

HUMANISMO Y MEDICINA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ASTURIAS, "III Congreso Astur-Castellano-Leonés de Medicina Familiar y Comunitaria", Oviedo, 28-30 de mayo de 1998.

1. INTRODUCCIÓN: ¿AÚN NO HA DESAPARECIDO EL HUMANISMO?

Hace ahora treinta años el mundo occidental pasó a ser de los jóvenes, al menos durante un mes. En mayo del 68 la juventud sacudió a Francia del letargo y organizó una revuelta estéticamente insuperable: slóganes cautivadores ("la imaginación al poder", "seamos realistas, pidamos lo imposible", "¡resistir la represión!"), ambientes universitarios en plena ebullición, impresionantes fotografías en blanco y negro, adoquines contra los antidisturbios, y todo con el bajo coste humano de un solo muerto. En el aire de la calle se respiraba el deseo colectivo de romper con los corsés, las apariencias, la rutina y el conformismo de los adultos. Existía la convicción de que se podía construir un mundo nuevo. Volvían a resurgir los sueños de una humanidad libre, puesto que se comenzaba a sospechar que el bienestar material no garantizaba uno de los bienes más preciados del ser humano, la libertad: ¡"Prohibido prohibir"! se decía.

Desde entonces para acá han sucedido bastantes cosas. Primero fue creciendo una marejada de desencanto que parecía anegar casi todo. Hubo quien hizo gala de profesar que la única y cruda verdad es que «el mundo es un desastre cuya cima es el hombre», algo así como «un dios fracasado y una especie malograda» a quien no le queda ningún resquicio de esperanza: «somos los cautivos de un círculo sin salida, donde todos los caminos conducen al mismo infalible abismo...La muerte absoluta es el presente objetivo de la humanidad»¹. También hubo quien se dedicó, todavía con mayor derrotismo, a derribar lo poco que permanecía de pie afirmando que el ser humano «es un inadaptable exhausto...sin raíces...un devastador que acumula fechoría sobre fechoría...que sin duda evoluciona pero contra sí mismo». Simplemente forma parte de una «procesión de alucinados», una serie de «réprobos en marcha» que van a lomos de una «chatarra jadeante» la mayoría de los fines de semana².

Luego, cuando ya finalizaba la actuación de estos cantores del pesimismo, surgieron otras variaciones más atenuadas sobre el mismo tema con la posmodernidad y su tesis del pensamiento débil. La realidad no tiene fundamento, está des-fondada. La verdad se ha oscurecido, es un valor que se diluye y su búsqueda no suscita ninguna pasión. Sólo falta cerrar el negocio humanista afirmando la debilidad general del ser y del pensamiento, que sólo tiene la posibilidad de «recorrer como un parásito aquello que ya ha sido pensado» porque es incapaz de elaborar proyectos originales; ha de contentarse con «revivir el pasado como tal, con el único fin de gozar de él, con una especie de degustación arqueológica propia de un anticuario». Y a este ser humano débil, incapaz de justificar sus ofertas globales de sentido y de sostener ninguno de sus grandes ideales (liberación universal, salvación integral, utopías de nuevos mundos), habrá que negarle de plano el suelo que pisa y someterle a una rigurosa cura de adelgazamiento porque ya no le quedan agallas para hablar de imperativos éticos universales de justicia y libertad para todos³. Por lo tanto, discursar sobre el Hombre y el Humanismo es una pérdida de tiempo. Lo mejor y más práctico es

¹ B. HENRI-LÉVY, *La barbarie con rostro humano*, Caracas, 1978, 73, 105, 119. En otro lugar dice que hoy únicamente perdura «la nada, sólo la nada, después de una vida dedicada por completo al servicio de la nada...uno muere igual que ha vivido...igual que un perro» (*El diablo en la cabeza*, Barcelona, 1985, 421-422).

² E. M. CIORAN, *La caída en el tiempo*, Barcelona, 1988, 18, 38, 42-44, donde tampoco deja en pie el valor del saber y la cultura: «¿Es un mal no saber leer ni escribir? Francamente, no lo creo. E incluso pienso que deberemos vestir de luto por el hombre cuando desaparezca el último analfabeto» (*Ibid.*, 33).

³ G. VATTIMO - P. ROVATTI (eds.), *El pensamiento débil*, Madrid, 1988, 33, 35, 75, 343.

certificar su defunción. Aquel mayo del 68 ya era un simple recuerdo, un sueño juvenil de primavera.

