



SUMARIO

PÁGINA

TEMA DEL DÍA

PATERNALISMO Y AUTONOMISMO EN LA RELACIÓN DE AYUDA:
UNA REFLEXIÓN DESDE LA SALUD MENTAL

- JOSEP RAMOS MONTES 1

PENSAMIENTO ACTUAL

EL MODELO PREMODERNO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

- ROBERTO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 22

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:
EL EJEMPLO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

- JOSÉ LUIS BALLVÉ MORENO 50

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL ÁMBITO RURAL
A TRAVÉS DE LA NARRATIVA

- JESÚS OCHOA PRIETO 61

EL FINAL DE LA VIDA

- ANDREA CATALINA DÍAZ GUEVARA

- ESPERANZA MARÍA MAYORCA SANABRIA..... 76



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach i Mira (UAB/UB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

EL MODELO PREMODERNO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Roberto Fernández Álvarez

Resumen: La relación sanador-enfermo es una relación de ayuda condicionada por el principio de la reciprocidad: los dos, donante y receptor, obtienen algún beneficio que ha de satisfacer las expectativas de ambos para que la interacción sea exitosa.

Las expectativas del paciente están compuestas de una meta principal (la recuperación de la salud y anulación del sufrimiento producido por la enfermedad) y una serie de objetivos secundarios. Durante muchos siglos, el sanador fue incapaz de satisfacer ese objetivo principal por carecer de remedios eficaces, pero ello no menoscabó el éxito de la interacción, porque el modelo de relación (que denominaremos premoderno) disponía de estrategias para crear apariencia de eficacia y para responder a las expectativas secundarias del paciente y de la comunidad.

Describimos algunas de esas estrategias de intervención, además de la (exigua) eficacia: la autoridad, la cordialidad, la intervención mágica y la picaresca. Éstas se complementan con las actitudes del paciente, generando una especie de binomios de relación, que se mantienen en equilibrio para conseguir el éxito: ineficacia/resignación, autoridad/sumisión, cordialidad/gratitud, magia/credulidad, picaresca/ingenuidad.

Estas variables toman distintos valores en función de la etapa histórica, de la clase social, de la cultura, del género, etcétera, pero siempre se combinan con el objetivo de mantener el éxito de la relación, lo que se traduce en beneficio para el sanador y satisfacción para el paciente.

Palabras clave: *Relación médico-paciente/ historia de la medicina/ relación de ayuda.*

Abstract: *THE PREMODERN MODEL OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP*

The healer-sick relationship is a helping relationship conditioned by the principle of reciprocity: both, donor and recipient, obtain some benefit that must satisfy the expectations of both for the interaction to be successful.

The patient's expectations are made up of a main goal (the recovery of health and the annulment of the suffering) and a series of secondary objectives. For many centuries, the healer was unable to fulfill that main objective, due to lack of effective remedies, but this did not impair the success of the interaction, because the relationship model (which we will call premodern) had strategies to create an appearance of efficacy and to respond to the secondary expectations of the patient and the community.

We describe some of these intervention strategies, in addition to the (meager) efficacy: authority, cordiality, magical and picaresque intervention. These are complemented by the patient's attitudes, generating a kind of relationship binomials, which are kept in balance to achieve success: ineffectiveness / resignation, authority / submission, cordiality / gratitude, magic / credulity, picaresque / naivety.

These variables take different values depending on the historical stage, social class, culture, gender, etc., but they are always combined with the objective of maintaining the success of the relationship, which translates into benefit for the healer and patient satisfaction.

Keywords: *Doctor-patient relationship/ history of medicine/ helping relationship.*

Artículo recibido: 8 octubre 2020; **aceptado:** 15 diciembre 2020.

INTRODUCCIÓN

La relación sanador-enfermo puede verse como una relación de ayuda, entendida ésta como una conducta intencionada que tiene por objeto proporcionar beneficio o bienestar a otra persona. Pero esta relación estuvo siempre condicionada por el principio de la reciprocidad: los dos, donante y receptor, obtienen algún beneficio que ha de satisfacer las expectativas de ambos para que la interacción sea exitosa. Las expectativas del paciente contemplan un objetivo básico¹ (recobrar el estado anterior, evitar el dolor, la incapacidad, la mutilación y la muerte), pero además abarcan una cohorte de motivaciones adventicias: informativas (reducir la incertidumbre), ansiolíticas (eliminar la angustia que acompaña a la enfermedad), logísticas (cubrir necesidades básicas, procurarse los cuidados), metafísicas (dar respuesta a preguntas trascendentes), *egotróficas* (hacerse escuchar, hablar de sí mismo, imponer su criterio, aumentar autoestima), etcétera.

El sanador también impone sus expectativas: siguiendo a J.L. Tizón, podemos decir que la principal de ellas es ser útil², poder materializar la ayuda que se le solicita y, así, dotar de significado el rol que le asigna el paciente y la sociedad. Si esa meta se consigue, habrá otras consecuciones aparejadas: prestigio, estima, remuneración. Pero la ayuda que recibe el ayudador tampoco se limita a un objetivo primario. Su intercambio con el paciente también le reporta beneficios informativos (aprendizaje, comprensión), ansiolíticos (el acto de ayudar alivia la ansiedad generada por el sufrimiento ajeno; por otro lado la infelicidad del enfermo permite relativizar la propia), metafísicos, *egotróficos* (poder, autoridad, autoestima, autocomplacencia, etcétera).

En ocasiones un objetivo secundario, o la suma de varios, son capaces de adquirir más valor que el objetivo principal. Así, en la relación asistencial premoderna, es notorio que la ausencia de eficacia técnica no podía dar respuesta a los objetivos de curación; esto no impidió satisfacer las (otras) expectativas del paciente o de la sociedad, lo cual permitió mantener viva la transacción y seguir alimentando la mayoría de los objetivos del médico. Ello ha podido suceder gracias a que la ausencia de competencia técnica se ha suplido mediante otras variables de la intervención médica, de naturaleza más abstracta y de orientación más comunicacional: la autoridad, la cordialidad, la intervención mágica y la picaresca; éstas tienen su imagen especular en el papel complementario asignado al paciente, conformando una suerte de binomios relacionales que podrían ser: ineficacia/resignación, autoridad/sumisión, cordialidad/gratitud, magia/credulidad, picaresca/ingenuidad.

Además, si la relación sanador-paciente se mantiene en el tiempo se producirá lo que Balint llamó "inversión mutua"³, es decir, una repetición de experiencias que aportan aprendizaje de las expectativas mutuas y adaptación recíproca de las mismas, de forma que los binomios o variables de la relación se reajustan para obtener el resultado satisfactorio.

Estas variables tomarán distintos valores en cada época, en diferentes pacientes, en distintos médicos, e incluso en función del tipo de enfermedad. En ocasiones los binomios pueden llegar a invertirse y cobrar forma paradójica: el médico de cámara de un rey adoptaba actitudes sumisas frente a la autoridad absoluta real; en algunos casos la picaresca del paciente supera a la del médico, que peca de ingenuo. También hubo enfermos incrédulos, ingratos o que no se resignaron. Pero en general, cada etapa histórica establece tendencias más o menos estables que pueden describirse.

Diferenciamos aquí una larga etapa que llamaremos *premoderna* para calificar al modelo deficitario en competencia técnica (eficacia); pero los límites temporales de la misma varían según el escenario. Así como en determinados ámbitos

Europeos urbanos la *eficacia* empieza a despegar en el siglo XIX, en otros rurales no se incorporará hasta mediados del siglo XX, y todavía hay contextos geográficos donde a día de hoy no ha llegado.

