





ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.31201>

CONSIDERACIONES SOBRE INTEGRANTES DEL ACTO MÉDICO TOMADAS DE LA LITERATURA

Considerations on Members of the Medical Act Taken from the Literature

Sara GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ ; María GONZÁLEZ-GARCÍA ; Javier BORDALLO-LANDA 
Agustín HIDALGO  (✉)

Área de Farmacología, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo. Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA), Fundación Cajastur. Instituto de Investigación Sanitaria de Asturias (ISPA) (España).

Autor para correspondencia: Javier Bordallo

Correo electrónico: bordallojavier@uniovi.es

Recibido: 16 de junio de 2022

Aceptado: 23 de junio de 2022

Resumen

Se acepta que la literatura puede ser útil para la enseñanza de la medicina porque ambas disciplinas trabajan con sentimientos de personas y consideran la relación interpersonal como el marco de referencia de su actividad profesional. En este trabajo se aportan una serie de ejemplos integrados por fragmentos de textos narrativos tomados de diferentes obras literarias que inciden en el valor de las descripciones y percepciones de diversos autores sobre aspectos de la interacción entre diferentes actores del acto médico. En síntesis, se refleja la imagen cambiante de la medicina y los médicos, del médico como persona, del efecto curativo de la interacción médico-enfermo, y de la interacción con el sistema sanitario. Si bien se aprecia el carácter altruista y abnegado de la práctica médica, los testimonios vertidos en algunos textos literarios dejan constancia de la necesidad de prestar más atención a la formación en empatía no sólo de los profesionales sanitarios, sino también de cuantas personas realizan su trabajo en el ámbito sanitario.

Palabras clave: literatura; formación médica; salud; enfermedad; enfermos; sistemas de salud.

Abstract

It is well accepted that literature can be useful for the teaching of medicine because both disciplines study people's feelings and consider the interpersonal relationship as the frame of reference for their professional activity. In the present work, a set of examples are provided, made up of fragments of narrative texts taken from different literary works that have impact on the value of the descriptions and perceptions of several authors on aspects of the interaction between different participants in the medical act. Briefly, it reflects the changing picture of medicine and doctors, the doctor as a person, the healing effect of the doctor-patient interaction, and of the interaction with the healthcare system. Whilst the altruistic and selfless nature of medical practice is appreciated, the proofs expressed in some literary texts show the need to pay more attention to training on the empathy not only for health professionals, but also for all the people who work in the healthcare system.

Keywords: literature; medical training; health; disease; patients; health systems.

Introducción

La relación de la literatura y la medicina ha sido estudiada desde antiguo. En los primeros congresos de medicina de nuestro país ya se incluían sesiones que analizaban situaciones clínicas descritas en la literatura. Este proceder se mantiene aún en las reuniones de algunas sociedades científicas (por ejemplo en las de Historia de la Medicina) y algunas revistas científicas del ámbito médico, más allá de la Revista de Medicina y Cine, dedican secciones, artículos y comentarios a los estudios relacionados con medicina, literatura y manifestaciones artísticas¹. Se acepta que este tipo de análisis puede contribuir a la formación humanística de los médicos y beneficia a los pacientes de una relación más humana con los médicos que incluyen la literatura (en cualquiera de sus formas) dentro de sus ocupaciones habituales. Algunos estudios amplios están recogidos en libros como *Literatura y Medicina (cuaderno de Trabajo)* del profesor Luis Sánchez Granje², o *Medicina y Literatura: hacia una formación humanística*, del médico José Fernández Guerra³ (Foto 1). Otros textos más puntuales pueden ser los de Martín de Prados⁴, Conde Gargallo⁵ Fernández Sanz⁶, o el más reciente de Moraga sobre cervantofobia y cervantofilia⁷, o el de Levy⁸ sobre enfermedad, dolor y muerte en dos novelas españolas del siglo XXI por citar sólo algunos ejemplos próximos y remotos en el tiempo. Es evidente que la literatura no cura en el sentido médico del

término, pero es innegable que puede ayudar a hacer más llevadero el proceso de la enfermedad aportando alivio a través de mecanismos o procesos como la extraversión o la toma de postura guiada por las conductas que han servido de ejemplo a otros enfermos.

En este artículo, se aportan algunos ejemplos que ilustran cómo en la literatura pueden encontrarse propuestas útiles para la formación de los estudiantes mediante una selección de textos que aproximan a la formación de profesionales a lo largo del tiempo. En concreto, los fragmentos seleccionados se refieren a lo que se ha pensado sobre el ejercicio de la medicina a lo largo de la historia, sobre la imagen social del médico, la descripción de conceptos en torno a la salud y la enfermedad (su significado, su vivencia, la enfermedad como juicio, interacción con el sistema sanitario, etc.), la relación médico-enfermo, y la interacción con el sistema sanitario.

Sobre la medicina

Sobre la medicina pueden encontrarse alusiones desde el origen de los tiempos⁹. Sin embargo, en este trabajo nos limitaremos a tiempos recientes. Es cierto que la medicina ha pasado por numerosas vicisitudes¹⁰ y sus progresos sólo han sido visibles, en términos de calidad y cantidad de vida, en tiempos recientes. Por eso es entendible que autores como Voltaire (1694-1778) hayan considerado que:

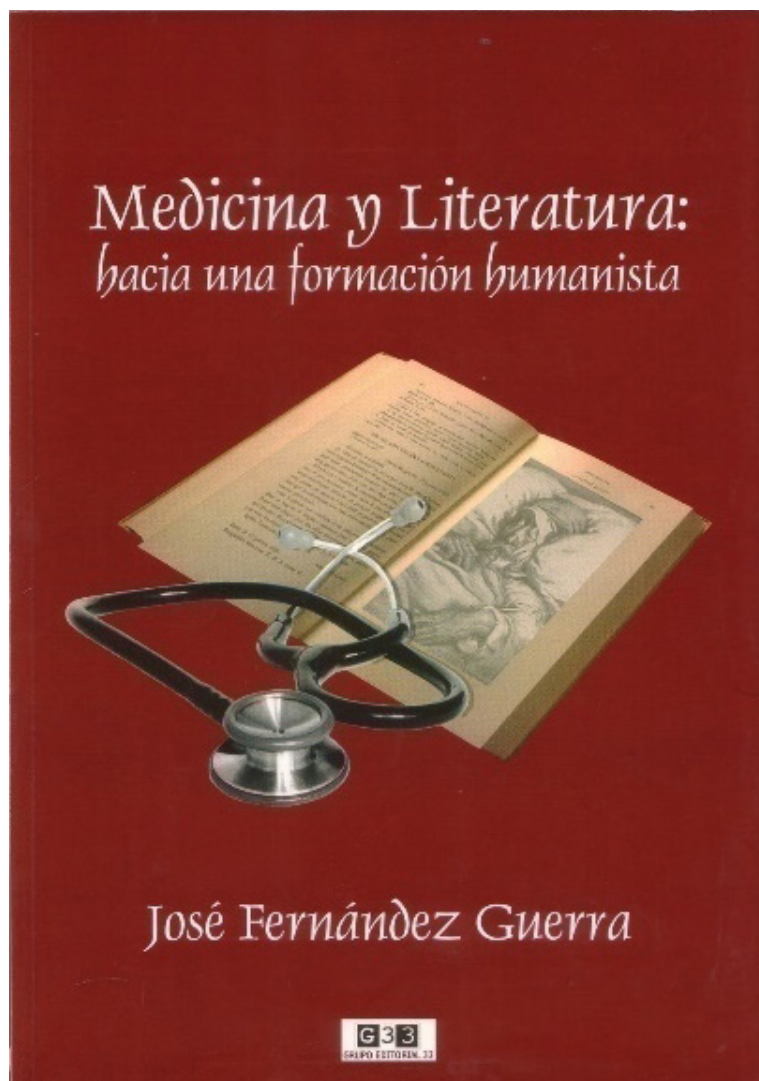


Foto 1. Cubierta de la obra Fernández Guerra J. Medicina y Literatura: hacia una formación humanística. Málaga: Grupo Editorial 33; 2006

La medicina es un arte discutible. Unas veces ayuda a la naturaleza y otras la destruye. Es bueno pedir consejo a los médicos siempre que no se les crea ciegamente. La verdad es que no tengo fe en ellos y sólo confío en los remedios que me han aliviado.

También Rousseau (1712-1778) se pronunció sobre la medicina y el arte de los médicos con poca consideración:

El imperio de la medicina es el arte más nocivo para el hombre. No puedo asegurar qué enfermedades

curan los médicos, pero puedo hacer un balance completo de las que nos contagian. Nos transmiten la cobardía, la credulidad, el terror y la muerte. En el mejor de los casos, si consiguen curarnos el cuerpo, ponen buen cuidado en arrebatar nos el valor de nuestro espíritu.

Una buena representación de las alusiones a la medicina, los médicos y los remedios en la literatura española puede encontrarse en el libro coordinado por Raúl Guerra Garrido titulado *El herbario de Gutenberg. La farmacia y la letra*¹¹.

Michael Foucault (1926-1984) achaca la inoperancia de la medicina a su falta de cientificidad, lo que empieza a corregirse a finales del siglo XVIII como consecuencia de las modificaciones introducidas en la asistencia sanitaria por la Revolución Francesa. Dice Foucault:

La medicina mata, siempre mató. Lo importante es que hasta tiempos recientes los efectos negativos de la medicina quedaron inscritos en el registro de la ignorancia médica. La medicina mataba por ignorancia del médico o porque la propia medicina era ignorante; no era una verdadera ciencia sino sólo una rapsodia de conocimientos mal fundados, mal establecidos y verificados. La nocividad de la medicina se juzgaba en proporción a su no cientificidad¹².

Posteriormente, la medicina, la ciencia médica se ha ido haciendo normativa; es decir, tiene normas para casi cualquiera de sus actuaciones: normas para clasificar enfermedades, normas para investigarlas, normas para comparar la efectividad de los tratamientos, normas para tratar a pacientes individuales, normas para comunicarse con los enfermos, normas para lidiar con las consecuencias del ejercicio profesional. E, incluso, tiene normas para clasificar a las enfermedades según criterios etiológicos, mecanísticos o clínicos, teniendo presente que

*lo realmente importante en la clasificación de las enfermedades es que sea útil a la práctica médica sin esperar que sea una clase natural esencialista*¹³. No obstante, algunos literatos han puesto objeciones a la clasificación de las enfermedades teniendo en cuenta las repercusiones en los enfermos. Gabi Martínez pone en boca de uno de sus personajes, afectado por una encefalitis autoinmune pero tildado de loco en el centro en el que trabaja, los siguientes términos:

Las etiquetas suelen estar mal colgadas, el drama aparece cuando alguna de ellas te condena más de lo esperado. Estoy tan seguro de no ser un buen chico como de no padecer ningún tipo de psicosis ni trastorno bipolar. Estas definiciones las decidieron otros, pero al parecer debo someterme a ellas. Creo haber comunicado a los doctores mi intuición de que padezco algún tipo de enfermedad orgánica, si bien nadie atiende a mis protestas porque, como la autoinmunidad es mi campo de investigación preferente desde que empecé a estudiar medicina, mi diagnóstico destila un aire de ensimismamiento redundante perjudicado por la evidencia de que, por muy neurólogo que sea, estoy loco¹⁴.

Otros autores han insistido en la soberbia médica fundada en los éxitos terapéuticos. Precisamente Ernesto Sábato ha dedicado alguna reflexión a esta soberbia del mundo médico respecto a sus éxitos terapéuticos:

Si en 1900 un curandero curaba por sugestión, los médicos se echaban a reír, porque en aquel tiempo sólo creían en cosas materiales, como un músculo o un hueso; hoy practican eso mismo que antes consideraban superstición con el nombre de «medicina psicosomática». Pero durante mucho tiempo subsistió en ellos el fetichismo por la máquina, la razón y la materia, y se enorgullecían de los grandes triunfos de su ciencia, por el solo hecho de haber reemplazado el auge de la viruela por el cáncer¹⁵.

En lo que sí ha avanzado la medicina es en la descripción de las enfermedades y de los biotipos, de lo que recogemos un par de ejemplos. El primero de ellos alude a la descripción que Lamartine hace de Balzac:

Era gordo, fornido, cuadrado por la base y las espaldas, recio el cuello, el tronco, las piernas y las extremidades; sus brazos, cortos, gesticulaban con holgura; conversaba al modo como habla un orador; sus manos carnosos y anchas, expresaban, rebulléndose, todo su pensamiento(...) Los negros ojos herían como dardos; tenía las mejillas llenas y muy coloradas. El rasgo dominante de aquella cara, aún más que la inteligencia, era la bondad comunicativa. Se advierte una bondad afectuosa, simpática, inteligente, para sí mismo y para los demás⁵.