A la altura del día de hoy parece predominar la fiebre de los horóscopos cuyos especialistas triplican en número a los físicos y químicos. Triunfan los modelos de vida asociados al éxito fácil y al enriquecimiento rápido. El talante *lúdico*, la exaltación de lo *light* y la búsqueda de la felicidad de bolsillo son las grandes aspiraciones del momento. Tampoco hay liderazgos filosóficos que marquen con su impronta al conjunto de la sociedad. Y quizá lo más llamativo sea que se digieren al mismo tiempo y sin ningún empacho noticias tan diferentes como la caída del muro de Berlín, los afanes redentores de los americanos en Irak, el genocidio de Ruanda y Burundi, el desastre ecológico del río Guadamir, el asesinato del obispo guatemalteco Gerardi o las imágenes sobre la firma de la unión monetaria europea.

Y resulta que, en medio de este despiste generalizado, comienza a escucharse la voz de quienes solicitan el renacimiento del humanismo médico⁴. ¿No había quedado ya bien muerto y enterrado junto al hombre que defendía? ¿Pretende crear algo verdaderamente original o consistirá en rehabilitar viejos restos de anticuario, como se decía más atrás?.

2. LA TRADICIÓN HUMANISTA DE LA MEDICINA

El término «humanismo» fue utilizado por primera a principios del siglo pasado. Lo introdujo F.I.Niethammer en 1808 para defender la necesidad de recuperar todos los aspectos de la formación integral del hombre (lengua, literatura, arte, historia y filosofía moral) frente a la orientación utilitarista y técnica que se estaba imponiendo en las escuelas y universidades alemanas. Se trataba de revitalizar los valores e ideales educativos de la Antigüedad griega y latina, junto a su comprensión de la vida y del hombre, apelando a la época del Renacimiento (siglos XIV-XVI) que se consideraba el mejor modelo histórico de una vuelta a los clásicos⁵.

No obstante, las palabras humanismo, humanista, humanístico, humano y humanidades son vocablos que nadie hasta ahora ha podido definir de manera totalmente satisfactoria. Además estos términos dan cobijo a ideas muy diversas sobre el hombre o, lo que es lo mismo, a distintas antropologías en ocasiones radicalmente contrapuestas⁶.

Sin embargo, a pesar de las dificultades aludidas, conviene ponerse de acuerdo sobre los rasgos característicos del humanismo en sentido amplio. Significa confiar en el hombre, tener fe en él y comprometerse para que su vida sea digna y feliz, justa y dichosa. Supone admitir que el ser humano es la realidad más valiosa y preferible que existe y, por tanto, ordenar todos los aspectos y todas las cosas de la vida en función de esa realidad es un proyecto humanista. Afirma que el hombre tiene en sus manos la capacidad de tomar decisiones y que, si bien carece de garantías para escapar al desastre, es libre para elegir el camino que le conduzca a ser cada vez más él mismo y a aprender constantemente en qué consiste esa tarea. Trasciende las fronteras del momento histórico y se abre a la búsqueda de lo propio y específico del hombre, de lo *humano*, empeñándose en la construcción de un ideal de humanidad y reaccionando contra cualquier clase de amenaza que pueda destruirla.

El humanismo ha tenido un gran peso específico en el ejercicio de la medicina occidental. Se podría hablar de tres movimientos o tendencias que se han ido sucediendo progresivamente: humanismo aristocrático, dialógico y solidario. Será una clasificación útil siempre y cuando esas tres concepciones no se vean como compartimientos estancos o ais-

⁴ H. T. ENGELHARDT, "Humanidades en la educación médica americana", *Jano* 749 (1986) 49-61; P. LAÍN ENTRALGO, "El nuevo humanismo médico", *Jano* 40 (1991, N° Extraordinario) 10-18.

⁵ E. GARCÍA ESTÉBANEZ, *El Renacimiento: Humanismo y sociedad*, Bogotá, 1986.

⁶ J. FERRATER MORA, "Hombre" y "Humanismo", en *Diccionario de Filosofía*, 2, Madrid, 1991, 1547-1553 y 1566-1570, respectivamente; A. BULLOCK, *La tradición humanista en Occidente*, Madrid, 1986.

lados, sino combinados y entrelazados en el proceso histórico. Van evolucionando al tiempo que se corrigen y critican unos a otros sucesivamente.