LOS INICIOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA

El sanador de las culturas primitivas prestaba a los miembros de la tribu una ayuda multifacética: por un lado se le suponían dotes sagradas (sacer-dotis), por lo que ejercía de iereus (sacerdote). Además prestaba servicios de adivinación (mantis) y de sanación de enfermedades (iatrós). En realidad, estas tres facultades procedían de una sola, la capacidad de comunicación o mediación con lo sobrenatural. La ayuda que ofrece es también polimodal, haciendo uso de diversos canales, aunque siempre de naturaleza mágica. Ello no impide que algunas de las intervenciones de carácter simbólico tengan, como efecto colateral, eficacia biológica⁴: cauterizaciones, trepanaciones, aislamiento de enfermos, inoculación de la viruela, etcétera.

Los recursos misceláneos que utiliza responden bien a una demanda compleja. Como afirma García-Sabell, la ayuda solicitada al curandero no es solucionar un conjunto de síntomas que puedan ser ordenados en forma de enfermedad, sino una situación vital enigmática, un acertijo existencial que debe ser descifrado; los síntomas son sólo una parte del acertijo⁵. Es decir, la expectativa primaria se mezcla y entrelaza con las secundarias, de modo casi inseparable. Aunque podemos seguir reconociendo, en términos de sanación, la existencia de un objetivo principal que prima sobre los otros. Prueba de ello es que, de la multiplicidad de remedios de farmacopea mágica, hayan sobrevivido los que tienen mayor efecto biológico; o el hecho de que al lado del hombre-medicina coexistiese el médico empírico o artesano, que no empleaba recursos sobrenaturales; o la constatación de que el enfermo recurriese a varios especialistas en sanación buscando intervenciones eficaces; o el propio fenómeno de retroceso (al menos aparente) de la medicina popular a medida que se ha logrado la competencia técnica.

Pero el hombre-medicina transmite verosimilitud o percepción de eficacia porque trabaja con las creencias de una cultura común a él y a sus pacientes, de ahí que las etiologías que señala son verosímiles (ruptura de tabúes, efecto de los espíritus, daño provocado por terceros -hechiceros-, entre otros), y sus prescripciones son congruentes con esas etiologías: castigos o sanciones, sacrificios para contentar a los entes sobrenaturales, conciliación con quien provocó el hechizo, etcétera. La credibilidad de sus acciones consigue un primer objetivo: se produce un efecto mejoría de grado variable en función de la fuerza que alcance la sugestión.

La suma de sugestión y uso de remedios de eficacia contingente puede obtener una parte del efecto terapéutico, pero dista mucho de lograr la totalidad del mismo. Luego, han de entrar en juego otras variables para aumentar la percepción de mejoría y para satisfacer los objetivos secundarios. Así, en la actuación del curandero es frecuente el uso de la picaresca en distintas modalidades: desde la simulación de milagros, la utilización de informadores, la ambigüedad deliberada o el incumplimiento inducido⁶, aunque tal vez este tipo de astucias abunden poco en la medicina ágrafa, dado que el pensamiento mágico es capaz de llenar cualquier laguna de naturaleza creencial.

Después de la magia, es en el entorno de la cordialidad donde el sanador primitivo obtiene un mayor rendimiento. Es capaz de construir un puente de confianza con materiales muy sólidos: la esperanza del paciente y la proactividad del terapeuta, y todo ello apuntalado con la intervención sobrenatural. Sobre este puente circula la comunicación entre ambos: una escucha abierta, que incluye todo aquello que el paciente desee contar, lo cual le permite hacer "catarsis" de cuanto le preocupa, es decir, desensibilizarse a un estímulo aversivo (su propia vivencia) por exposición repetida en un entorno seguro. Y obtener una información concordante con sus creencias, y que suele dar respuesta a las preguntas fundamentales⁷ sobre su padecimiento (*metafísica* de la enfermedad): ¿Por qué a mí?, ¿Por qué en este momento? ¿Qué hice para merecer esto?, entre otras muchas. Por ese puente transitan también distintos grados de empatía, incluyendo presentaciones extremas

consistentes en emular los síntomas del enfermo adquiriendo simbólicamente su enfermedad, sus "espíritus del mal", para liberar de ellos al "paciente", y luego vencerlos mediante rituales diversos.

Si aun así no se lograra colmar las expectativas del enfermo, ello no menoscaba el rol del hombre-medicina. Lo respalda la autoridad sobre la tribu que, en ocasiones, detenta él mismo y, otras veces, por proximidad con los jefes o consejos de ancianos. Su intervención va más allá del interés individual y adquiere una función social⁸: mantener el orden público mediante prescripciones de restitución, dar seguridad a la comunidad frente a los peligros, causar enfermedades a los clanes enemigos, contrarrestar la magia de hechiceros de las tribus rivales, etcétera.

En el mundo greco-romano la causa cultural de las enfermedades tenía que ver con el destino (*fatum*). La fatalidad está programada y poco se puede hacer, es una insensatez luchar contra las leyes del universo⁹. Pero este fatalismo no es completo, siempre queda una ventana abierta a la intervención del hombre. En esa ventana se mueve el pensamiento hipocrático que, dejando atrás el origen mágico de la enfermedad, idea un modelo explicativo basado en la teoría de los humores, igualmente creativo, pero introduciendo una actitud de observación e interpretación del fenómeno natural de enfermar.

Desde Hipócrates, el médico abandona formalmente la magia y rebaja (o eleva) la facultad de curar al concepto de arte. Pero esto supone que habrá de inducir un gran cambio en el enfermo para que remueva los cimientos de su confianza en lo sobrenatural y los traslade al terreno de lo natural. Ello hace que los escritos hipocráticos sean persuasivos en la demostración de que el arte existe, también para los incrédulos: *"incluso los que no creen en ella (en la medicina) se salvan gracias a ella"*, o aunque no funcione: *"Y los errores son, no en menor medida que los beneficios, prueba de la existencia del arte"*¹⁰.

Este modelo tampoco va a ser muy exigente con la eficacia biológica de las intervenciones, a fin de cuentas la función del médico solo es ayudar a la naturaleza,

nunca contradecirla. Las dimensiones de la ayuda acaban donde acaba "el arte", es decir, donde finalizan las posibilidades de éxito en la lucha contra el mal. Así, dejaban de interesarse por los enfermos cuando consideraban que éstos estaban vencidos por su enfermedad. Este razonamiento salvaguarda el rol del sanador e introduce la resignación como cualidad que contrarresta la ineficacia: si el paciente muere es porque no podía salvarse (resignación); si se salva, es por la intervención del médico (eficacia).

Pero el prestigio y la alta consideración del médico hipocrático no pueden responder únicamente a un silogismo. Las otras variables, y en especial la cordialidad en diferentes formas, están detrás de este éxito. Para empezar, los textos hipocráticos se preocupan por que el paciente asocie sensaciones positivas al encuentro con el médico, cuidando la apariencia de éste, que presentará *"un aspecto aseado, con un atuendo respetable, y perfumado con ungüentos de buen aroma"*, e incluso la proxémica de la consulta: *"En cuanto a los asientos, han de ser los más igualados posible en altura, para que estén al mismo nivel"*¹¹. Pero sobre todo se esfuerzan en dotar a la relación de ayuda de un componente de "philía"¹², amistad, entendida como amor por el hombre, en la línea semántica de la empatía: *"La simpatía causada por el dolor del enfermo es motivo de aflicción para el médico"*¹². Esta amistad se refleja en la praxis: el médico hipocrático visita a sus enfermos o tiene una pequeña consulta adonde acuden los pacientes; habla con ellos, les explica detalles diversos acerca de la afección que les aflige, les da normas dietéticas, los trata con afecto e, incluso, les instruye sobre aspectos concretos del saber médico¹³. No obstante, este ejercicio de la cordialidad tiene sus limitaciones y acusa uno de los principales problemas generados por la empatía: la inequidad; la doctrina hipocrática considera que *es bello hacer favores a los hombres virtuosos y feo hacérselos a los viciosos*.