La otra corresponde a una autora actual:

La inminencia de una depresión no se presiente. Comienza desde la frente hasta las rodillas. Es la enfermedad más grande, invisible, inesperada, destructiva, egoísta, insana, paranoica, desaliñada, mugrienta y tendenciosa que he tenido (...) La depresión es un giro argumental hacia el dolor¹⁶.

La última expresión del párrafo anterior nos aproxima a la metáfora en el mundo de la medicina de la que Susan Sontag nos dejó dos obras magistrales¹⁷, aunque prácticamente todos los autores, e incluso los profesionales sanitarios, recurren a las mismas para referirse a determinadas enfermedades. Así, por ejemplo, a la depresión se la ha descrito con los siguientes nombres:

Se ha diagnosticado a la depresión con estos nombres: áurea fúnebre, bilis negra, río negro, inercia invencible, isla desolada, fractura cerebral ante un mundo incoherente, secuelas catastróficas del amor, enfermedad metafísica a causa del crepúsculo

emocional, extremo disgusto, oscura luz saturnina, solemnidad semifuneraria, explosión de negrura en el ánimo, terrible peso de un exceso de sentido. Para Winston Churchill, que también la padeció, era su «perro negro». Un perro que no había adoptado ni comprado y le perseguía por los pasillos¹⁶.

Lo oscuro, lo negro, es una alusión continua a la depresión. Así, José Agustín Goytisolo la alude en su poema *Llega el Litio* con la expresión «El hondo pozo oscuro», y el autor británico Ian McEwan titula una de sus novelas *Perros negros*.

Por otra parte, Susan Sontag considera que con la comprensión más precisa de que las enfermedades se deben a organismos específicos:

La medicina se volvió verdaderamente eficaz y las metáforas militares cobraron nueva credibilidad y precisión sólo cuando se consideró que el invasor no era la enfermedad sino el microorganismo que la produce. Desde entonces las metáforas militares han permeado cada vez más todos los aspectos de la descripción de una situación médica dada. La enfermedad vista como una invasión de organismos extraños, ante la que el cuerpo responde con sus propias operaciones militares, jerga de la mayor parte de las quimioterapias, es «agresiva»¹⁷.

No necesita mucha explicación este párrafo en una época en la que la información de los medios de comunicación está presidida por las *batallas* contra la Covid-19.

Sobre los médicos

Los médicos han sido objeto frecuente de admiración y crítica a lo largo de la historia como puede comprobarse en las manifestaciones culturales y en todos los géneros literarios. Por eso recogemos aquí sólo unos pocos ejemplos entre los que alternan el reconocimiento por la dedicación del médico y algunos estereotipos. Así, en el Harrison, *Principios de medicina Interna*, se puede leer:

La tarea del médico es guiar al paciente a través de la enfermedad [...] La medicina es un arte, también en el sentido de que los médicos no pueden contentarse con el frío distanciamiento científico sino que su objetivo primordial y característico es práctico la prevención y la curación de las enfermedades, el alivio del sufrimiento, sea del alma o del cuerpo.

A mayor abundamiento Cesana (2005) nos indica que:

Si la medicina es un arte y no un simple oficio, lo es precisamente porque está llamada, más que a resolver, a reordenar creativamente equilibrios que se han hecho precarios, como afirma el adagio francés del siglo XV: «curar a veces, aliviar con frecuencia, confortar siempre»¹⁸.

Por otra parte, Sergio del Molino, muestra su admiración por la elección de la profesión de médico:

No sé si escogieron esa especialidad o si la especialidad las escogió a ellas, pero no entiendo cómo una licenciada en medicina, que puede trabajar en otros ámbitos, acaba ejerciendo de oncóloga pediatra. Es peor que ser un oncólogo a secas. Enfrentarse a la mirada de un niño con cáncer es mucho más valiente que afrontar la de un adulto. Para este cabe la metáfora del castigo moral¹⁹.

Y también reconoce, en una médica que trató la leucemia de un hijo de corta edad, la frustración ante la imposibilidad de que la medicina ayude siempre a todos los pacientes: «Es una médica brillante, seguro que fue una alumna destacadísima en una competición muy dura, pero quizá no sepa disimular tan bien como las demás cuánto le frustra comprobar la inutilidad de sus conocimientos»¹⁹.

Por otra parte, Gabi Martínez, en su novela *Las Defensas* nos deja dos perfiles médicos más actuales. Uno es un ególatra:

De natural locuaz, le encantaba adornar su biografía mencionando las excelentes calificaciones que sacó en el MIR a la vez que ensalzaba su propia tesis sobre neuropatías motoras hereditarias, y llamaba la atención que cuando hablaba de sí mismo aparcara de repente su privilegiada inteligencia para dejarse poseer por una egolatría ensimismada que incluso anulaba su talento como humorista. En ese sentido, era un estereotipo de hijo único, adorador de su persona y poco receptivo al éxito de los demás. Por otra parte, gastaba un genio fuerte pero divertido, era buen gestor, creativo, brillante y le espoleaba una obvia necesidad de descollar¹⁴.

El otro pertenece al tipo de los desmotivados:

Salí satisfecho por la aprobación de Subirats. Aquel hombre ya no parecía tener intereses particulares en el ejercicio de la medicina. Se limitaba a recibir informes de Molina, a quien concedía un crédito cada vez mayor. El jefe no consultaba pacientes, no publicaba en revistas, no asistía a congresos ni por supuesto presentaba nada en ellos. No practicaba la docencia ni administraba estudios o cuentas o lo que fuera que pudiese demostrar que aún se interesaba por la ciencia que yo adoraba. En esas circunstancias, aprecié que no obstruyera a los que intentábamos avanzar¹⁴.

Un plantel más cumplido de tipos de médicos puede consultarse en el libro de Salvador Esquena *En la piel del paciente*²⁰.

También el médico y escritor Williams Carlos Williams describe en uno de sus cuentos el perfil del viejo cirujano Dr. Rivers:

Su habilidad residía primero en un sexto sentido para la diagnosis. Luego, nunca vacilaba. Se hacía una idea y se atenía a ella. Además, no era, como se podía suponer, extremista y excéntrico en su técnica quirúrgica, sino conservador y absolutamente minucioso. No era nervioso sino frío y cuidadoso (...). Sus principios estaban bien fundados, no era un exhibicionista en ningún sentido de la palabra²¹.