2.1. Humanismo aristocrático: beneficencia paternalista

Se refiere a una figura ideal del médico caracterizada por la grandeza de sus virtudes, la nobleza de su reputación y la excelencia de su profesión. Es un modelo humano que actúa bajo la conciencia explícita de pertenecer a una clase privilegiada, debido al tipo de sabiduría y de misión que está llamado a ejercer. A los médicos hay que exigirles las cualidades que adornan a los mejores de la sociedad: «los más firmes, los más valientes y, en cuanto sea posible, los más hermosos»⁷. Por eso se decía ya en los libros hipocráticos que el médico filósofo se asemeja a los dioses, ejerce una especie de sacerdocio laico y tiene que poseer un gran número de cualidades: «desprendimiento, modestia, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de toda superstición y excelencia divina»⁸. El paso del tiempo se encargó de ir moldeando este ideal hasta convertirlo en la figura del médico prudente y educado, gentil y de correcto porte exterior, el *gentleman*, que estaría muy extendido durante los siglos XVIII y XIX identificando el «orden médico» con la «etiqueta médica»⁹.

Asimismo, el arte de sanar se fue canalizando desde muy antiguo a través de la búsqueda de lo humanamente bueno: ayudar y hacer el bien al enfermo, preservarle del daño y de la injusticia, proteger y respetar su vida, ser fiel a su confianza y guardar el secreto profesional, son las obligaciones fundamentales del ideario humanista que ha llegado hasta nosotros en el famoso *Juramento* de Hipócrates. Sólo que este ideal estaba centrado exclusivamente en el prestigio profesional y la honradez del médico, en la altura humana de su personalidad individual. El enfermo estaba allí, pero no contaba, porque se le consideraba incapacitado física y moralmente para tomar decisiones. Se limitaba simplemente a obedecer como hacen los hijos pequeños con sus padres. Desde entonces para acá el *paternalismo* médico ha sido el único cauce por donde transcurría la beneficencia sanitaria.

Posteriormente, la influencia de la filosofía estoica, el judaísmo y el cristianismo fueron orientando el humanismo médico hacia la *filantropía*. Así lo atestigua, por ejemplo, Escribonio Largo (siglo I d.C), para quien el médico ha de tener siempre «un ánimo lleno de misericordia y humanidad... socorrer en la misma medida a todos los que imploran su auxilio... y no hacer daño a nadie», porque la medicina es «ciencia de sanar, no de dañar»¹⁰. Pero el testimonio más significativo quizá sea el de un médico judío medieval, llamado Isaac Judaeus: «Quien se dedica a trabajar con perlas tiene que preocuparse de no destrozar su belleza. Del mismo modo, el que intenta curar un cuerpo humano, la más noble de las criaturas de este mundo, debe tratarlo con cuidado y amor»¹¹. También insistió en esta dimensión filantrópica Paracelso (1493-1541) puesto que, según decía, junto a la virtud entendida como saber hacer técnico está la virtud como «amor» del terapeuta a su propia profesión y al enfermo, es decir, como un saber hacer ético: «arte y ciencia deben nacer del amor; si no, no logran perfección»¹².

Aproximadamente por esas mismas fechas, el médico español Juan Huarte de San Juan (1529-1589) puso de relieve que la dimensión humana va incluida en el propio ejercicio de la medicina, forma parte del saber y de la práctica clínica como un valor intrínseco.

⁷ PLATÓN, *La República*, Barcelona, 1996, 535 a.

⁸ C. GARCÍA GUAL (ed.), «Sobre la decencia», en *Tratados hipocráticos*, 1, Madrid 1983, 202-203.

⁹ D. GRACIA, «El orden médico: la etiqueta médica de Thomas Percival», *Asclepio* 35 (1983) 227-255.

¹⁰ F. KUDLIEN, «Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome», *Clio Medica* 5 (1970) 96.

¹¹ Citado por H. SCHIPPERGES, «La ética médica en el Islam medieval», *Asclepio* 17 (1965) 107-116.

¹² Citado por P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona 1994, 298.