Por otro lado, la actuación filantrópica en realidad no lo era tanto, pues no existía el ejercicio médico altruista. La "amistad médica", móvil de sus acciones, tenía como destinatarios a los miembros de las clases altas, únicos que podían pagarse los servicios de las celebridades médicas asclepiádicas. La relación de ayuda, de esta

manera, está afectada por un evidente sesgo de clase social. Así, el trato que reciben los ciudadanos libres y ricos era muy diferente al que recibían los siervos. Platón da fe de ello en el libro IV de Las Leyes:

"¿y no has observado que los esclavos se dejan curar ordinariamente por otros esclavos, que van de un punto a otro por la ciudad, o que reciben a los enfermos en la oficina de sus maestros? El médico de esta clase no entra en pormenores con el enfermo a propósito de su mal, ni sufre que él razone sobre el mismo; y después de haberle prescrito, a modo de verdadero tirano y dándose aire de hombre entendido, los remedios que la rutina le sugiere, le abandona bruscamente para ir a visitar otro enfermo descargando así a su maestro de una parte de los cuidados de su profesión".

Y, en cuanto a los artesanos, escribe en el libro III de La República:

"Que caiga enfermo un carpintero, y verás cómo pide al médico que le dé un vomitivo o un purgante o, si es necesario, recurra al hierro o el fuego. Pero si le prescribe un largo tratamiento, a base de cubrirse con un gorrito de lana la cabeza y lo demás que se estila, dirá bien pronto que no tiene tiempo para estar malo y que le tiene más cuenta morir que renunciar a su trabajo para ocuparse de su mal. En seguida despedirá al médico y volverá a su método ordinario de vida (...)".

La mujer enferma tampoco correrá la misma suerte que el varón. La práctica del pudor por parte del médico (masculino) frente a la mujer, reduce las posibilidades exploratorias. Pero además, las creencias sobre la enfermedad femenina se focalizan en un entorno "uterino", bien en cuanto a embarazo, a la menstruación, a ciertos trastornos del comportamiento o, en última instancia, a cualquier padecimiento de origen incierto. Platón lo deja claro en Timeo, uno de los diálogos más influyentes en la ciencia posterior: *"en las mujeres la matriz y la vulva no se parecen menos a un animal ansioso de procrear; de manera, que si permanece sin producir frutos mucho tiempo después de pasada la sazón conveniente, se irrita y se encoleriza; anda errante por todo el cuerpo, cierra el paso al aire, impide la respiración, pone al cuerpo en peligros extremos, y engendra mil enfermedades"*. Asimismo, por ejemplo, en los

casos clínicos de los tratados hipocráticos, descritos en Las Epidemias, son minoritarios los que se refieren a mujeres y, de ellos, en casi todos se centra la enfermedad en la gestación, la menstruación o el aborto.

Por lo tanto, la filosofía de ayuda hipocrática, se rige por una "philía" bastante restringida, modulada por la condición social, la virtud, el género del enfermo o la naturaleza de su enfermedad. Incapaz, tal vez, de asegurar un genuino y equitativo "amor al hombre", opera un cambio de objeto en su motivación y, sujeta al aforismo de que *"quien ama al hombre ama también al arte"*, declara que actúa por "amor al arte".

En todo caso, el balance del intercambio con los pacientes es muy favorable para el médico hipocrático, que otorga un limitado producto (su medicina era muy ineficaz), obteniendo honorarios suculentos y, lo que era muy valorado por los hipocráticos, un gran prestigio social.

Con Galeno se operan pocos cambios en el estilo de relación. Empiezan a interesar las partes del enfermo (órganos) cuyo papel todavía se desconoce. El *galeno* se vuelve menos ecológico y utiliza tratamientos más expeditivos pero, en general, el médico formado sigue atendiendo al paciente rico y practicando la escucha cuidadosa, pues carece de conocimientos para focalizar la anamnesis. Así, Galeno en sus historias clínicas¹ está muy pendiente de lo que el enfermo hizo y de cómo lo hizo: su dieta, el tipo de vida que lleva, las evacuaciones, si acostumbra a tomar o no baños, si lleva una vida licenciosa o austera, si sigue los preceptos morales. Se hace un seguimiento casi obsesivo de las horas exactas y época del año en las que surge el primer síntoma y el curso evolutivo de la enfermedad.

Los romanos, importadores de médicos griegos (como el propio Galeno), mantienen sus líneas de actuación y, como ellos, los tres estratos de atención y la medicina retribuida. Tal vez algunos médicos de muy alta posición podían permitirse

el “desprecio áulico” de las remuneraciones, y conformarse con los regalos que, en concepto de honor, recibían de sus pacientes; para los demás, el derecho romano establecía una regulación del *honorarium* (compensación por un servicio “altruista, libre y voluntario”, a diferencia del *salarium*: contraprestación de carácter conmutativo) y de las responsabilidades del médico ante un resultado dañoso¹⁵.

EL MODELO MEDIEVAL

La Edad Media supone un retroceso en la condición técnica del servicio prestado. La cultura judeo-cristiana atribuye el origen de la dolencia a la decisión de un ser supremo¹⁶. Se castiga el vicio por medio de la enfermedad. Si no hay conciencia de haber pecado, pudo haber sido un antepasado, pues Dios castiga a los descendientes hasta la tercera o cuarta generación (Deuteronomio, 5:9).

Como en el caso de los griegos, el determinismo (en este caso teúrgico) exime al sanador de su obligación con la eficacia, pues sólo Dios puede curar. También aquí hay una ventana para la acción del hombre, pero este margen de actuación tiende a manifestarse en forma de rogativas, imprecaciones e indulgencias más que en acciones técnicas. Por otro lado, el cristianismo exalta el valor de la resignación, como forma de aceptar la voluntad divina. Con todo ello, las expectativas de eficacia del enfermo se presentan muy adelgazadas y no será tan importante tratar de curarlo como de cuidarlo (cambio de objetivo).

Y estos cuidados, a partir del siglo VII, pasan mayoritariamente a manos de la Iglesia, tanto al clero secular como regular. Se impone la medicina de los monasterios. El enfoque cristiano de la relación de ayuda introduce el concepto de prójimo, como objeto de amor, de auxilio y de cuidados por el hecho de ser persona, no por el hecho de ser amigo (de generar empatía o *philia* griega) ni por el privilegio de poder pagar los cuidados. Bajo esta visión altruista subyace, en realidad, una simple mutación de la mercancía de intercambio entre médico y enfermo. El “médico” monástico otorga ayuda, pero ésta sufre una mengua en la calidad, pues ejercen la medicina ciertos religiosos aficionados cuya técnica se basa en las lecturas más o menos deformadas

de los textos hipocráticos, la fitoterapia empírica, el milagrerismo (aplicación de ensalmos y reliquias) y el atrevimiento: se hacen sangrías, intervenciones quirúrgicas mayores, cesáreas, a menudo con resultados tan adversos que las prácticas médicas de los conventos son detenidas por prohibición conciliar. Además, en la atención al enfermo, es el prestador de auxilio quien decide las necesidades del receptor, y suele priorizarse la salud espiritual frente a la física. Por tales cuidados, el cuidador obtiene el favor divino y los méritos necesarios para ganar el cielo. A cambio de tales cuidados, el enfermo entrega su autonomía, juramenta su fe, cumple los preceptos y manifiesta gratitud a Dios y a sus representantes en la tierra. Por otro lado, el principio de altruismo relativo que se ha descrito, se pervierte y se aleja del auténtico espíritu cristiano, introduciendo también un sesgo de clase. Empiezan a diferenciarse formas y recintos de atención en función de quien es el enfermo¹⁷: al *infirmarium* para los monjes, y al *hospitale pauperum* para pobres y peregrinos, se añade la casa para los huéspedes ricos y el hospital de novicios y de conversos; y poco a poco la asistencia médica se va profesionalizando, dejando de ser meramente caritativa para convertirse en una actividad lucrativa¹⁸.