En el prólogo al libro de Norman Cousins *Anatomía de una enfermedad*, René Dubos dibuja el papel del médico como sanador a partir no sólo de su ciencia sino de su personalidad, mediante la transcripción de William Henry Welch, principal arquitecto de la medicina científica en los Estados Unidos: «En el mismo momento en que entraba en la habitación del enfermo, éste se sentía mejor. El arte de la curación parecía rodear su cuerpo físico como un aura; a menudo no eran sus tratamientos los que curaban, sino su presencia»²². Así mismo, transcribe opiniones equivalentes de William Osler quien «En repetidas ocasiones expresó la opinión de que las curaciones de enfermedades orgánicas que había logrado se debían esencialmente, no al tratamiento empleado, sino a la fe del paciente en la eficacia del tratamiento y a la comodidad brindada por los cuidados de las enfermeras», lo que atribuía a «aspectos de su personalidad y comportamiento que eran independientes de su conocimiento científico de la medicina»²². Osler, según Dubos, también concedía importancia para la curación al ambiente hospitalario en el que ejercía: «Nuestros resultados en el Hospital San Johns Hopkins, como solíamos llamarlo, en una atmósfera de optimismo y las animadas enfermeras, producían el mismo tipo de curaciones que Esculapio en Epidauro»²².

No es esta la única alusión al efecto sanador del médico como persona. Cousins también se hace eco de la siguiente opinión médica: «los médicos necesitan tener un contacto real con sus pacientes. Los avances tecnológicos en

medicina están alejando al médico del paciente. Si el médico deja que la maquinaria se interponga entre él y su paciente, corre el riesgo de anular poderosas influencias curativas»³⁸. Y transcribe la opinión del doctor Bernard Lown, cardiólogo de la Universidad de Harvard, manifestada en un escrito de 1978: «Tanto la presencia como el contacto físico sirven para establecer una conexión de confianza con el paciente. Creo que los médicos deben reconocer esta profunda verdad antes de recurrir a los medicamentos como la lidocaína, la morfina, la quinidina y sustancias similares»²³.

También queremos dejar constancia de que no faltan ejemplos de personajes desairados a los que sus autores atribuyen expresiones de reproche y/o desconsideración por la profesión de médico. Un ejemplo puede ser el que transcribimos de la novela *Todo esto para qué* de Lionel Shriver. Dice así:

Personalmente Shep (de profesión fontanero) no entendía por qué alguien quería ser médico. Oh, sí, las tareas de poner un stent en una arteria o desatascar una bañera eran técnicamente afines. Sin embargo, un médico era también como un fontanero que dedica un considerable porcentaje de su tiempo a llamar a la puerta y decir: Lo siento, pero no puedo desatascarle la bañera. Eso era lo único para lo que servía la interpretación, la parte del «lo siento». Y después se marcha y tal vez salude con la mano, dejando al cliente con agua espumosa atascada en el cuarto de baño. Por qué alguien querría un trabajo como ése²⁴.

Este artículo también quiere hacerse eco de aquellos médicos rurales, de los que quedan pocos ejemplos, integrados ahora en los centros de Atención Primaria. Nos referimos a aquellos médicos que visitaban a los enfermos en sus domicilios, que eran generalmente personas amables, que conocían a toda la familia y sus padecimientos a lo largo de los años, sus formas

de vida, y que establecían cierta relación de familiaridad, no exenta de distancia, con los enfermos y su entorno. Eran médicos disponibles las 24 horas, que llegaban a los domicilios cuando el resto de las visitas se lo permitía y que no era infrecuente que aceptaran un café, o un plato de comida, o compartieran un cigarro con los presentes, antes de seguir con su ruta de visitas. Cuando llegaban a un domicilio, se les recibía de forma reverencial, e incluso el enfermo hacía por incorporarse para recibirlo. Y mientras ejercía su profesión se hacía un silencio absoluto a su alrededor. Vicente Valero (2020), que recrea alguna de estas visitas médicas, describe que:

El médico hacía sus preguntas y el enfermo daba sus respuestas, para que finalmente el primero llegara a una conclusión que era escuchada como un oráculo: la enfermedad seguía su curso, había que tener paciencia y, lo más importante, había que seguir con la medicación. Todos, entonces, mirando al enfermo, asentían con la cabeza como si ellos también hubieran llegado a aquella conclusión por sí mismo [...] Y los presentes lo miraban (al médico) con admiración como el ser superior que en verdad era²⁵ (Foto 2).

Relación médico-paciente

La relación médico-paciente es el centro de la atención médica, el encuentro de dos personalidades distintas con expectativas diferentes respecto a la enfermedad. El uno busca ayuda, el otro, considera que está en condiciones de ayudarle haciendo gala del optimismo gnoseológico que preside el acto médico. Es, por otra parte, una relación tan llena de matices que sólo resulta posible, ofrecer una breve selección en la extensión de este artículo.

La relación médico-enfermo ha de estar presidida por la confianza y el respeto mutuo, lo que no es ajeno a la observación de algunos autores. Así, Sergio del Molino habla de la necesidad de

mantener confianza en el médico, un principio fundamental de la relación médico paciente:

Creo que el buen enfermo necesita un poco de fe. Sin ingenuidad no se puede seguir la disciplina; sin creer en los milagros, no hay forma de aguantar las consultas médicas. Esto lo entendí leyendo uno de los cuentos para adultos de Roald Dahl, que se titula «Jalea Real»⁴⁰.

Y Broyard insiste en el papel de acompañamiento que ha de desempeñar el médico a lo largo de la enfermedad:

Tal como una madre acompaña a su hijo al mundo, el médico ha de acompañar al paciente en su salida al mundo de los sanos y en su ingreso en el purgatorio físico y mental que le está esperando, sea el que sea. El médico es el único pariente que tiene el paciente en un país extranjero²⁷.

La relación médico paciente pasa por muchas vicisitudes y mientras en unas obras se encuentran opiniones elogiosas tales como:

Al principio algunos me inspiraban terror. Sólo veía en ellos a los cancerberos de mi prisión, los cómplices de un abominable complot. Después odié a otros cuando me torcieron un brazo al sentarme en la silla, me olvidaron toda una noche ante la tele, me abandonaron en una postura dolorosa pese a mis señas de negación. Durante unos minutos o unas horas, los habría matado. Y luego, como el viento aplaca las más frías cóleras, se convirtieron en seres familiares que cumplen mejor o peor su delicada misión: levantar un poco nuestras cruces cuando nos torturan demasiado los hombros²⁸.