La medicina teórica se aprende con el «entendimiento» y la medicina práctica con la «imaginación». Por lo tanto, la perfección del médico consiste en estas dos cosas: 1ª) «saber por método los preceptos y reglas de curar al hombre en general, sin descender a lo particular», y 2ª) «haberse ejercitado mucho tiempo en curar y conocer por vista de ojos gran número de enfermos». A partir de ese planteamiento se infieren dos conclusiones prácticas: 1ª) «cada hombre que enfermarse se ha de curar conforme a su particular proporción», es decir, hay que devolverle la armonía que tenía cuando estaba sano, y 2ª) «para hacer esto como conviene es necesario que el médico haya visto y tratado al enfermo muchas veces en sanidad», o sea, ha de mantener con él una relación continuada para que cuando enferme «sepa hasta dónde lo ha de restituir»¹³.

2.2. Humanismo dialógico: autonomía del enfermo

A partir del siglo XVIII el humanismo médico adopta otra perspectiva diferente. La Ilustración se dedicó a forjar una idea de hombre basada en la razón autónoma y crítica, decidida a liberarse de todos los dogmatismos y oscurantismos de épocas anteriores. Al hombre se le concibe ahora como el único ser capaz de darse leyes a sí mismo, el único capaz de *autonomía*. Por eso tiene «valor interno», es «fin en sí mismo» y nunca debe ser tratado como medio para cualquier otra clase de interés¹⁴. Ahí reside el fundamento de la dignidad de la persona humana y el respeto incondicional que merece. De esta concepción también se derivó el postulado de unos *derechos humanos* esenciales e inderogables, que comenzaría a hacer suyos la Revolución Francesa e inspiraría luego a todos los movimientos revolucionarios posteriores hasta la Declaración Universal de la O.N.U en 1948.

Como ya se sabe, tal manera de ver las cosas terminó dando un vuelco al ejercicio de la medicina basado en la beneficencia paternalista. Las nuevas exigencias ya las intuía Feijóo, por ejemplo, quien recriminaba a los médicos dedicarse a hacer sólo lo que ellos querían sin contar para nada con el paciente: «La alegría del enfermo no pende tanto, ni con mucho, de las recetas del médico, cuanto de lo que el enfermo pueda recetarse a sí mismo. Consúltese en todo y por todo su gusto y adminístresele todo, exceptuando únicamente lo que ciertamente sea perjudicial a su salud o ilícito en lo moral»¹⁵.

En cualquier caso, los efectos del cambio tardaron en llegar. Fue necesario que se sucedieran diversos acontecimientos, tanto en el ámbito social como en el clínico, para que la autonomía de la persona se convirtiera en otro nuevo eje del humanismo médico. No obstante, las indicaciones iban apareciendo poco a poco. El médico inglés J.Gregory (1724-1773) levantó la voz contra quienes intentaban convertir la medicina en una profesión cerrada y monopolista, afirmando que «todos los hombres tienen derecho a hablar cuando se trata de su salud y de su vida»¹⁶. Dicho con otras palabras, el enfermo tiene derecho a opinar y a tomar decisiones en todo lo que se refiera a su cuerpo.

Estas afirmaciones anunciaban una nueva sensibilidad hacia la reivindicación de los derechos del enfermo y, sobre todo, un modo muy diferente de entender la beneficencia sanitaria y las relaciones médico-paciente. El verdadero cambio no tuvo lugar de hecho hasta finales de los años sesenta, cuando se inició la elaboración del primer código de derechos del enfermo que reconocía su mayoría de edad y, con ello, la capacidad de decidir por sí mismo. En España todavía adquirieron su definitiva formulación jurídica en la Ley General de Sanidad de 1986.

¹³ J. HUARTE DE SAN JUAN, *Examen de ingenios para las ciencias*, Barcelona 1996, 306-307.

¹⁴ I. KANT, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, 1990, 110-114.

¹⁵ B. FEIJÓO, *Obras selectas*, Santiago de Compostela, 1987, 288-289.

¹⁶ *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos del médico*, Madrid, 1803, 260-262, citado por D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*, Madrid 1989, 152.

Recientemente, el llamado *Convenio Europeo de Bioética* dejó establecido que el marco ético de la medicina consiste en proteger la dignidad e identidad de cada persona, garantizar el respeto a su integridad física y a sus derechos fundamentales, y hacer que el «interés y el bienestar del ser humano» prevalezcan sobre el interés exclusivo de la sociedad o la ciencia. Dispuso asimismo, como regla general, que cualquier intervención en el ámbito de la salud ha de contar siempre con el «libre e inequívoco consentimiento» de la persona afectada, para lo cual es imprescindible ofrecerle antes toda la información necesaria¹⁷. También adoptó una serie de medidas, relacionadas con diversos problemas en torno a la vida y la salud, donde se puede observar que lo *humano* viene a ser algo así como la horma que configura la actividad cotidiana de los médicos¹⁸.

