atención de las cosas más esenciales.

Así sentados y con sosiego podríamos detenemos, de paso, a hablar sin prisa con nuestros enfermos, que tanto lo desean y tanto lo necesitan.

XIII. EL RETORNO DE LA PALABRA Y EL RENACIMIENTO DE LA CLÍNICA

«Mirar, escuchar, palpar y meditar». Este aforismo de Sir William Osler define no sólo la norma fundamental del estudio clínico, sino también una actitud solícita y humana del médico hacia el enfermo.

El grupo humano formado por el médico y el enfermo irradia tal fuerza que ante él se desdibujan los más sofisticados recursos tecnológicos. Por ello quisiéramos dedicarle estos últimos minutos, ya que hoy y siempre es el acto fundamental y la misma esencia de la medicina.

Aparentemente sencillo encierra tal complejidad, que su análisis nos parece enriquecedor.

El primer contacto lo establece la mirada. Un código de expresiones con un mutuo interrogante, mezcla de anhelo y comprensión.

Después es la palabra que mediante el diálogo, tal como señalaba Ajuriaguerra, establece un cauce entre los dos cerebros que no sólo se comunican, sino que se exploran y funcionan integrados, a través de las palabras, como verdaderas conexiones neuronales.

Junto al enfermo, el médico trata de comprender lo que el otro ansía comunicarle, a veces sin lograrlo, ya que teme más a sus temores que a sus dolores y lo que está contando es una mezcla de realidades y fabulaciones, que son en gran parte sus propios miedos, esto es, los fantasmas de su alma. Temores que, como ya vimos, son también personajes en el drama de la enfermedad.

El médico debe saber escuchar pero también orientar e incluso inquirir, ya que el enfermo suele hallarse perdido, porque desconoce el lenguaje de la enfermedad y le es sumamente difícil explicar sus síntomas.

De esta manera, de la planificación nació la burocratización de la medicina, especie de «Hydra» de los sistemas que siguiendo las leyes de Parkinson se ha ido complicando ella misma de manera progresiva. Al final, no sólo se trabaja para el enfermo, sino también para la organización, que empezó siendo una ayuda y puede acabar ocupando la parte mayor de nuestra labor.

Esta burocratización creciente, esterilizante enfermedad de nuestro tiempo, ha alcanzado también a los grandes centros, donde los mejor preparados para la labor asistencial y para la investigación, al avanzar en la escala jerárquica, acaban en puestos y jefaturas en los que la burocratización es de tal grado que conforme a las leyes de Peters, alcanzan su nivel de incompetencia e inmersos entre montañas de papeles, preocupados por los índices, rendimientos, plazos y memorias, acaban ahogados en ese proceloso mar.

El tiempo de unos hombres, que por su vocación y preparación deberían estar junto a los enfermos, se gasta en papeleo. Para ellos se hace válido el epitafio de Peters: «Así naufraga el hombre en una ciénaga de ineficacia, primero profesional, después académica y al fin administrativa».

Recientemente se está tratando de aumentar el ya abundante papeleo con otra historia, independiente de la actual. Ello supondría olvidar algo tan fundamental, como el que no puede haber más que una historia clínica porque ella no es ni del centro, ni del servicio, ni del médico, ni de nadie, sino del propio enfermo y en ella debe constar, de manera fidedigna y confidencial, la descripción de los hechos patológicos, pero en la que como en una buena biografía, ni sobre nada, ni falte nada de lo fundamental.

Quizás la mejor solución a estos males y a la grave crisis de la medicina actual, que no se ha remediado sino agravado con la cara y compleja tecnificación, fuese como hicieron los griegos, pensar antes de hacer y, sentados en una de aquellas sillas de las que hablaba Marañón, detenerse a meditar, no tanto en las pruebas que podríamos hacer gracias a la tecnología, sino en las que debemos hacer en gracia al enfermo. Porque el exceso de pruebas, índices y controles, ha acabado desviando nuestra atención de las cosas más esenciales.

Así sentados y con sosiego podríamos detenemos, de paso, a hablar sin prisa con nuestros enfermos, que tanto lo desean y tanto lo necesitan.

XIII. EL RETORNO DE LA PALABRA Y EL RENACIMIENTO DE LA CLÍNICA

«Mirar, escuchar, palpar y meditar». Este aforismo de Sir William Osler define no sólo la norma fundamental del estudio clínico, sino también una actitud solícita y humana del médico hacia el enfermo.