Junto a la medicina monástica, más orientada hacia la fe, convive la medicina escolástica, de tendencia más racionalista, y surgida de las escuelas catedralicias, precursoras de las universidades. Los médicos universitarios formados en el *neogalenismo*, en la universidad de Montpellier y otras que tomaron su modelo, eran insuficientes para crear una red asistencial en todo el territorio europeo. Por lo que sólo alcanzaban a establecerse en las grandes poblaciones (burgos), donde sus clientes pertenecían a la naciente clase adinerada (burguesía) o, como mucho, a gremios de artesanos que podían costearlo. Estos galenos de mejor formación que los monjes, pero equiparable competencia técnica, atienden a los enfermos en sus domicilios, escuchan el relato de su enfermedad y los visitan con frecuencia. Su arte tampoco hace gran aprecio del cuerpo femenino, pues sus principales referentes filosóficos, Aristóteles y Tomás de Aquino, creyeron demostrada la inferioridad de la mujer. Reciben honrosos honorarios, pero sus servicios estaban sometidos a

reglamentos draconianos, con sanciones del estilo de: *"por la muerte de un siervo, la entrega de otro. Por una sangría mal hecha, 150 sueldos. Por sangrar a una mujer libre sin que estuviesen presentes las siervas o esclavas, 10 sueldos"*¹⁹. Los reyes y aristócratas siguen acaparando a los *galenos* más prestigiosos, elegidos a menudo entre los profesores de universidad. Y no uno solo, sino varios, que a veces deliberan de forma colegiada para emitir un dictamen cuyo éxito es tributario del azar. Ellos también pagan los errores; en el año 580, estando Austraquilda, esposa del rey Gonthan, en el lecho de muerte, pidió a su marido que mandase decapitar a sus dos médicos, Nicolás y Donato, dado que sus remedios no habían sido eficaces²⁰.

EDAD MODERNA: CRÍTICA Y CONTINUIDAD

El Renacimiento cierra el paréntesis teocentrista de la medicina medieval. Se empieza a pensar que el papel de los médicos es intervenir, física o químicamente, para reparar el defecto en el funcionamiento de un específico mecanismo indicado. El modelo hipocrático sufre fuertes acometidas con el nacimiento de la iatrofísica y la iatroquímica; la relación de ayuda, tal y como se entendió hasta entonces, es puesta en cuestión por su falta de eficacia. Paracelso afirma que: *"El pelo de mi nuca sabe más que vosotros y todos vuestros escribientes; y los cordones de mis zapatos son más eruditos que vuestros Galeno y Avicena, y mi barba ha visto más que todas vuestras universidades"*. La medicina representada como una gran farsa, es una constante entre la gente ilustrada de Europa, y un tema recurrente de creación pictórica y literaria.

Aunque la alquimia fue capaz de introducir medicamentos de laboratorio en las boticas, contra la resistencia del galenismo, lo cierto es que los remedios que aportan los médicos hasta el siglo XIX seguirán siendo ineficaces. Muy pocos tratamientos contenían auténtico valor curativo o paliativo. Tal vez sólo se pueda exceptuar el opio y sus derivados, la corteza de sauce y las incorporaciones tardías de la quinina y el cólico, así como algunas intervenciones de cirugía menor y las

amputaciones, a las cuales pocos sobrevivían, víctimas del tétanos o de la infección, al margen del dolor que, por descontado, se asumía como un mal menor inevitable.

Como compensación se produce un ajuste de la variable eficacia con el efecto resignación, en sus dos vertientes. Resignación ante la falta de médicos universitarios. Pues a pesar de que las epidemias impulsan la figura del médico municipal, éste sólo alcanzará a establecerse en poblaciones grandes. El enfermo recurre a los autocuidados; el concepto de dolencia como vivencia idiosincrásica (que afecta de forma diferente a cada uno) y no como entidad general (que afecta por igual a otras personas) refuerza el sentido de la automedicación, pues cada persona sabía lo que le sentaba bien, y las soluciones válidas para ella no lo eran necesariamente para el vecino. Así, cuando la gente sentía la amenaza de la enfermedad, se hacía purgas, evitaba las corrientes de aire, la humedad, los excesos de comida y sexuales. Si alguien se levantaba con sensación de sentirse hinchado, pesado, pletórico o "lleno se sangre", se iba al barbero y se hacía una sangría de 10 o 12 onzas²¹. Y cuando el sujeto decidía movilizar recursos más allá de su entorno familiar, acudía a un vecino, o a un curandero, al sacerdote, al médico (si lo había) o bien a un especialista profano de los que habitaban en los pueblos o abundaban en ferias y mercados: dentistas, barberos, parteras, pero también bismadores, algebristas, hernistas, tallistas, batidores de cataratas, etcétera.

Resignación ante la falta de remedios eficaces: la gente estaba acostumbrada a padecer una sucesión de dolencias leves o graves, así como un dolor intermitente o constante durante toda la vida. Muchas personas todavía eran capaces de hacer una interpretación positiva del sufrimiento, la enfermedad y la muerte como muestras del llamado divino. Podían acudir al médico, no tanto para que les aliviara, sino para que les confirmaran un diagnóstico o emitieran un pronóstico²², pues el enfermo necesitaba prepararse para la muerte y la familia para el reemplazo. Los fallecimientos de sujetos *no productivos* se toleraban con cierta naturalidad; la muerte de los ancianos era aceptada, y en cuanto a la de los niños, las familias se proveían de un número suficiente de hijos para asegurar la tasa reproductiva, descontando el efecto

de la mortalidad. También las muertes maternas, dentro del drama que suponía como menoscabo de la factoría demográfica, entraba dentro de las previsiones.

En cuanto a la autoridad, se había reforzado por las ordenanzas de la peste. Y, en particular, de la gran pandemia de 1347-1351, que otorga al médico instrumentos de *dictadura salubrista* y una condición de "funcionario" que administra el poder institucional. Aunque también es verdad que suele jugar la partida en la cabecera del enfermo y éste puede imponer sus normas²³. La pugna de poder del paciente es una compleja fracción, en cuyo numerador está: su pertenencia a una clase dominante, el pago por consulta, la facilidad para cambiar de médico o la posibilidad impugnar, denunciar o desacreditar al doctor²⁴. Y todas estas características sólo las reunían los aristócratas y burgueses, que solían prescindir enseguida de los médicos cuyas medicinas no eran eficaces, o sus curas les disgustaban, o que simplemente les resultaban personalmente antipáticos. No obstante, el galeno suele disponer de recursos distintos de la eficacia técnica para volcar el cociente a su favor, incluso cuando el paciente es rico o poderoso, como podemos comprobar en diversas fuentes literarias; así, enfermos de alto nivel social como el hipocondríaco Argán, de la obra de Moliere, el supuesto "gobernador" de la ínsula Barataria, en *El Quijote*, o el alto funcionario Iván Ilich, de *Tostoi*, son tiranizados por doctores iguales o inferiores socialmente, pero que apelan al miedo a la enfermedad, a la autoridad académica o al peligro de desobedecer sus prescripciones. El registro de consultas que recibe el célebre médico dieciochesco Auguste Tissot, por ejemplo, cursadas en su mayoría por sujetos acomodados, abundan las quejas sobre médicos que han roto la relación con ellos²⁵.