Habría sido imposible recorrer este largo camino si no se hubiera nivelado poco a poco la relación médico-paciente hasta entenderla como un proceso de *diálogo* entre iguales. El cambio de paradigma consistió en tomar conciencia de que el médico no trata enfermedades sino enfermos. Se cayó en la cuenta de que el cuerpo humano no es una realidad muda de la que se aíslan patologías, sino la manifestación de una determinada persona a la que se debe integrar en la relación clínica. El enfermo dejó de ser objeto y se convirtió en interlocutor válido, en *sujeto* de diálogo interpersonal. No está de más entonces recordar a un humanista clásico, F. Petrarca (1304-1374), quien trayendo a su memoria la insigne figura de Sócrates pretendía explicar a sus contemporáneos las implicaciones humanizadoras del lenguaje: «Bien dijo Sócrates, contemplando a un hermoso joven en silencio: “Habla para que te vea”, porque pensaba que el hombre se ve no tanto en el rostro, como en las palabras»¹⁹. Tampoco está mal traer a colación las palabras de un poeta español de la generación del 27: «No se hizo el enfermo para el médico sino el médico para el enfermo... en resumidas cuentas se hizo el hermano para el hermano y se hizo el hombre para el hombre»²⁰.

2.3. Humanismo solidario: justicia para los desfavorecidos

La dificultad de tratar a todos por igual, con la misma consideración y respeto, es tan antigua como la propia medicina. Ya el viejo Aristófanes (siglo V a.C) decía en una de sus comedias que era muy difícil encontrar un médico competente, porque «¿Cómo hallarlo? Donde no hay recompensa, no hay arte». La cuestión alcanzó después tales proporciones que el emperador Federico II promulgó en 1231 una ordenanza donde se incluía esta obligación: «El médico jurará... prestar asistencia gratuita a los pobres, y visitará a los enfermos por lo menos dos veces al día, y si el enfermo lo pide, cada noche; y de éste no recibirá por día, si no se ve por su causa obligado a salir de la ciudad o del castro, más allá de medio tarreno de oro...»²¹.

Así todo, las soluciones no suelen venir de arriba ni a golpe de decreto. Ha sido necesario, primero, que a los derechos individuales basados en la libertad y reivindicados por la burguesía frente al Antiguo Régimen les sucedieran, después, los derechos sociales basados en la igualdad y reivindicados por el movimiento obrero a lo largo de los dos últimos siglos. Desde entonces para acá el derecho a la asistencia sanitaria se ha reconocido como

¹⁷ «Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina», *Diario Médico Documentos*, Viernes 4 de abril de 1997.

¹⁸ C. GONZÁLEZ QUINTANA, “El humanismo médico visto desde la perspectiva ética”, *Dimensión Humana* 5 (1997) 11-16.

¹⁹ Citado por G. REALE - D. ANTISERI, “El Humanismo y el Renacimiento”, en *Historia del pensamiento filosófico y científico*, II, Barcelona, 1988, 53.

²⁰ L. F. VIVANCO, *Prosas propicias*, Barcelona, 1976, 64-65.

²¹ Citado por P. LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-paciente*, Madrid, 1983, 162.

una de las condiciones que forman parte del «mínimo decente»²² de vida digna para todos, sin excepción, junto al de la vivienda, la educación y el alimento.

No obstante, el problema de fondo continúa hoy sin solucionar puesto que casi tres cuartas partes de los seres humanos carecen de ese mínimo decente. El origen de este escándalo procede de un humanismo que, sin menoscabo de sus innegables méritos, ha sido elaborado a partir de la distinción entre atenienses y esclavos, romanos y bárbaros, cristianos y paganos, civilizados y salvajes, desarrollados y subdesarrollados. Ha sido predominantemente aristocrático y elitista. Ha producido refinamiento, calidad de vida y altos ideales para unos pocos, mientras que la mayoría padece condiciones infrahumanas. En resumen, continúa siendo excesivamente narcisista, carece de *solidaridad*. Por ese camino el discurso humanista se convierte en pura abstracción ideológica, se hace literalmente imposible.