El grupo humano formado por el médico y el enfermo irradia tal fuerza que ante él se desdibujan los más sofisticados recursos tecnológicos. Por ello quisiéramos dedicarle estos últimos minutos, ya que hoy y siempre es el acto fundamental y la misma esencia de la medicina.

Aparentemente sencillo encierra tal complejidad, que su análisis nos parece enriquecedor.

El primer contacto lo establece la mirada. Un código de expresiones con un mutuo interrogante, mezcla de anhelo y comprensión.

Después es la palabra que mediante el diálogo, tal como señalaba Ajuriaguerra, establece un cauce entre los dos cerebros que no sólo se comunican, sino que se exploran y funcionan integrados, a través de las palabras, como verdaderas conexiones neuronales.

Junto al enfermo, el médico trata de comprender lo que el otro ansía comunicarle, a veces sin lograrlo, ya que teme más a sus temores que a sus dolores y lo que está contando es una mezcla de realidades y fabulaciones, que son en gran parte sus propios miedos, esto es, los fantasmas de su alma. Temores que, como ya vimos, son también personajes en el drama de la enfermedad.

El médico debe saber escuchar pero también orientar e incluso inquirir, ya que el enfermo suele hallarse perdido, porque desconoce el lenguaje de la enfermedad y le es sumamente difícil explicar sus síntomas.

El médico debe saber también que tan elocuentes y expresivos como el lenguaje son los silencios y debe manejarlos con verdadero cuidado, ya que quizás el enfermo no quiere oírlos pronunciar un diagnóstico que teme y trata de soslayarlo.

El médico jamás deberá olvidar que todo acto junto al enfermo es una mutua exploración y a veces, en nuestra limitación, no sabemos qué hacer ni qué decir. Es quizás entonces cuando el silencio puede ser terrible y es preciso, sin mentir y sin banalizar las situaciones, saber romperlo. Decir al enfermo lo que precisa conocer, pero no cerrarle jamás una pequeña ventana abierta a la esperanza.

Este manejo cuidadoso del lenguaje y de los silencios es más importante cada día, ya que son muchas las enfermedades que antes no tenían tratamiento y aún conservan sus nombres terribles, aunque hoy tengan curación. Así ocurre con la anemia perniciosa, que no lo es, ciertos cánceres, que se curan siempre, etc.

Estos diagnósticos y otros muchos, pueden plantear difíciles situaciones que exigen madurez, arte clínico, sobre todo mucha prudencia y en última instancia una gran comprensión y afecto hacia el enfermo.

EPILOGO

Al detenernos y mirar hacia atrás estos cuarenta últimos años de la medicina, uno no puede menos de comprender que ha tenido el privilegio de haber asistido a la aventura más prodigiosa y singular que ha vivido jamás la humanidad.

Lo que el hombre ha logrado en estos años en su lucha contra el dolor y la enfermedad, no tiene parangón con ninguno de los logros de las otras ciencias o artes, y uno siente la emoción de haberlos vivido junto a los enfermos.

Al mirar con sentido crítico los aspectos científicos de la Medicina actual, debemos confesar que sólo nos quedan dos realidades ineludibles, la vida o mejor la materia viva y el hombre. Lo que hay entre esos dos extremos, sean células, órganos o sistemas, aun siendo maravillosos, son meros mecanismos.

Sorprendentemente la materia viva, inmunológicamente, y el hombre como tal tienen personalidad individual y son irrepetibles.

Pero además, estos dos extremos se unen en los aspectos neurohormonales y la bioquímica matiza nuestra personalidad conforme a nuestro temperamento emocional y el córtex lo hace a través del carácter y del criterio racional.

El hombre sano o enfermo, no es sólo el ser más singular, sino que es el fin de nuestra medicina y de nuestra vocación continua y renovada.

En cuanto a nuestra relación con el enfermo valga el conocido aforismo de Emile Sergeant: «Curar a veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre». Creemos que, nunca nadie, ha podido expresar tan certeramente la esencia de la relación del médico con el enfermo.

Esta relación, como hemos visto, debe ser la conjunción armónica de varios factores: En primer lugar, de la ciencia y del arte médico, esto es, del saber y el saber hacer. En segundo, del empleo de las valiosas e imprescindibles técnicas actuales, pero evitando su abuso y el riesgo de la despersonalización. Sobre todo, debe basarse en el respeto mutuo, la comprensión humana y, especialmente, en la confianza para que haya sinceridad y también responsabilidad.