En lo referente a la magia, sigue presente en la chistera de recursos médicos. La especulación diagnóstica y pronóstica a través de la orina, incurriendo claramente en la uromancia, sigue siendo, junto con la toma del pulso (otra maniobra con gran contenido creencial), la fuente exploratoria más habitual. Por otra parte, la astrología médica forma parte de los contenidos académicos universitarios hasta el siglo XIX.

La picaresca también contribuye a minimizar el impacto de la ineficacia, y resulta especialmente útil, porque empieza la decadencia de la cosmovisión determinista y la responsabilidad de la curación se va transfiriendo progresivamente a los médicos, a quienes les irá resultando cada vez más difícil atribuir los fracasos al designio divino. Son habituales los trucos de comunicación, como la inducción de miedo, la ambigüedad deliberada, la culpabilización del paciente. La palabrería tecnicista se emplea con la intención de disfrazar la ignorancia y, al tiempo, convencer al paciente de que la complejidad del acto médico está fuera del alcance de su juicio. Como satiriza Molière a través del falso de médico (a palos) que explica la enfermedad a su paciente: *"De la región lumbar, pasando desde el lado izquierdo donde está el hígado, al derecho donde está el corazón, ocupan todo el duodeno y parte del cráneo. De aquí es, según la doctrina de Ausias March y de Calepino (aunque yo llevo la contraria) la malignidad de dichos vapores... ¿Me explico?"* El pronóstico retrospectivo, otra argucia consistente en predecir el pasado y comunicar a posteriori cómo se debió haber obrado, aparece bien descrito en la famosa fábula de Samaniego, cuando el médico atiende a un moribundo y le asegura que se hubiese salvado de haberlo llamado antes a él: *"...Conozco y le aseguro firmemente/ que ya estuviera sano /si hubiese acudido más temprano /con el benigno clister detergente."*

La exageración pronóstica, ardid consistente en emitir dictámenes infaustos sobre el futuro del paciente, garantizan siempre el éxito: la muerte ratifica la competencia pronóstica del médico, la curación certifica su competencia terapéutica. Otras veces esta maña se vuelve en su contra e impele a éste a buscar otros profesionales más amables en las predicciones y lo conduce directamente al curandero.

Junto a esta picaresca *maleficente*, se encuentra otra modalidad *benefactora*, formada por las dos grandes *mentiras blancas* recomendadas en los manuales médicos. Y que no empezaron a discutirse hasta el siglo XX, cuando la eficacia y la evidencia científica contribuyeron a acortar la nariz de los doctores²⁶ (al menos en este aspecto): mentir a los enfermos sobre la gravedad de las enfermedades, para no

provocar descalabros en su esperanza, mientras se informaba del pronóstico a su familia; y exagerar la eficacia de los remedios, tal vez para inducir el efecto adicional de la sugestión o placebo.

Pero el valor más consistente que el médico podía añadir, para mantener viva la percepción de ayuda, se alojaba en el campo semántico de la cordialidad. Complacencia: los médicos visitan al paciente en sus casas cuando el enfermo no puede desplazarse por enfermedad, pero también por carecer de medios de transporte o simplemente porque está guardando cama. Beneficencia: atienden a los pobres, apestados y marginados como parte de su ejercicio funcional, pero también movidos por un componente empático del paternalismo, consistente en sentir compasión por los "inferiores"; en el medio rural se populariza el apelativo o atractor semántico de "médico de los pobres", se cuenta al menos uno por cada comarca. Tolerancia: atienden todo tipo de enfermedades, sin distinguir apenas lo grave de lo banal, pues el enfermo tampoco establece esa diferencia en la creencia de que lo anodino puede anunciar lo letal, lo leve puede agravarse y lo externo, interiorizarse. Tampoco rehúye el contacto con lo repulsivo, lo sucio o lo excrementicio, soportando hedores, exponiéndose a contagios o paladeando orinas. Pudor: ante el enfermo apenas utiliza inspección o palpación corporal, más allá del semblante, la lengua y el pulso. Respeta exquisitamente los tabúes culturales y jamás explora orificios anatómicos ni pone las manos encima de una mujer, rehuendo muy especialmente sus genitales²⁷. Escucha: la usa como principal instrumento diagnóstico. Deja protagonismo al relato del paciente, del cual no interesa lo clínico, sino todas las experiencias, porque cualquier vivencia, por nimia que parezca, puede conducir al desajuste responsable de la enfermedad. Ese suceso disruptivo puede localizarse mediante la reconstrucción de todo lo acontecido desde el comienzo, recordando (anamnesis) cada evento sin omitir detalles. La narrativa del paciente es tan dominante, como fuente de información, que en los siglos XVII y XVIII florece el género de la consulta por correspondencia²⁸: en las que el paciente se extiende en la

descripción detallada de una mezcla de síntomas, vivencias y preocupaciones a la que el médico da respuestas reconfortantes.

Aunque se reconoce la importancia de los órganos, sobre todo el corazón, el hígado y el útero, su papel está lejos de ser protagonista; es un engranaje más en la compleja balanza del equilibrio que sostiene la salud. En este contexto, la nosología pierde peso frente a la holística; aunque hay entidades bien definidas (lepra, hidropesía, garrotillo, entre otras.), la pérdida de la salud se entiende como un desajuste de todo el sistema, no sólo de una parte.

El sesgo de clase se mantiene. La atención de los menesterosos, obligada por contrato, pero gratuita, no goza de los mismos estándares de cordialidad, escucha y dedicación que la de aquellos que pueden pagar la consulta. Además los facultativos y cirujanos contratados para atención exclusiva de los pobres cobran menos que los que asisten a aristócratas o al clero²⁹. Y siguen faltando médicos universitarios en las zonas rurales; el enfermo continuará buscando ayuda en los sanadores empíricos.

También persistirá el sesgo de género. Por un lado, los hogares priorizan la atención a los *pater familias*. Recuperar su salud puede justificar un aviso a médicos caros y un sacrificio económico en gastos de tratamiento. Por otro lado, la condición masculina del médico, junto a los prejuicios morales y culturales que construyen el pudor, contribuyen a que el cuerpo masculino sea más conocido que el femenino: se diseccionan más varones, se exploran más a fondo a los hombres, que no guardan secretos con el médico, ni síntomas que el pudor le impida comunicar. Se construye una semiología clínica a la medida del varón³⁰.

EL TRIUNFO DEL MODELO BIOMÉDICO

La Ilustración sometió todo el saber acumulado al examen de la razón, incluido el conocimiento médico. El positivismo, por su parte, impugnó la forma deductiva, guiada por el razonamiento especulativo como método de generar conocimiento

científico, dominante hasta el siglo XIX. Auguste Comte propugna que: sólo es confiable aquello que es medible. Se genera una nueva cosmovisión, según la cual la enfermedad depende del hombre, de la sociedad; debe ser el hombre, la sociedad, quien a través de la ciencia se ocupe de restituir la salud.