La salida de este círculo vicioso se podría conseguir buscando el humanismo de mañana en otra dirección²³: rompiendo las ataduras del egocentrismo que genera la comodidad del bienestar material y superando la tentación individualista de contemplarnos a nosotros mismos. Es necesario levantarse y dirigirse hacia las situaciones límite en las que el ser humano está objetivamente amenazado, hacia los bajos fondos de la humanidad donde hay muchísimos seres humanos deshumanizados. A todos esos que malviven en una situación tremendamente desigual hay que tratarlos con desigualdad, o sea, hay que favorecerlos y privilegiarlos, tratarlos con *justicia*. Adherirse a su causa, solidarizarse con ellos, es el camino que se debería emprender.

Y no se piense que esto sea imposible. En plena Edad Media, por ejemplo, había mucha gente anónima dedicada a atender leprosos, madres pobres y recién nacidos, niños abandonados, locos y dementes, ancianos, inválidos y otras numerosas enfermedades que necesitaban cuidados específicos²⁴. Mucho más acá, en 1965, fallecía A.Schweitzer, un médico que dedicó más de cincuenta años al cuidado de los nativos de Lambarené, en el África ecuatorial francesa. A partir de los años 80 se han intensificado las investigaciones y medidas institucionales en orden a paliar la desigualdad reinante en materia de salud²⁵. También hay muchos médicos que se organizan en ONGs para prestar sus servicios en aquellas zonas del mundo donde predomina la miseria, el hambre y las epidemias. Todos ellos ponen en práctica la concepción del hombre como «realizador de cosas» que contribuyen a su perfección y a la de sus semejantes, pues ha nacido «no para marchitarse yaciendo, sino para estar de pie haciendo...», no para entristecerse en el ocio, sino para esforzarse en cosas magníficas y grandes»²⁶.

Viene muy bien recordar aquí el pensamiento del premio Nobel y filósofo A.Camus (1913-1960), cuyo mensaje acerca de la afirmación de la vida, la lucha contra la peste y el absurdo circulaba por las calles de París hace ahora treinta años. Estaba convencido de que «la injusticia separa; la vergüenza, el dolor, el mal que se hace a los demás, el crimen, separan»²⁷. Vivir así es un tormento que conduce hasta las últimas consecuencias del absurdo: «Ver disiparse el sentido de esta vida, desaparecer nuestra razón de existir, eso es insoporrible. No puede vivirse sin razón»²⁸. La causa de todo ello reside en una especie de «peste» que cada uno lleva consigo y a la que constantemente debe vigilar para no respirar en la

²² Ch. FRIED, "Rights and Health Care: Beyond Equity and Efficiency", *New England Journal of Medicine* 293 (1975) 241-245 y "Equity and Rights in Medical Care", *Hastings Center Report* 6 (1976) 29-34.

²³ J. COMBLIN, «Humanidad y liberación de los oprimidos», *Concilium* 175 (1982) 264-275.

²⁴ C. GONZÁLEZ QUINTANA, *Dos siglos de lucha por la vida: XIII-XIV. Una contribución a la historia de la bioética*, Salamanca 1995, 228-232.

²⁵ AA. VV., «Las desigualdades sociales en salud», *Dimensión Humana* 1 (1998) 28-50.

²⁶ Texto de L. A. Alberti (1404-1472) citado por G. REALE - D. ANTISERI, *Ibid.*, 59.

²⁷ A. CAMUS, "Los justos", en *Obras completas*, I, México 1959, 1153.

²⁸ A. CAMUS, "Calígula", en *Ibid.*, 741 y 792.

cara de otro y contagiarle. La solución no consiste en hacerse héroes ni santos ni, menos aún, huir hacia la cuarentena de los sanos, sino en luchar por «*ser solo un hombre*» ¿Cómo? Tomando deliberadamente el partido de las víctimas, haciéndose solidario de los vencidos, poniéndose junto a los demás hombres y compartiendo con ellos las únicas certidumbres que tienen en común: el amor, el sufrimiento y el destierro. Así descubrió el sentido de su vida el doctor Rieux, médico de los apestados. «Por eso ni una sola de las angustias de sus conciudadanos ha dejado de ser compartida por él, ni ninguna situación se ha producido que no haya sido también suya»²⁹.