Por último, si alguien nos preguntase cómo debe ser su médico, podríamos responderle: Tu médico debe ser como tu amigo, alguien al que puedas hablar con sinceridad, a quien estimes, en quien confíes y a quien respetes.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA, J.D. Bilbao. Discurso en su nombramiento como «Doctor Honoris Causa» de la Universidad del País Vasco, 1980.
2. ALEXANDER, F. *La médecine psychosomatique. Ses principes et ses applications*. Paris. Bibliothèque scientifique des Editions Payot, 1974.
3. BALINT, M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires. Libros básicos. Ed. 1961.
4. BAÑUELOS, M. *El arte médico*. Madrid. Editorial Científico Médica, 1944.
5. BAROJA, P. *El dolor. Estudio de psico-física*. Tesis Doctoral. Salamanca. Real Academia de Medicina de Salamanca. Prof. Grangel. 1980.
6. BERNARD, C. *An Introduction to the study of Experimental Medicine*. New York. Dover Publications Inc. 1957.
7. BERNARD, J. *Grandeza y tentaciones de la medicina*. Barcelona. Editorial Noyner, S.A., 1974.
8. BOLLONW, O.F. *Antropología Filosófica*. Universitat. Stuttgart. 1989, 27: 85-95.
9. BÜCHNER, F. *Cuerpo y espíritu en la medicina actual*. Madrid. Ediciones Rialp S.A., 1969.
10. BUSTAMANTE ESTEVANEZ, V. *Contribución al estudio de la hemofilia*. Tesis Doctoral. Madrid. Facultad de Medicina, 1916.

11. CANGUIELHENZ, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires. Siglo veintiuno. Editores, S.A., 1971.
12. DESCARTES, R. *Discurso del método*. Editor García Barrón J.C. Barcelona Ediciones B, S.A., 1989.
13. DETHLEFSEN, T. y DAHLKE, R. *La enfermedad como camino*. Barcelona. Plaza y Janes Editores, 1989.
14. FARRINGTON, B. *Ciencia y filosofía en la antigüedad*. Barcelona. Editorial Ariel, S.A., 1986.
15. FOUCALT, M. *El nacimiento de la clínica*. México. Siglo XXI Editores, S.A., 1966.
16. FULTON, R. *La asistencia final*. En: Kübler-Ross E. eds. *Sociología de la muerte*. Madrid. Sala Editorial, S.A. 1974; 25-35.
17. GARTLY JACO, E. *Patients, Physicians and illness*. London; Collier Macmillan Publisher. 1979.
18. GRINER, P.F.; MAYERWSKI, R.J.; MUSLIN, A.I. and GREENLAND, P. *Selection and interpretation of diagnostic test and procedures*. Ann Intern Med 1981, 94:453-600.
19. ISRAEL, L. *El médico junto al enfermo*. Barcelona, Serie Psicoteca. Los libros de la frontera, 1976.
20. JIMENEZ DIAZ, C. *La historia de mi instituto*. Madrid. Editorial Paz Montalvo, 1965.
21. JORES, A. *El hombre y su enfermedad*. Barcelona. Editorial Labor, S.A., 1961.
22. LAIN ENTRALGO, P. *La historia clínica*. Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1950.
23. LAIN ENTRALGO, P. *Marañón y el enfermo*. Madrid. Revista de Occidente, 1962.
24. LOPEZ PINERO, J.M. *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. Valencia. Institución «Alfonso el Magnánimo», 1963.
25. LURIA, A.R. *Mirando hacia atrás*. Madrid. Ediciones Norma, S.A., 1979.
26. MANUEL Y PINIES, L. *El interrogatorio general y la exploración física en el diagnóstico de las enfermedades digestivas*. En: Bañuelos, M. "Tratado de Medicina Interna". Madrid. Editorial Alhambra, 1953.
27. MIRA y LOPEZ, E. *Cuatro gigantes del alma*. Buenos Aires. Editorial el Ateneo, 1954.
28. MIRA y LOPEZ, E. *Problemas psicológicos actuales*. Buenos Aires. Editorial el Ateneo, 1970.