En otros casos los autores dejan constancia de su insatisfacción en el trato:

Las explicaciones de los médicos, las atenciones de las enfermeras, que tienen que habérselas

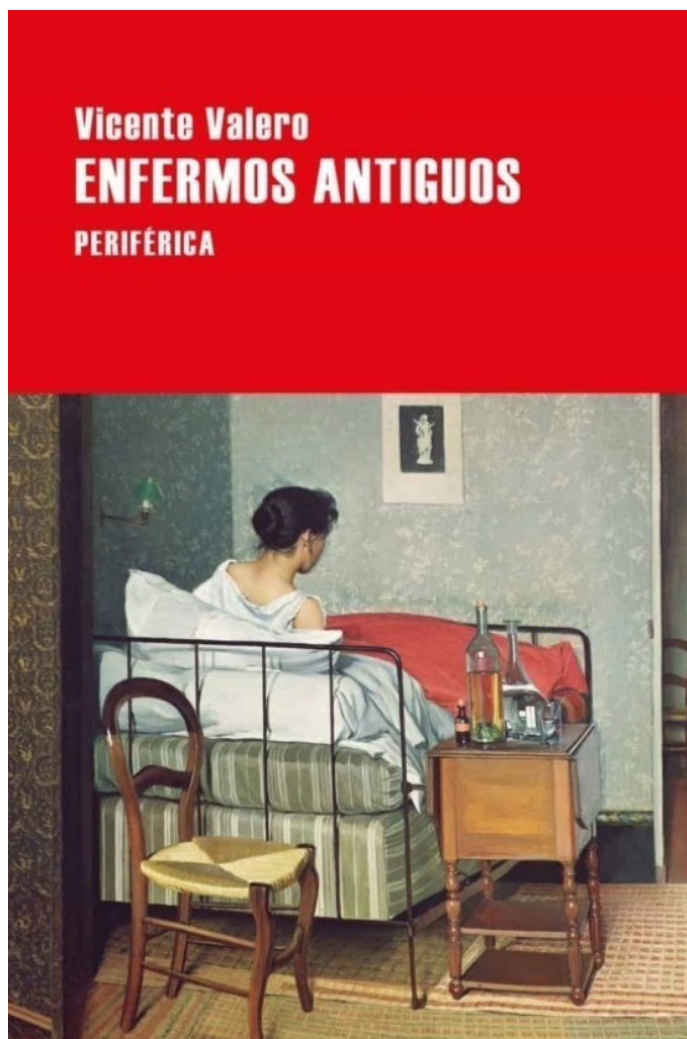


Foto 2. Cubierta de la obra Valero V. Enfermos antiguos.
Cáceres: Periférica; 2020

con tantos pacientes y tantos familiares, siempre fueron sucintas, tajantes, no fueron explicaciones ni atenciones sino órdenes, y habría sido un grave desacato, una insolencia, mirarles con desconfianza, desobedecerles, pedir que me dijeran más de lo que me estaban diciendo. Una vez dentro del hospital, los enfermos son como niños en un

reformatorio, no importa su edad ni su carácter. Éste es el aire inconfundible que se respira nada más cruzar el umbral del hospital²⁹.

A pesar de estas consideraciones, está fuera de duda que en la relación con el paciente el médico debe guiarse por la compasión, la

confianza, el discernimiento, la integridad moral. Esta confianza es la que debe llevar a «que los médicos te digan la verdad; sé un paciente informado, activo; consigue un buen tratamiento, porque los hay. Si bien el remedio no existe, más de la mitad de todos los casos de cáncer se curan con los tratamientos ya existentes»¹⁷.

Otro aspecto relevante de la relación médico enfermo es que «El primer remedio que el médico suministra es él mismo. La eficacia de los tratamientos depende, por una parte, del modo como se instaura y se desarrolla la relación médico-paciente»²², en la que pueden reconocerse tres aspectos: a) El médico funciona como un verdadero medicamento; b) el médico debe comprender la personalidad del paciente y su relación familiar y social y c) el médico desarrolla una verdadera labor sociológica según la cual asume también los roles de maestro, entrenador y guía orientada al bienestar para el paciente y su familia.

Este aspecto relacional es tan importante que William Osler consideraba que «gran parte de su éxito como médico se debía a aspectos de su personalidad y comportamiento que eran independientes de su conocimiento científico de la medicina», e incluso llegó a escribir en un artículo titulado «*la fe que cura*» que «La fe en San John Hopkins, producía el mismo tipo de curaciones que Esculapio en Epidauró»²². Esta «*curación por la fe*» alude a los componentes psicológicos (irracionales, mitológicos) de la curación. De forma análoga, William Henry Welch, el arquitecto de la medicina científica en EEUU, escribía de su padre médico: «En el mismo momento en que entraba en la habitación del enfermo, éste se sentía mejor. El arte de la curación parecía rodear su cuerpo físico como un aura, a menudo no eran sus tratamientos los que curaban, sino su presencia»²². Para este tipo de curación se ha propuesto una explicación que se hunde en el origen de los tiempos y que Bartra describe así:

Existe un circuito que comienza con las palabras del médico, que es una especie de chamán de bata blanca, las cuales estimulan mecanismos neuroquímicos de alivio. A su vez, estos mecanismos de alivio generan estados emocionales de bienestar, placer y calma que, además, estimulan expresiones y sentimientos de confianza hacia los médicos. Esta confianza apoya a los médicos cuando ejecutan sus rituales de sanación³⁰.

Pero no siempre la relación médico paciente es satisfactoria. La presión asistencial, el carácter de los enfermos y familiares, las circunstancias sociales, etc. llevan al médico a practicar, en ocasiones, lo que se ha llamado medicina defensiva que se basa, al menos en parte, en el denominado determinismo tecnológico al que contribuyen algunas creencias como que cualquier innovación es superior a lo desplazado, tiene vitola de científico, la innovación representa a los valores culturales predominantes, representa el culto a la salud como ideología y, por último, los sistemas tecnológicos tienen una autonomía que escapa a la voluntad de la ciudadanía. Se impone a los vínculos entre individuos y grupos. Son supranaturales y, con frecuencia, suprasociales. Esto puede justificar la presión de prescripción, la medicalización de la vida cotidiana o la judicialización de la medicina bien por errores médicos o, en el sentido contrario, por amenazas o agresiones a los médicos por los pacientes o familiares.

Un aspecto importante que no debemos olvidar es que el médico es ante todo una persona humana que puede sufrir como cualquiera, que puede verse afectado por el padecimiento de los enfermos. Pero su capacidad de sufrimiento es limitada, por eso debe establecer mecanismos de protección. Gracia Armendáriz percibe este distanciamiento de la siguiente forma:

Los médicos se defienden de los enfermos. Deben hacerlo si no quieren acabar alcoholizados o

depresivos, como lo galenos borrachos de las películas del oeste. Frente a las derrotas que les inflige a diario la enfermedad se defienden con analíticas y jerga científica. No son psicólogos, ni confesores, ni mucho menos amigos. Son científicos. Y no siempre buenos. Es una asignatura pendiente en este hospital de reputación: La ausencia de empatía de los médicos³¹.