En España, el padre Feijoo dedica muchas páginas a negar el valor terapéutico de la intervención médica clásica y a destapar la picaresca con que el médico envuelve la falta de eficacia técnica. Como afirma en el discurso quinto del Teatro Crítico Universal: *“La buena verba, la audacia, la faramalla, las modales artificiosas, la embustera sagacidad para mentir aciertos y despintar errores son las partidas que acreditan en el mundo a los médicos (...)”*. Gregorio Marañón³¹ recoge la opinión del ilustrado Feijoo sobre los artificios argumentales del facultativo para crear en el paciente la percepción de ayuda médica, incluso cuando la evolución es adversa, bien culpando al enfermo de algún exceso:

“...y ha de pasar indispensablemente por exceso, si no hay otra cosa más abultada de que echar mano, cualquier fruslería ridícula de que den noticia los asistentes, como enjuagar la boca, mudar de camisa, sacar un brazo fuera de las sábanas, cortar las uñas, etcétera.”

bien apelando a la propiedad reveladora de la intervención: *“...con la oportuna aplicación de los remedios se descubrió al enemigo, que estaba oculto, se le sacó de la emboscada donde era inexpugnable al campo raso.”*

Otros ilustrados, como Jovellanos, inciden sobre las reformas sociales y la creación de hospitales para el tratamiento de enfermos. Puesto que los existentes, aunque tenían médicos contratados como parte del personal (también doncellas, curas, acemileros...), no eran instituciones sanitarias, sino más bien hospicios donde se facilitaba refugio y cuidados a mendigos, huérfanos, vagabundos, prostitutas y ladrones, junto con enfermos y locos pobres. A finales del siglo XVIII empieza a generalizarse la formación de los estudiantes en los hospitales. Es alrededor de 1800

cuando el hospital deja de ser un lugar de beneficencia, cuidados y recuperación, y empieza a convertirse en la fuerza motriz de la medicina.

El nacimiento del hospital moderno opera un cambio en el epicentro de la ayuda y lo desplaza del *templo* de la privacidad domiciliaria a la *catedral* de la hegemonía médica. Nace un nuevo tipo de intercambio, donde el auxiliado (siguen siendo enfermos pobres) otorga, a su vez, una impagable contraprestación al auxiliador. Presta su enfermedad para la observación curiosa de rondas de estudiantes, profesores y subalternos, que contemplan y palpan las yagas, practicando la exploración sobre sus cuerpos desnudos, a menudo hacinados, en ausencia de toda intimidad. Conceden sus datos para los primeros estudios de estadísticos y epidemiológicos. Y cuando fallecen (evento muy probable), entregan su cuerpo para autopsias de finalidad etiopatológica, o para servir de modelos anatómicos manoseados por los estudiantes de medicina. A cambio, serán atendidos por las mismas celebridades médicas que, por la tarde, verán en sus domicilios, o en prestigiosas consultas, a los pacientes ricos. Como dice Laín Entralgo, “*el progreso de la medicina moderna se ha conseguido sobre el cuerpo del enfermo pobre.*”³²

¿Y qué recibe el enfermo en los hospitales? A pesar de la brillantez de la naciente clínica, que aporta diagnósticos más precisos, los tratamientos son muy limitados. En lo que se refiere a la calidez y a la calidad de las atenciones, Concepción Arenal describe el hospital como un lugar donde: “*El enfermo no tiene nombre, es un número par o impar. Ninguna diferencia en su lecho, ni en el lugar que ocupa..., ningún signo moral ni físico que marque su individualidad en la mente del médico, que a paso de carga pasa de cama en cama, de número en número, sin que le sea dado observar los mil detalles precisos de un diagnóstico razonable...*”³³. Los hospitales son calificados de pudrideros en las topografías médicas decimonónicas³⁴.

Fuera del hospital los nuevos médicos, desde Sydenham, continúan escuchando el relato del enfermo, pero empiezan a focalizar y cerrar sus entrevistas, seleccionando la información que tiene interés clínico y desoyendo o vetando aquella

que carece de él. Como indica Foucault³⁵, el nacimiento de la clínica ha sustituido la pregunta “¿Qué tiene usted?” -con la cual se iniciaba el diálogo del médico y del enfermo, con su gramática y su estilo propios-, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo su discurso “¿Dónde le duele a usted?”.

El método anatómico-clínico, en sus inicios, tiene todavía más dependencia de la clínica que de la anatomía para establecer las hipótesis diagnósticas. A medida que las técnicas para obtener información del órgano enfermo se van ampliando (la anatomía de Vesalio, la percusión de Corvissant, la auscultación de Laennec, la microscopía, los trabajos de Morgagni, Virchow y de Bichat), consiguen unir los eslabones de célula, tejido y órgano con signos y síntomas de la enfermedad, se conforma el nuevo paradigma biomédico.

Con el avance por la senda del modelo anatómico-clínico, cada vez importa menos la narrativa del paciente si no se relaciona con lo que el médico aprecia (signos) y con lo que el laboratorio o el microscopio confirman. Serán los órganos quienes hablen, pero ya no con el relato del enfermo, sino con el relato de la enfermedad; que el médico puede seleccionar, apartando el grano de la paja, dejando expresarse al hígado, pero mandando callar al resto de la persona.

El enfermo, cuyo cuerpo era antes una urna que apenas se tocaba, pasa a ser contemplado, palpado y percutido, pero como todo se hace por su bien, ha de someterse y adoptar un rol de pasividad. La autoridad científica del médico también se incrementa, pues ahora empieza a disponer de información verificable, de categoría superior a las deducciones especulativas de sus predecesores, que le permiten pasar a la actividad. El binomio autoridad/sumisión se fortalece y se encumbra el paternalismo³⁶.

La revolución industrial hace que los estados tomen interés por la persona en cuanto a trabajador, del cual dependen; apuestan definitivamente por el biomédico como modelo hegemónico para abordar los problemas de salud individuales y colectivos. El Estado se convierte en el demandante subsidiario de ayuda para los

ciudadanos, ante el médico funcionario como brazo ejecutor de esa ayuda y ante los hospitales como cumbre de la pirámide "ayudocrática"; y maniobra para liquidar los otros agentes sanadores, incluida la medicina popular y los autocuidados³⁷.

El modelo biomédico acusa varios defectos para su implantación. Primero, porque estrecha cada vez más la conceptualización médica de enfermedad³⁸, colisionando así con la percepción tradicional que el ser humano lleva impresa desde los inicios, como entidad no solo orgánica sino también cultural, no solo objetiva sino también vivencial. En segundo lugar, porque enfoca intensamente el objetivo central de la relación de ayuda, con lo que consigue pagar la deuda secular de eficacia contraída con el demandante; pero desenfoca las metas laterales que el sistema anterior era capaz de satisfacer.

Con el tiempo, el modelo fue incorporando modificaciones forzadas por los cambios sociales; las distintas corrientes de pensamiento (medicina social, doctrina psicoanalítica, medicina psicosomática, antropología social, constructivismo) han obligado a superar dogmas como la concepción lesional de la enfermedad o la dualidad cuerpo-mente y, al tiempo, incorporar sufijos como bio-psico-social, que tiene plena cabida en el paradigma de la medicina basada en la evidencia³⁹.

APROXIMACIÓN AL MODELO ACTUAL

En el siglo XX tiene lugar la revolución de la eficacia. Los avances científicos tienen más relevancia que los alcanzados en todas las centurias anteriores. Ello modifica la relación asistencial, en el sentido de la competencia técnica: el donante de ayuda (médico, equipo, sistema) ya estaría en condiciones de satisfacer el objetivo principal del receptor (paciente, familia, sociedad), que es recuperar la salud.