29. NOVOA SANTOS, R. *El problema del mundo interior*. Santiago de Compostela, 1920.
30. OSLER, W. *Aequanimitas and other papers*. Nelson J ed. Sir William Osler. New York W.W. Norton et Company Inc, 1963.
31. PEDRO PONS, A. *Final de etapa. Nuevas perspectivas*. Madrid. Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. 1969.
32. PETER, L.J. y HULL, R. *El principio de Peter*. Barcelona. Plaza y Janés, S.A. Editores, 1976.
33. ROBINSON, V. *La medicina en la historia*. Buenos Aires. Ediciones del Tridente, 1947.
34. RIEDEL, M. *La responsabilidad como problema ético*. Universitäts. Stuttgart, 1984: 131-137.
35. SCHAEFER, H. *La medicina en nuestro tiempo*. Madrid. Ediciones Iberoamericanas S.A., 1968.
36. SENCHAIL, M. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid; Espasa-Calpe, S.A. 1983.
37. VON WEIZSAECKER, V. *Problemas clínicos de medicina psicosomática*. Barcelona; Editorial Pubul, 1946.

DISCURSO DE CONTESTACION

Prof. Dr. René Sarraut Torreguitart

Exmo. e Ilmo. Sr. Presidente:
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos:
Sras. y Sres.:

Pocas misiones podían conducirme de nuevo al País Vasco que la que ejerzo esta tarde: Contestar a la disertación del Profesor Víctor Bustamante.

Al hacerlo, acuden a mí emocionados recuerdos de tantas personas buenas que hicieron nuestra andadura bilbaina, tan grata, tan alegre, tan estusiasta y tan fructífera.

Hace casi veinte años un grupo de jóvenes universitarios procedentes de los lugares más diversos del Estado, pisábamos simultáneamente el País Vasco para hacernos cargo de nuestras Cátedras de Lejona. La Universidad Autónoma de Bilbao hizo gala de su talante universal, para traer a esta tierra, sin importar de dónde, personas científicamente cualificadas.

Algunos, no todos, nos recibieron con los brazos abiertos, y entre ellos estaba el Prof. Bustamante, que nos abrió su alma y su casa.

A nadie podrá extrañar por tanto, que cuando se me ofreció llevar la voz de la Academia esta tarde, haya sentido tanto orgullo y tanta complacencia al poder reiterar mi agradecimiento a D. Víctor por sus desvelos y atenciones de antaño, y hacerlo ante la personalidad que hoy nos preside que tan importante papel jugó en la gestación y desarrollo de esta Universidad.

Nace el nuevo académico en la cercana Villa de Valmaseda, nido importante de comunicaciones del País Vasco con Castilla y León y desde los siglos XIV y XV con una evidente vocación europea, como cuentan las crónicas, «poseía ya aduana, que despachaba la mayoría de las lanas hacia Flandes e Inglaterra».

Esta vocación aperturista de su pueblo natal, cultivada en el seno de una familia inspirada en los valores universales y trascendentes, influyó no poco en el trazado de las coordenadas mentales de nuestro electo académico.

Víctor recibió de su padre, Gran Cruz de Beneficencia, el ejemplo del amor a la medicina y del profundo respeto y cariño al enfermo, que la medicina rural proporciona. Y, como encargo vital, la prolongación de su labor a la docencia.

La sólida formación recibida en el Instituto «Miguel de Unamuno» de Bilbao y su capacidad para razonar las matemáticas y la física, inclinaban al adolescente Bustamante hacia la Ingeniería o la Arquitectura. Pero el susurro paterno pudo más en su decisión y la historia ha demostrado, una vez más, que lo que fundamenta en el amor es siempre acertado y duradero.

Cursa el Profesor Bustamante su Licenciatura en Medicina en Valladolid y culmina sus estudios con Premio Extraordinario. Allí forma parte de un grupo de amigos, que serán con el tiempo exponentes preclaros de la Medicina Interna española.

Durante los veranos asiste al Hospital Civil de Basurto atraído por la figura señera del Profesor Luis Manuel y Pinies, hombre que causará en Víctor Bustamante un gran impacto y será su auténtico «maestro».

La mayoría de los asistentes a este acto conocen la trayectoria continua y ascendente de nuestro académico: Un camino firme recorrido paso a paso, sin espectacularidades ni sorpresas, que le lleva a ocupar puestos de creciente responsabilidad sólo cuando la experiencia sobradamente lo aconseja. La labor asistencial, que ahora llaman «de rutina», se desenvolvía con fluidez y surgió en Víctor Bustamante el deseo de hacer realidad ya la ilusión docente de su padre.