Pero una cosa es la empatía y otra el necesario distanciamiento de los enfermos para no llevarse los problemas a casa y acumular tensión que puede tener un desenlace fatal. En la relación médico-paciente, la tensión existe y hay que aprender a aguantarla:

El secreto es saber que las cartas están marcadas, que acabarás perdiendo, que tus manos o tu juicio cometerán un desliz y, sin embargo, seguirás luchando para ganar por tus pacientes. Nunca podrás alcanzar la perfección, pero puedes creer en una asíntota que tiende infinitamente hacia ella y que tú te esfuerzas incansablemente en seguir³².

Salvador Esquema es mucho más explícito:

La implicación emocional debe tener unos límites bien establecidos. Intentar humanizar el acto médico nunca debe significar sufrir constantemente por los pacientes y llevarte sus problemas a casa. Debes controlar esas emociones para evitar condicionar las decisiones médicas. Si no logras controlar el estrés, puede ser contraproducente para la salud tanto del paciente como del médico. Es importante aprender a poner distancia²⁰.

Tomamos una última reflexión en este sentido del médico y humanista polaco Andrzej Szczeklik (Foto 3):

La sensibilidad ocupa un lugar muy concreto dentro de la medicina. Por un lado, nosotros, los médicos, tenemos el deber de ponernos una coraza, pues

de otra forma no soportaríamos tanta miseria y sufrimiento a nuestro alrededor. De otro modo, el médico se echaría a llorar con el paciente y una hora después de empezar su jornada ya estaría desarmado, el cirujano se vendría abajo en la mesa de operaciones. Esa coraza la llevamos puesta todos los días, tanto médicos como enfermeras³³.

Interacción con el sistema sanitario

El ejercicio de la medicina ha evolucionado desde la medicina liberal y patriarcal hacia una medicina institucionalizada, algo que se inicia, a partir de la revolución francesa, si bien hospitales e instituciones siempre existieron. Michael Foucault se manifiesta crítico con la creación de los hospitales a los que culpa de la transmisión de enfermedades y de crear *enfermedades* sociales. Se apoya para este juicio en un texto del siglo XVIII escrito por Turgot en la *Encyclopédie*. Dice así:

El enfermo, indudablemente, no es capaz de trabajar, pero si se le coloca en el hospital, se convierte en una carga doble para la sociedad: la asistencia de la cual se beneficia sólo va a él, y su familia, dejada en el abandono, se encuentra expuesta a su vez a la miseria y a la enfermedad. El hospital, creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es una segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito. A la inversa, si ésta se deja en el campo libre de su nacimiento y de su desarrollo, jamás será más que ella misma: se extinguirá como apareció; y la asistencia que se le prestará a domicilio compensará la pobreza que provoca: los cuidados, asegurados espontáneamente por el ambiente, no costarán nada a nadie; y la subvención otorgada al enfermo aprovechará a la familia: es bien necesario que alguien coma la carne de la cual se habrá hecho el caldo; y al

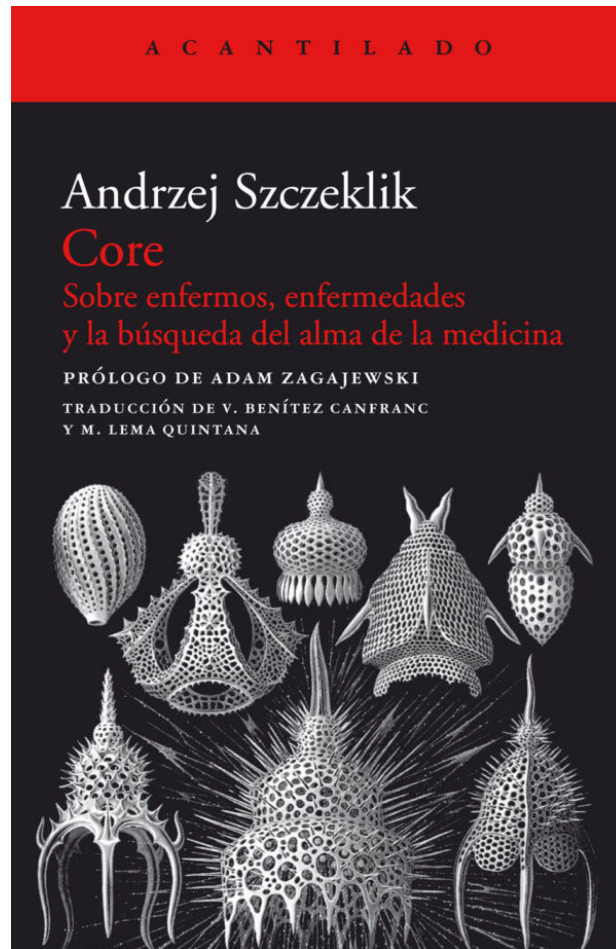


Foto 3. Cubierta de la obra Szczeklik A. CORE. Sobre enfermos, enfermedades y la búsqueda del alma de la medicina. Barcelona: Acantilado; 2012

calentar su tisana, no cuesta más calentar también a sus niños. La cadena de la «enfermedad de las enfermedades» y la del empobrecimiento perpetuo de la pobreza se rompen de este modo, cuando se renuncia a crear para el enfermo un espacio diferenciado, distinto y destinado, de una manera ambigua pero torpe, a proteger la enfermedad y a preservar de la enfermedad³⁴.

Sin embargo, no faltan quejas de lo inhóspita que se ha vuelto la medicina actual. A modo de ejemplo transcribimos la narración que nos ha dejado Pedro Rovetto. Este médico, autor del libro *Ideas médicas: una mirada histórica*, escribe su experiencia personal después de pasar por 2 operaciones cardíacas que le tuvieron en la UVI 2 semanas:

Me salvaron la vida internistas, cirujanos, intensivistas, psiquiatras y un puñado de amigos que junto a mi esposa me acompañaron en este difícil trance. El cuidado médico fue excelente, la experiencia horrible. Sentí en mi persona todo el peso tecnológico de la medicina del siglo XX. Nuestra medicina, por salvar la vida, le quita lo máspreciado al hombre: su autonomía, sus límites personales, sus sueños (convertidos en pesadillas típicas de las unidades de cuidados intensivos). Los medicamentos que me normalizaban los parámetros fisiológicos me afectaban la percepción del mundo. Si un médico, como yo, al salir de todo esto pide a Dios la gracia de no morir en un hospital sino en mi casa mirando por la ventana o en un descampado, mirando al cielo, algo errado hay en nuestro cuidado médico. La medicina contemporánea se ha vuelto efectiva pero inhóspita para el hombre. Algo debemos hacer enfermos y médicos para cambiar esto³⁵.