3. EL SENTIDO HUMANO DE LA MFyC

Un reciente estudio de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de Asturias ofrece datos elocuentes sobre los valores y criterios que deberían inspirar la actividad clínica³⁰: ante todo no hacer daño, hacer el bien siempre que se pueda, proteger la vida por encima de todo, caer en la cuenta de que sin equidad lo demás no vale, respetar la voluntad del paciente, considerar la ley como el mejor criterio para actuar y admitir que el despilfarro es imperdonable.

Dejando a un lado la valoración de esa jerarquía de principios, es evidente que en ella se condensa un determinado enfoque humanizador de la medicina reforzado, además, por el alto porcentaje de contestaciones (94%) que atribuyen a la ética la función de agudizar la percepción de dilemas conflictivos y facilitar su resolución. Estas apreciaciones revisten aún mayor interés si se tiene en cuenta que proceden de médicos cuyo currículo universitario ha sido marcadamente científico-técnico, no humanista.

Todo ello indica que el humanismo médico no se puede reducir a la administración periódica de ciertas dosis de cultura, caridad y buenas intenciones, como si fuera una especie de bayeta mágica utilizada para limpiar la deshumanización de su rostro. No es un apósito de la medicina. Al contrario, va incluido en ella y forma parte intrínseca de ella, pertenece al patrimonio humanista heredado por todas las generaciones de médicos. Lo que sí resulta imprescindible es colocarse en la perspectiva adecuada para descubrirlo, entrenar la mirada para percibirlo y educar la sensibilidad para apreciarlo. Así pues, hay que reconocer lo evidente: «La asistencia médica es un acto humano. La ciencia y la técnica que la informan son también creaciones humanas... Su estudio, discusión y difusión son actos humanos, son parte del humanismo cultural»³¹ que ha llegado hasta nosotros.

Los rasgos que componen el perfil profesional y el campo de acción en MFyC merecen un breve comentario. Según la descripción oficial, la calidad humana de la asistencia sanitaria es proporcional al grado de «cuidados integrales de salud» que se prestan «al individuo, la familia y la comunidad, desde una perspectiva psicosocial»³². Este último término habría sido mejor sustituirlo por el de «integradora», sin más, pero lo importante es que el acento recae en la persona enferma concebida como totalidad unitaria. La asistencia médica debe tener en cuenta todas las dimensiones que componen el proceso vital de cada paciente e incidan en su estado de salud-enfermedad³³. Se trata de un modelo *humanista* que ha pasado del aislamiento de la enfermedad a la integración de la persona enferma. Es un paso que exige cambiar el “qué” por el “quién”, la cosificación patológica por el sujeto que vive en estado patológico, el sentimiento de impotencia e infantilidad del enfermo por su reco-

²⁹ A. CAMUS, “La Peste”, en *Ibid.*, 418-421, 465 y 471.

³⁰ A. LÓPEZ - M. MARTÍNEZ SUÁREZ - P. SUÁREZ GIL, *Aflorar la ética poco a poco*, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Asturias, Oviedo, 1997 (trabajo pendiente de publicación).

³¹ J. L. TIZÓN, “Sobre el “humanismo imposible” en la medicina actual», *Dimensión Humana* 1 (1998) 5-7.

³² MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Guía de Formación de Especialistas*, Madrid, 1996, 282.

³³ G. L. ENGEL, “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, *Science* 196 (1977) 129-136; “The clinical application of the biopsychosocial model”, *American Journal of Psychiatry* 137 (1980) 5.

nocimiento como interlocutor válido, la cantidad por la calidad, el trabajar “para” el enfermo por el trabajar “con” el enfermo, el lenguaje técnico por el diálogo interpersonal, el ocuparse de la enfermedad por el preocuparse de “tal” persona enferma.

Llegados aquí conviene ofrecer un sencillo diseño de la figura humanista del médico de MFyC. En primer lugar está llamado a seguir cultivando la *excelencia* de su profesión, siempre y cuando se despoje decididamente del paternalismo que tanto cuesta abandonar y aún penetra por los entresijos de la práctica clínica. El mejor modo de conquistar esa excelencia, entendida como la calidad o bondad que hace digna de singular aprecio a una persona, es la adquisición de *virtudes* humanas como ya se decía hace siglos: «Ante el hombre bueno el camino de la felicidad se abre con toda rectitud y libertad. Es el único que no se engaña y no se equivoca. Sólo él vive bien...En consecuencia, si queremos ser felices, esforcémonos por ser buenos y virtuosos»³⁴. Un posible cuadro de virtudes sería el siguiente³⁵: benevolencia, veracidad, respeto, confianza y justicia. La bioética es un medio que puede contribuir a su adquisición.