No eran para D. Víctor extrañas las oposiciones, ya que por este camino había alcanzado todos sus puestos de trabajo, pero ahora se planteaba el reto de la Cátedra. ¡Nadie puede ignorar los sacrificios de esa andadura!; lo prolongado del esfuerzo, las tentaciones del abandono, la amargura de la incompreensión y al final la recompensa del éxito.

La llegada a la Cátedra del Profesor Bustamante produjo un suspiro de alivio para tantas personas vinculadas al campo de la Clínica Médica, porque el procedimiento de la oposición había sabido elegir al clínico consagrado, al docente vocacional, al investigador metódico y creativo y, en suma, al hombre íntegro y cabal. La Universidad de Bilbao (en aquella época se llamaba así) estaba de enhorabuena porque incorporaba a su Claustro a uno de sus hijos más preclaros.

Su labor como catedrático en Basurto se ha visto refrendada por las numerosas promociones de médicos, a quienes Víctor enseñó a pensar con lógica y a actuar con método y por ese grupo de discípulos, hoy seriamente comprometidos en la andadura universitaria.

Siempre estuvo nuestro académico cercano, cuando no incluido de lleno, en misiones de organización y de dirección; misiones que en él fueron de auténtico servicio a los compañeros y a la comunidad universitaria en general. Su actuación como Vicedecano de Clínicas fue, para el que les habla, una constante muestra de sensatez y un inestimable apoyo, mas jamás quiso alejarse del todo de la clínica y del enfermo.

Sus publicaciones sobre electroforesis e inmunoelectroforesis, localización de la proteína C reactiva, identificación de fracciones en la proteinuria y su significado en Patología renal, se insertaron en las revistas más prestigiosas de la bibliografía médica mundial.

No quisiéramos acabar estas pinceladas sobre su peripecia vital, sin destacar, ya que destacada es la cota alcanzada en este terreno, la de su familia, la de su casa de San Mamés, en la que tantas veces se nos acogió para seguir hablando de Universidad y en la que se respiraba orden y cordialidad. Sus hijos podrán, hoy mejor que ayer, valorar lo que es tener unos padres que supieron encauzarles tan atinadamente en la vida. Ellos por otra parte han sido ya orgullo de nuestra Facultad de Medicina.

No les cansaré con mi comentario acerca de su discurso. Ya lo han oído y podrán leerlo con detenimiento y extraer sus propias conclusiones. Para mí su alocución es la meditación en voz alta de un médico enamorado de su profesión y entregado en plenitud a los semejantes que padecen.

Victor ha razonado la esencia de la Medicina, su evolución, su progreso y su deterioro simultáneo, progreso tecnológico y necesario hasta la sofisticación pero sin olvido del hombre integral y de su vertiente humana.

Cada día nuestros pacientes son más escrutados, más analizados; cada día las carpetas de sus protocolos hospitalarios están más hinchadas, con peligro de estallar; y cada día también, los enfermos se sienten más abandonados y menos atendidos.

Anécdotas como la que yo suelo referir de nuestro Hospital Clínico Universitario de Zaragoza están a la orden del día: «Un matrimonio de ancianos agricultores de Alfajarín trataba de abrirse paso por un pasillo abarrotado de gente, con un fajo de volantes desordenados de distintos colores, que trataban de retener entre sus manos callosas, y que les habían entregado en una consulta de Cirugía. Cuando nos cruzamos, se vinieron hacia mí con aire vencido y me dijeron: "Señor, nos han dado todo esto, no sabemos leer ni escribir y aunque estamos enfermos, hemos decidido irnos a casa... pero no sabemos por dónde salir. ¿Cómo se puede salir de aquí? ¿Usted nos podría ayudar?...". El Hospital había creado en ellos más aflicción y más angustia que su propia enfermedad. "Vámonos a casa", a la casa del sosiego, de la ternura, del diálogo, de la comprensión. "Vámonos a la casa de un médico que nos escuche, y que nos comprenda, que nos consuele, que nos alivie, que nos cure"; del médico que nos conozca y que nos quiera».