Pienso, de forma contraria a Pedro Rovetto, que las Unidades de Cuidados Intensivos han supuesto un gran avance en el control de situaciones críticas y contribuido a mantener la vida de una inmensa cantidad de enfermos que difícilmente hubieran sobrevivido sin sus cuidados. La evolución de los derechos de los pacientes y las leyes de calidad asistencial justifican e imponen procedimientos que pueden parecer inhumanos pero que facilitan el trabajo profesional. Por otra parte, los efectos secundarios de los medicamentos que necesariamente deben utilizarse en estas unidades son los que son y no podemos cambiarlos porque están ligados a la estructura de las moléculas y, por tanto, son inseparables de otras acciones que consideramos deseables y son las que justifican su uso.

En contrapunto con Rovetto, Nacho Mirás que pasó mucho tiempo en contacto con el sistema gallego de salud con motivo de su cáncer cerebral, estima que:

Como usuario avanzado del sistema que soy no me puedo negar: el personal es, precisamente, el que hace que la sanidad pública sea un tesoro de todos que hay que proteger; a los de Siemens tanto les da fabricar aceleradores lineales que lavadoras. La clave no es la máquina, sino el maquinista. [...] Con la sanidad pasa lo mismo: lo mejor de los hospitales es la humanidad que está dentro; en pijama, en camisión, en bata o en uniforme; lo demás es inventario³⁶.

Y, en otro pasaje, muestra su admiración por la tecnología sanitaria:

Hay que reconocerle al Sergas que la puesta en escena del Magnetom es tremenda. El Magnetom [...] es la máquina de resonancia magnética del complejo hospitalario, el aparato con el que hoy me han fotografiado la cabeza por dentro sin tener que agujereármela. [...] Que una máquina te trague y te vomite como una ballena bulímica para leerte la sesera es una experiencia menos desagradable de lo que podría pensarse. No aconsejada para claustrofóbicos como mi padre –que sigue subiendo al sexto donde vive su hermano por las escaleras-, pero interesante³⁶.

Con toda la admiración que suscita la tecnología sanitaria, no es menos cierto que su irrupción en la clínica ha ganado en precisión diagnóstica, pero ha impuesto esperas para conocer los resultados de las mismas. Algunos autores, han puesto énfasis en las consecuencias de estas dilaciones debidas a las tecnologías:

En los viejos tiempos de los diagnósticos artesanales, la auscultación daba un veredicto inmediato, tan inmediato como fuera la voluntad de hablar del médico. Ahora una auscultación implica un análisis. Y los análisis introducen un lapso que, dado el carácter inevitablemente industrial del test médico competente, puede durar semanas: una demora angustiosa para quienes piensan que están

esperando una sentencia de muerte o una absolución. Muchos se resisten al análisis por el temor al veredicto, por el mero miedo a que se les ponga en una lista que podría acarrearles discriminaciones futuras o cosas peores, y por fatalismo (¿de qué puede servir?).

La vieja medicina ha dado paso a la biomedicina científica con toda su aparatología que impone tiempos de demora que pueden llegar a ser desesperantes para el enfermo y sus familiares, y, posiblemente, para el comienzo de un tratamiento¹⁷.

Para ir terminando, no queremos pasar por alto la alusión de algunos autores a la empatía en el trato con el enfermo y sus familiares. La empatía es una de las características más sobresalientes de la relación entre los enfermos y el personal sanitario. O, dicho de otra forma, la empatía es una de las principales cualidades que definen la atención médica a los enfermos. Sin embargo, no siempre el trato que se dispensa a los enfermos está presidido por esta comprensión, por ponerse en el lugar del otro, sino que según algunas notas que pueden encontrarse en textos literarios, son todo lo contrario. Soledad Puértolas nos deja algunos detalles en este sentido. Uno ocurre en la información de urgencias:

Tenemos una rápida entrevista con el médico de urgencias, que nos lo explica todo muy deprisa, con verdadera urgencia, que nos hacer firmar un papel que no nos da tiempo a leer. Nos dice que la firma es un mero trámite, pero sospechamos que le estamos dando permiso para hacer todo lo que quiera, que estamos poniendo en venta el alma de mi madre –además del cuerpo, claro está²⁹.

Puértolas abunda en la rudeza de trato en este otro pasaje:

Nadie podrá convencerme de que la rudeza que actualmente impera en el trato que se les da, nada más ingresar, mientras se tramita el ingreso, a los enfermos y a sus familiares es necesaria y conveniente. Es espantosa. En el aturdimiento, por no decir angustia, que se apodera de los enfermos y de los familiares de los enfermos cuando cruzan el umbral acristalado de las puertas del descomunal hospital, el enfermo es arrebatado, hurtado a sus familiares, y éstos son inmediatamente interrogados en todo de inspección fiscal, de sospecha de fraude fiscal, como poco²⁹.

Por último, el siguiente párrafo significa la idea del hospital como secuestro que han comentado algunos filósofos:

Me enseñaron muchas cosas aquellos días y noches del hospital, me enseñaron que todas las vidas merecen dignidad, que todas las enfermedades merecen ser tratadas con delicadeza, me enseñaron que los hospitales, aunque a veces se cuelen entre las rendijas de sus puertas y ventanas pequeños rayos de luz, no son el lugar donde lo seres humanos que sufren, aunque tengan que ser reclusos en ellos para ser operados o tratados de sus males, encuentran esa paz, cercana a la felicidad, que debería envolver a los enfermos irreversiblemente abocados a la muerte. Me enseñaron que no sabemos morir, que tratamos a los enfermos como a personajes incómodos, infantilizados, reclusos, marginados²⁹.

Quiero creer que, y lo digo desde mi experiencia de enfermo, que las cosas han cambiado para bien en los últimos decenios, que el personal sanitario es cada vez más empático y que la formación incide cada vez con más insistencia en la humanidad del trato y en el humanismo médico. Sin embargo, quedan demasiadas áreas, no exclusivamente administrativas, en las que no existe la percepción de estar tratando

con personas afectadas por situaciones graves de salud, o se trata de situaciones que tienen una carga afectiva importante para sus portadores, en las que no se capta (o se desprecia por incomodidades puntuales) la verdadera dimensión del impacto de la enfermedad en el enfermo y en sus familiares. Nunca se insistirá suficientemente en estos aspectos durante la formación pre y post-graduada ni durante el ejercicio profesional.