A la vez se construye un nuevo mito para sustituir al teúrgico: la ciencia. El poder de la ciencia, a modo de nueva deidad, expande las expectativas de la comunidad paciente, y todas ellas son depositadas en la comunidad sanadora, ya no en el *fatum* ni en los dioses. La sobreconfianza en el *mito de la eficacia* liquida la

resignación, no solo ante el dolor, la incapacidad o la muerte precoz, sino ante las molestias menores, la tristeza, la vejez o la muerte natural. La propia Organización Mundial de la Salud, en 1948, convalida esa perspectiva de salud y la maximiza. Esta escalada de las expectativas deja el binomio eficacia/resignación en un valor similar al premoderno, pues el incremento de la primera se ve amortizado por el decremento de la segunda generando siempre un resultado insuficiente.

De ese modo los sanadores han de seguir utilizando las estrategias premodernas para obtener el mismo balance de resultados. Pero el uso de la autoridad médica se enfrenta ahora con un enfermo insumiso. Los instrumentos de empoderación de la comunidad paciente han actuado eficazmente en ese sentido: las revueltas obreras del siglo XIX y XX han valorizado al ciudadano en tanto que productor; las revoluciones democráticas le han dado valor en tanto que votante; el acceso a prestaciones sociales le ha conferido interés en tanto que consumidor. La bioética, la deontología, el reconocimiento de los derechos del paciente, el desarrollo legislativo, etcétera, han disuelto el vasallaje del sujeto paciente respecto del agente.

El binomio cordialidad/gratitud también se ha modificado. El enfermo se ha convertido en usuario de un servicio que ha pagado por adelantado, y del que espera el máximo retorno posible. Queda liberado de la deuda de gratitud, pues ya no es beneficiario de un favor sino titular de un derecho.

La picaresca, en cambio, se mantiene en constante dialéctica con la ingenuidad. Proponemos contemplar al menos dos ejemplos de picaresca. Uno de ellos podría denominarse picaresca de Estado: éste promete a la masa paciente el acceso a los imaginarios de la eficacia (diagnóstico total, tratamiento de todo), pero establece barreras de contención (filtros, visados, protocolos, listas de espera). A la vez sigue estimulando el consumo (también el sanitario) y alimentando la *fantasía* de la salud como bien absoluto y adquirible. Los usuarios-consumidores que pueden permitírselo huyen de ese circuito trucado y acuden a la sanidad comercial (donde trabajan por la tarde los mismos médicos que atienden en el hospital por las mañanas,

como ocurría en el siglo XIX), y allí compran la cordialidad y recuperan la eficacia (pagando salvoconductos que les permiten regresar al macrosistema público saltando todas las barreras). Esto sería una modalidad de picaresca *maleficente*.

La comunidad sanadora asume el encargo de resolver los objetivos primarios (eficacia hipertrofiada) de la comunidad paciente, pero también los secundarios, a los que se añaden otros nuevos (consultas instrumentales, solución de cuestiones vitales, de problemas banales, etcétera); y estas demandas pueden adoptar una presentación abigarrada que no se corresponde bien con los códigos de enfermedad establecidos (como ocurría en las consultas del chamán). Además se ha de trabajar con un porcentaje creciente de demandantes de ayuda liberados de resignación, de sumisión y de deudas de gratitud. Ante esta situación los profesionales adoptan diferentes actitudes, que a veces pasan por modificación de las propias expectativas: algunos incrementan sus objetivos egotróficos (de autoridad, de dominio) con la idea de devolver al paciente a zonas de sumisión. Otros reprograman sus metas de utilidad y optan por la ataraxia (aceptan, asesoran, no influyen, no intervienen). Otros recogen el guante de la *hipereficacia* y adoptan conductas de *hiperresolución*. Otros priman objetivos evitativos (cesión, complacencia) o se centran en metas lucrativas.

Otros, por último, siguen aspirando a encuentros exitosos sin sacrificio de las expectativas de utilidad, de compromiso y de *amor al arte*, y recurren para ello a viejos y nuevos trucos (estrategias). El sanador-estratega intervendrá sobre las expectativas del usuario, modificándolas mediante técnicas de influencia interpersonal (negociación, consejo, persuasión). Tratará de utilizar al propio paciente como generador de eficacia (autocuidados, educación para la salud, entrevista motivacional). Aprenderá a informar (incluso de lo malo) de manera ansiolítica. Satisfará el *egotrofismo* del paciente escuchando a la persona, no sólo a la enfermedad: reforzando su autoconcepto, promoviendo su autonomía y solicitando su opinión. Tratará simultáneamente de satisfacer las propias expectativas de ansiolisis (al conducir de modo no confrontacional), de aprendizaje (por aceptar retos complejos)

y de autoestima (por percepción de éxito). A este tipo de "picaresca" se podría denominar benéfico.

CONCLUSIONES

La relación sanador-enfermo es una relación de ayuda que, para tener éxito, ha de satisfacer las expectativas del ayudador y del ayudado. Éstas difieren entre sí, al igual que lo hace la visión del problema (la enfermedad). A lo largo de la historia se ha logrado el éxito, en esta relación, a través de un equilibrio en el que juegan numerosas variables. Aquí nos ocupamos de las siguientes, expresadas en forma de *binomios*: (in)eficacia/resignación, autoridad/sumisión, cordialidad/gratitud, magia/credulidad, picaresca/ingenuidad.

En la medicina primitiva, la variable dominante es la intervención mágica que logra un modesto efecto biológico. Pero, como la nosología primitiva no coincide con un catálogo de disfunciones orgánicas, la eficacia técnica no es una prioridad. Por otro lado, es capaz de responder a objetivos secundarios (angustia, esperanza, información), ya que nadie pone en duda la capacidad de las fuerzas sobrenaturales. Las respuestas obtenidas no necesitan verificación, porque el sanador y del enfermo forman parte del mismo sistema de creencias y tienen un código análogo para la interpretación del problema.

La medicina greco-romana cambia el designio mágico-religioso por el determinismo natural. El médico ayuda a la naturaleza en el restablecimiento de la salud, pero no puede contradecirla ni someterla; por lo que se asegura la resignación del enfermo. Utiliza muchos instrumentos de cordialidad, en especial la *philia*, forma de empatía que se equipara al amor por el paciente. Abandona formalmente la magia, con lo que tendrá que idear un sistema muy ingenioso (la teoría humoral) para cerrar las fugas de credibilidad de la comunidad paciente.

La medicina medieval regresa al enfoque sobrenatural, que promueve en el enfermo una hipertrofia de la resignación. Este encuentra en el sanador religioso la

satisfacción de sus necesidades básicas (techo, comida y cuidados), la respuesta a la metafísica de su enfermedad (el pecado como causa, el dedo divino como determinante, el sufrimiento como solución, el paraíso como compensación). La magia recobra protagonismo y la cordialidad adopta forma de caridad. La transacción santifica al sanador y aumenta sus probabilidades de ganar el cielo.

En la edad moderna da comienzo un cambio de mentalidad, pero la eficacia todavía no llega, con lo que prevalece la resignación y los autocuidados. Se incrementa la autoridad del médico, ya que el Estado apuesta por él para arrebatarse a la Iglesia el control de los excluidos y para controlar la salud pública. El médico de cabecera practica la picaresca, pero sobre todo la escucha, el respeto, la complacencia, la tolerancia y la caridad.