Me consta que para ejercer estas funciones nuestra organización sanitaria no es muy idónea. Los médicos han perdido protagonismo en los Hospitales, sus iniciativas son tenidas en cuenta raras veces, su trabajo es rutinario y abundante y sus obligaciones burocráticas crecen a tenor de su formación clínica, y esterizan para la labor asistencial a los más cualificados. De otra parte, el contingente de médicos parados, tan anunciado infructuosamente al Ministerio por un grupo de nosotros en la década de los 70, ejerce una

nefasta acción sobre la ilusión y la entrega que debe acompañar al profesional de la Medicina.

Sin embargo también sabemos que allí donde haya un médico «provisto de su silla», dispuesto a atender con cariño y a conocer a sus enfermos e integrarse en su biografía, como señala el Profesor Bustamante; allí nacerá con él la esperanza de esa medicina humanitaria que todos deseamos.

En la autorizada opinión del Profesor Piniés, un hombre que ha sido y es el paradigma del «ojo clínico» y del «sentido común», el ejercicio de la Medicina «siempre fue, es y será un acto de fe, de esperanza y sobre todo de amor y caridad».

Profesor Bustamante, la Academia de Medicina te abre esta tarde sus puertas de par en par, en este período invernal del «semen-tero» (como se dice en Aragón), con la absoluta confianza en tu fructífera labor que será eterna flor primavera de ilusión y de proyecto y fruto sazonado de experiencia y dedicación para esta «casa» y para los que en ella moran.

¡Que así se cumpla como todos deseamos con la ayuda de Dios!

**CURRICULUM VITAE DEL PROFESOR
VICTOR BUSTAMANTE MURGA**

Hijo de médico rural, estudió el bachiller en el Instituto Miguel Unamuno de Bilbao y se trasladó a estudiar a Valladolid. Facultad de Medicina de gran prestigio en la que fueron sus maestros, entre otros, Bañuelos, Morales, Romo, Gómez Orbaneja, etc., e hizo su internado con el Prof. Miguel Sebastián Herrador. Culminó su expediente académico con los premios extraordinario y de investigación con un trabajo sobre "La Granulación de los Neutrófilos".

Publicó durante la carrera dos trabajos y durante ella comenzó a acudir a Basurto junto al recién llegado Prof. L. Manuel y Piniés.

Al término de la licenciatura obtuvo una beca para el Centro Médico Marqués de Valdecilla, pero pronto volvió a Basurto junto a D. Luis, quien fue desde entonces su verdadero maestro. Se doctoró en Madrid con una Tesis Experimental realizada en corazoncitos de perro sobre el "Estudio de los potenciales monofásicos de acción en las lesiones del miocardio".

Trabajó sobre enfermedades infecciosas, publicando varios trabajos sobre esta patología, y montó, utilizó y describió técnicas novedosas en la línea de Oucherlony y Houdini, electroforesis e inmunoelectroforesis, de las que fue pionero en nuestro país, y realizó publicaciones en revistas francesas y alemanas con primeros hallazgos en la literatura universal sobre inmunoelectroforesis, la localización de la proteína C reactiva y el estudio de las fracciones en la proteinuria y su significado en la Patología Renal. Simultaneó

estas actividades con la docencia, también guiado por el Prof. Manuel y Piniés como ayudante en la Cátedra de Patología General de Salamanca durante dos años.

Obtuvo una plaza de ayudante del Servicio de Medicina y Jefe del Servicio de Guardia; pero fuertemente vocacionado por la docencia, a sus 30 años, firmó e hizo las primeras oposiciones a la Cátedra de Patología General de Salamanca, teniendo como compañeros a los que habían sido sus profesores como Velasco, Olegario, Romero y otros. En el cuarto ejercicio fue invitado a retirarse, ofreciéndosele una de las dos becas que por aquellos años disponía el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Con esta beca estuvo en la Universidad de Zurich, durante dos semestres, con los Profesores Löffler y Rossier dedicado a su formación clínica y trabajando con el Dr. Wunderly. Durante su estancia publicó varios trabajos y fue nombrado Miembro de la Sociedad Suiza de Bioquímica Clínica.

Después de una corta estancia en el Instituto Pasteur volvió a Basurto, trabajando en la clínica y la investigación y siguió fiel a su vocación universitaria. Pero la falta de Facultad en Bilbao y de estructuras universitarias estuvo a punto de frustrarla. Fue uno de los 30 firmantes de la solicitud que en 1968 movió a la fundación de la Universidad Autónoma de Bilbao y a falta de personas preparadas aún antes de llegar la Facultad de Medicina, se recurrió a él como responsable de la Cátedra de Biología para el preparatorio, donde estuvo 3 años como encargado de cátedra de la Facultad de Ciencias.