Referencias

1. Guardiola E, Baños JE. «Del médico que no sabe más que Medicina...» o la publicación de artículos no médicos en revistas médicas. *Rev Med Cine* 2016;12(4):193-195.
2. Granjel L S. Literatura y Medicina (Cuaderno de trabajo). Salamanca: Europa Artes Graficas; 2001.
3. Fernández Guerra J. Medicina y Literatura: hacia una formación humanística. Málaga: Grupo Editorial 33; 2006.
4. Martín de Prados A. En las fronteras de la medicina. Aspectos médicos en la obra literaria del noventa y ocho. Madrid: Paraninfo; 1963.
5. Conde Gargallo E. Un recuerdo a Balzac. Genio y figura a través de la medicina (a los cien años de su muerte). Madrid: Asociación española de escritores Médicos; 1950.
6. Fernández Sanz E. Dos locos literarios: Hamlet y Don Quijote. Discurso leído en la solemne sesión celebrada el día 27 de junio de 1940 en la Real Academia de Medicina. Madrid: Imprenta de J. Cosano; 1940.
7. Moraga I. Cervantofobia y cervantofilia. Salud, enfermedad y muerte en Cervantes. Ciudad Real: Diputación Provincial de Ciudad Real; 2000.
8. Levy M de A. Enfermedad, dolor y muerte en dos novelas españolas del siglo XXI. *Acta lit.* 2014; (49): 105-122.
9. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat editores; 1977.
10. Palma JA. Historia negra de la medicina. Sanguijuelas, lobotomías, sacamantecas y otros tratamientos absurdos, desagradables y terroríficos a lo largo de la historia. Madrid: Ciudadela Libros; 2016.
11. Guerra Garrido R (Coord.) El herbario de Gutenberg. La farmacia y las letras. Madrid: Turner; 2013.
12. Foucault M. En La vida de los hombres infames. La Plata: Altamira; 1996.
13. Saborido C. Filosofía de la medicina. Madrid: Tecnos; 2020.
14. Martínez G. Las defensas. Barcelona: Seix Barral; 2017.
15. Sábato E. La resistencia. Barcelona: Seix Barral; 2007.
16. Sánchez A. Fármaco. Barcelona: Penguin Random House; 2021.
17. Sontag S. El Sida y sus metáforas. En La enfermedad y sus metáforas. Barcelona: De Bolsillo; 2011.
18. Cesana G. El oficio de curar. Madrid: Encuentro; 2007.
19. Molino S del. La hora violeta. Barcelona: Mondadori; 2013.
20. Esquena S. En la piel del paciente. Barcelona: Ara Libres; 2017.
21. Carlos Williams W. El viejo Dr. Rivers. En *Cuentos*. Madrid: Alianza editorial; 2008, pp. 98-131.
22. Dubos R. Introducción. En Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir. 5ª Ed. Barcelona: Kairós; 2011, pp. 9-18.
23. Cousin N. Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir. 5ª Ed. Barcelona: Kairós; 2011.
24. Shriver L. Todo esto para qué. Barcelona: Anagrama; 2012.
25. Valero V. Enfermos antiguos. Cáceres: Periférica; 2020.
26. Molino S del. La piel. Barcelona: Alfaguara; 2020.
27. Broyard A. Ebrio de enfermedad. Segovia: La uña rota; 2013.

CONSIDERACIONES SOBRE INTEGRANTES DEL ACTO MÉDICO TOMADAS DE LA LITERATURA
SARA GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ; MARÍA GONZÁLEZ-GARCÍA; JAVIER BORDALLO-LANDA; AGUSTÍN HIDALGO

28. Beauby JD.- La escafandra y la mariposa. Barcelona: Planeta; 2009.
29. Puértolas S. Con mi madre. Barcelona: Anagrama; 2011.
30. Bartra R. Chamanes y Robots. Barcelona: Anagrama; 2019.
31. Gracia Armendáriz J. Diario del hombre pálido. Madrid: Demipage; 2010.
32. Kalanithi P. Recuerda que vas a morir. Vive. Barcelona: Seix Barral; 2016.
33. Szczeklik A. CORE. Sobre enfermos, enfermedades y la búsqueda del alma de la medicina. Barcelona: Acanalado; 2012.
34. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 2ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2007.
35. Rovetto P. Ideas médicas: una mirada histórica. Cali: Universidad del Valle; 2008.
36. Mirás Fole N. El mejor peor momento de mi vida o cómo no rendirse ante una mala jugada del destino. Barcelona: Paidós; 2014.

CONSIDERACIONES SOBRE INTEGRANTES DEL ACTO MÉDICO TOMADAS DE LA LITERATURA
SARA GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ; MARÍA GONZÁLEZ-GARCÍA; JAVIER BORDALLO-LANDA; AGUSTÍN HIDALGO

	<p>Sara González-Rodríguez es Licenciada en Biología y Bioquímica y Doctora por la Universidad de Oviedo. Su trabajo científico, desarrollado tanto en la Universidad de Oviedo en el Área de Farmacología, como en la Freie Universität de Berlín y la Universidad Miguel Hernández de Elche, se centra en el estudio de la farmacología del dolor neoplásico experimental.</p>
	<p>María González García es Diplomada en Enfermería y Fisioterapia. Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos. Desarrolla su labor asistencial como enfermera de cuidados intensivos. Colabora en un proyecto de innovación docente en Grado de Enfermería de la Universidad de Oviedo. Recientemente ha leído su Tesis Doctoral sobre el estudio de la ciencia, enfermedad y medicamentos en la prensa diaria.</p>
	<p>Javier Bordallo Landa es doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo. Antiguo Investigador del programa Ramón y Cajal, es actualmente Profesor Titular de Farmacología. Se define como amante del cine clásico y de ficción científica, y ha sido coordinador del curso de Extensión Universitaria de Cine y medicina y de la asignatura de Cine, Literatura y Medicina impartidos en la Universidad de Oviedo.</p>
	<p>Agustín Hidalgo Balseira es licenciado y doctor en medicina por la Universidad Complutense de Madrid y Profesor de Farmacología de la Universidad de Oviedo. Entre sus áreas de interés se encontraron la repercusión social de los medicamentos y la representación social de la medicina y la enfermedad a través de las manifestaciones artísticas y los medios de divulgación científica y comunicación social.</p>