El modelo biomédico, desarrollado a partir del siglo XVII, transforma la relación asistencial. La autoridad científica del médico se incrementa, imponiendo el llamado modelo médico hegemónico, que hace retroceder a la competencia profana por la vía de la ley y de la efectividad. Ello deriva en la aparente liquidación de la magia y rebaja de la picaresca; pero también en una mengua de los dominios relacionados con la cordialidad. La distancia científica del médico y del paciente aumenta, encumbrándose el paternalismo. Sólo cuando el modelo evoluciona, por la vía del pragmatismo, es capaz de satisfacer otros objetivos del enfermo y de la comunidad.

En los últimos 150 años, la eficacia técnica crece exponencialmente, pero con igual velocidad se retrae la resignación de la comunidad paciente y crecen sus expectativas; así se genera un estado de dificultad similar al premoderno para lograr la satisfacción. El equilibrio se logra mediante la intervención perspicaz que intenta adaptar las expectativas del receptor a las del donante, lo que podemos llamar *picaresca* benéfica (si se opera en beneficio de ambos y de la sociedad), o *picaresca* maléfica (si se hace solamente en beneficio del donante).

Sería interesante, a día de hoy, estudiar en qué medida las estrategias creenciales (ya no teúrgicas, sino ancladas en nuevos mitos) siguen presentes en la

intervención médica. Así como la congruencia de las creencias de nuestros pacientes con las nuestras y las desviaciones de la lógica que operan en los usuarios, y en nosotros mismos, a la hora de ejecutar la relación de ayuda. También proponemos profundizar en la vigencia de los sesgos de género, de edad o de clase que condicionan nuestras prácticas. Valorar cualitativamente cuáles son las expectativas de los médicos y de los pacientes respecto a la relación actual. Estudiar la persistencia de las cosmogonías primitivas, de las teorías humorales y de las etiologías profanas en la medicina oficial y en las pseudomedicinas. Por último, estudiar los constructos de autoridad, eficacia y cordialidad en todas sus presentaciones.

Escribimos las últimas líneas de este artículo en plena pandemia por el virus COVID-19. Seguramente esta circunstancia propicie una evolución provisional o definitiva del modelo de relación, otorgando valores muy distintos a las variables hasta aquí manejadas. Sería muy interesante estudiar, en algún momento, las inevitables modificaciones de ese recorrido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tizón, J.L., *Componentes psicológicos de la práctica clínica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Bibl'ria SCCL; 1996. p. 26.
2. Ibid., p. 33.
3. Kaba, R., Sooriakumaran, P., "The evolution of the doctor-patient relationship." *Int. J Surg.* 2007 Feb;5(1):57-65.
4. Ackerknecht EH. *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal editor; 1985. p. 131.
5. García-Sabell D. En: Cunqueiro A. *Escola de menciñeiros*. Vigo: Editorial Galaxia; 1981. p. 23.
6. Fernández-Álvarez R. *Enfermos pobres, médicos tristes*. Compostela: Urco Editora e Fundación Vicente Risco; 2017.p. 37.
7. Gondar, M., González, E., *Espiritados, ensaios de etnopsiquiatría galega*. Santiago de Compostela: edicións Laiovento; 1992. p. 21.
8. Ackerknecht, E.H., *Op.Cit.*, p. 134.
9. Gondar, M., González, E., *Op. Cit.*, p.21.

10. Tratados hipocráticos. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 1996. p. 186.
11. Ibid., p. 213.
12. Lain-Entralgo, P., *El médico y el enfermo*. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2003. p. 50.
13. López-Férez, J.A., "Hipócrates y los escritos hipocráticos. Origen de la medicina científica. EPOS." *Revista de Filología* [Sede Web]. [Citado 17-1-2020]. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/EPOS/article/view/9454>.
14. García-Ballester, L., *Galeno*. Madrid: Ediciones Guadarrama; 1972. p. 210.
15. Núñez, I. "Status del médico y responsabilidad civil", *Revue Internationale des droits de l'Antiquité*, 3ème série, XLII (2000).
16. Gondar M, González E. *Op. Cit.*, p.18.
17. López-Piñero JM. *Historia de la Medicina*. Madrid: Historia 16; 1990. p.172.
18. Gutiérrez-Rodilla, B.M., *Las mujeres y la medicina en la edad media y primer renacimiento*. Cuadernos del CEMyR, 23; marzo 2015: 121-135.
19. Lain-Entralgo P. *Op.Cit.*, p. 88.
20. De Francisco, A. *Los fundamentos de la relación médico-paciente*. *Acta Médica Colombiana* Vol. 24 N° 3. Enero-Febrero 1999: 102-111.
21. Lindemann, M., *Medicina y sociedad en la Europa moderna, 1500-1800*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.; 2001. p. 228.
22. Ibid., p. 262.
23. GuillamS. *The reappearance of the sick man: a landmark publication revisited*. [Br J Gen Pract.v.66 \(653\); December 2016](#): 616-17.
24. Borrell i Carriò F. *La relación médico-paciente en un mundo cambiante*. *Humanitas, humanidades médicas*: Tema del mes on-line, ISSN-e 1886-1601, N° 15, 2007: 1-32.
25. Louis-Courvoisier M, Mauron A. 'He found me very well; for me, I was still feeling sick': the strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21st centuries. *Med Humanit*. 2002 Jun;28(1): 9-13.
26. Sokol, D.K., *How the doctor's nose has shortened over time; a historical overview of the truth-telling debate in the doctor-patient relationship*. *J R Soc Med*. 2006. Dec; 99(12): 632-6.
27. Lindemann M. *Op. Cit.*, p.258.
28. Schmitz, C. *Práctica médica en el espacio virtual: Relaciones a distancia entre Juan Muñoz y Peralta (1665-1746) y sus pacientes*. *Medicina e Historia*. N° 1 – 2017: 3-18.
29. García-Guerra, D., *Medicina y sociedad en Santiago*. Siglo XVIII. Vigo: Pugsalsa; 1992.

30. Ortiz-Gómez, T., *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer*. En: Elvira Ramos (ed.). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, 2002: 29-42.
31. Marañón, G., *Las Ideas Biológicas del P. Feijoo*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A. 1941. p. 209.
32. Laín-Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores; 1978.
33. Arenal, C., *La Beneficencia, la filantropía y la caridad*. Madrid. 1861. Apud. Trinidad Fernández P. *Trabajo y Pobreza en la primera industrialización*. En: *Historia de la Acción Social en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1990. p. 129.
34. Correa-Fernández, A. *Ensayo de Topografía Médica de la Provincia de Lugo*. Ed. facsímil. Santiago de Compostela: Edición do Cerne; 2002.
35. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI editores, S.A. de C.V. Kindle e-book; 2013. pos. 194.
36. Kaba, R., Sooriakumaran, P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int. J Surg*. 2007 Feb;5(1):57-65.
37. Comelles, J.M. La utopía de la atención integral en salud: Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública*, 1993; 3: 169-92.
38. Louis-Courvoisier M, Mauron A. Art. Cit.
39. Borrell i Carriò, F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*. [Volume 119, Issue 5](#), 2002: 175-179.

Roberto Fernández Álvarez

Doctor del Centro de salud de Allariz (Ourense)

Autor del libro "Enfermos pobres, Médicos Tristes", ganador del premio Vicente Risco de ensayo.

Roberto.Fernandez.Alvarez@sergas.es

Cómo citar este artículo:

Fernández Álvarez, R., T., "El modelo premoderno de relación médico-paciente", *Folia Humanística*, 2021; 4 (2) 22-49. Doi: <http://doi.org/10.30860/0073>.

© 2021 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.