En segundo lugar está llamado a prestar una *asistencia integradora*, cuya eficacia se mide preferentemente por la atención a la totalidad de la persona en todas sus dimensiones. En este sentido, potenciar el *diálogo* interpersonal es un requisito indispensable para saber hacer el bien contando con la autonomía del paciente, teniendo en cuenta que no basta sólo con oír. Hay que escuchar prestando atención a lo que se oye (*auscultare*), lo cual exige una actitud positiva para reconocer que en la enfermedad hay un enfermo, no un objeto patológico. Otro requisito importante es la *continuidad* de la asistencia, que concede la primacía al seguimiento personalizado de cada paciente dentro de su contexto familiar y social. Esta exigencia es muy difícil ponerla en práctica mientras sigan predominando criterios burocráticos y estadísticos, que impiden liberar tiempo suficiente para comunicarse con los enfermos o priorizar otras necesidades sanitarias de la comunidad donde se trabaja.

Finalmente, el médico de MFyC está llamado a la *solidaridad* favoreciendo descaradamente a las víctimas de la injusticia, a los pobres. Ellos son quienes ponen en evidencia nuestro humanismo selecto, romo y elitista. Revitalizar nuestra tradición humanista exige optar con decisión por hacer el bien a todas esas personas que ni siquiera reclaman su derecho a la autonomía, porque no tienen voz. La figura del «buen samaritano», narrada por el evangelista San Lucas (10,29-37), contiene suficientes indicaciones³⁶. Esta parábola evangélica enseña que la comodidad del bienestar material y la seguridad de sentirse arropados por un orden establecido crean una especie de barrera, a veces inconsciente, dentro de la que es bastante fácil reconocer al “prójimo”, pero impide habitualmente saltar al otro lado y hacerse realmente prójimos de quienes padecen necesidades básicas. Es una barrera que permite ver lo de afuera, pero obliga a dar un elegante rodeo para no encontrarse con lo que hay allí; hace difícil tomar conciencia de que verdadero *prójimo* sólo es aquél que elige ponerse en el mismo camino de desgracia y humillación de quien quedó al margen por diversas causas.

Así pues, una espléndida manera de romper el círculo que nos atenaza consiste en tomar la dirección de ir no hacia arriba sino hacia abajo, no hacia lo grande sino hacia lo pequeño, menor y débil donde la vida está constantemente amenazada. Y téngase en cuenta que para ello no es imprescindible ir lejos. Bastaría con que cada uno evitara rodear la barrera por dentro y saltara con decisión hacia el lugar de las víctimas. Es posible hacerlo estableciendo prioridades en los programas de formación, en los planes de actuación de cada centro sanitario y en la misma organización de la Sanidad Pública. Este tipo de huma-

³⁴ Texto de L. Bruni (1370/74-1444) citado por G. REALE - D. ANTISERI, *Ibid.*, 55.

³⁵ J. F. DRANE, *Becoming a Good Doctor: The place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas-Montana, 1988.

³⁶ A. R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, Massachusetts, 1990, 38-60.

nismo inyectaría verdadera calidad humana en la asistencia sanitaria, siempre y cuando no sea un mero adorno exterior o una morfina de la mala conciencia, porque lo decisivo no es saber «*qué* estás haciendo sino *cómo* lo estás haciendo»³⁷. Remedando un lema de mayo del 68 habría que decir: “resistencia a la deshumanización del hombre”. Ya es humano ser un buen médico, pero es más humanizador ser un médico *bueno*: hacerse cargo de los pobres y cargar con ellos para que puedan vivir dignamente. «Examinemos qué acción es la mejor, y no la que más se usa»³⁸, porque quizá a causa de esto último el mundo de la salud siga controlado por unos pocos en vez de repartirlo entre todos y dejar sitio en él para todos. He ahí el humanismo médico del próximo futuro.

Constantino González Quintana
Oviedo, 28 de mayo del 98

³⁷ EPICTETO (siglo I d. C), *Un manual de vida*, Palma de Mallorca, 1997, 22.

³⁸ SÉNECA (siglo I d. C), *Sobre la felicidad*, Madrid 1997, 66.