Ha tratado de desarrollar las tres vertientes exigibles en la docencia y en la medicina hospitalaria. Pasó muchas horas en el laboratorio y como prueba de su formación su primera Jefatura Hospitalaria, por oposición, fue la de Jefe de Servicio de Hematología y Citología del Hospital de Basurto. Cinco años después obtuvo, por oposición, la Jefatura de Servicio de Medicina Interna.

Más tarde opositó y obtuvo la agregadura y después la cátedra de Patología y Clínica Médica. La Facultad de Medicina de Bilbao padeció en aquellos años la época más conflictiva de la Universi-

dad Española. Junto a sus compañeros y desde la clínica contribuyó a encauzar los problemas y a afianzar esta Facultad ocupando puestos de responsabilidad, pero sin querer nunca desligarse de la clínica porque siempre pensó que siendo tan importante descubrir algo trascendente y enseñar a hacerlo, nada puede superar a que ello sirva para curar o aliviar a un semejante.

Pasados los primeros y turbulentos años de esta Facultad el Prof. Bustamante fue realizando las tres vertientes de la actividad médica y docente junto a la investigación dentro de lo que los medios y las limitaciones lo fueron permitiendo. Ello dio origen a una serie de publicaciones que superan el centenar.

Entre estos trabajos merece destacar uno que realizó con el Prof. Sarrat y que versó sobre la Prospectiva de la Medicina y las Carreras Sanitarias. En este trabajo se predijo con más de 10 años de antelación las graves consecuencias que la masificación de la enseñanza iban a conducir a la profesión, a la asistencia sanitaria y sus repercusiones sociales. A pesar de la evidencia de los datos expuestos por los ponentes y el director de la ponencia Prof. Durán, las autoridades ministeriales no quisieron poner remedio aduciendo que aunque lógico no era político.

En cuanto a la docencia la vivió en todos los escalones, desde profesor auxiliar, encargado de cátedra, agregado y catedrático numerario.

En cuanto a su quehacer clínico, en este discurso se ha expresado su pensamiento. Pensamiento que vivió desde la infancia, junto a su padre; se formó en Valladolid, maduró en Basurto y se perfeccionó en Zurich. También ha pasado por todos los grados de la medicina hospitalaria a través de oposiciones como ayudante de medicina, jefe de servicio de guardia, jefe de servicio de hematología y después jefe de servicio de medicina como lo fue su maestro y junto a él haciendo suyo el consejo bíblico de "elige por maestros a los mejores y procura ser como ellos".

Estas tres actividades no han sido para él sino una sola, ya que como se puede comprender se aprende enseñando, se investiga curando y se cura investigando.

Por ello últimamente su actividad se ha dirigido a los aspectos eminentemente clínicos y metodológicos que son los aspectos diagnósticos y su metodología con el desarrollo de la historia clínica y el estudio de la asistencia y su humanización.

Quizá este ensayo es una síntesis de la base filosófica y racional de esta línea de trabajo.

INDICE

	<u>Página</u>
Introducción	9
I. El hombre ante el dolor y la soledad	10
II. La razón y la imaginación ante el enigma de la enfermedad	12
III. La arqueología del saber médico	14
IV. El pensamiento científico natural y el nacimiento del signo	16
V. «Escuchad y leed en el enfermo las razones de la enfermedad»	17
VI. El encuentro del médico y el enfermo en la medicina actual	21
VII. La técnica como origen de la especialización y el nacimiento del dato	22
VIII. El «Logos Sofrosine» de los griegos y la silla de Marañón	25
IX. El cuerpo y la mente ante los arcanos de la enfermedad	28
X. La complejidad de la medicina actual y la despersonalización de la asistencia	29
	57

XI. La actitud científica ante la enfermedad y el humanis- mo asistencial ante el enfermo	32
XII. La enfermedad del hombre en su morada	35
XIII. El retorno de la palabra y el renacimiento de la clínica	37
Epílogo	38
Bibliografía	41
Discurso de contestación del Ilmo. Sr. Prof. Dr. René Sarra- t Torreguitart	45
Curriculum Vitae del Prof. Víctor Bustamante Murga	53