

Pedro Laín Entralgo ofreció en la conferencia propuestas fácilmente alcanzables para la protección de la humanidad de la propia medicina, esto es, el mantenimiento de esencia. Abogó por un trato de tipo personal médico-enfermo, superador de algunos hábitos que reducen al enfermo, por motivos intelectuales, económicos, a puro órgano. El fomento de los conocimientos de la psicología y sociología médica, además de la terapéutica clínica que defendió Marañón, y una determinada actitud del médico en presencia del enfermo, son las claves de la personalización y humanización de la medicina.

Pedro Laín Entralgo

“La humanización de la medicina”

El tema plantea, de principio, dos cuestiones: la primera es la de si el hombre puede deshumanizarse o "deshombrearse", según expresión inventada por Quevedo, y la segunda, y desde el punto de vista moral más grave, de si el hombre puede tratar al semejante olvidando su condición personal, tratando a la persona como "un que y no un quien". En realidad D. Pedro reconoció que muchas

veces todos pasamos por este trance que tiene grados, por tanto, de gravedad.

Se plantea la cuestión de si la medicina puede ser deshumanizada, partiendo de la base que la profesión del médico es la atención personal al enfermo. A esta pregunta respondió nuestro académico afirmativamente y esto porque no se ha cumplido con la definición dada en Francia

durante el siglo XIX, según la cual, la medicina es "el arte de curar cuando se puede, aliviar con frecuencia y consolar siempre". Como veremos esta sabia y delicada máxima ha sido incumplida leve o gravemente a lo largo de nuestra historia más reciente.

Como ejemplo puso el título de un libro alemán publicado poco después de la última Guerra Mundial: "medicina sin

humanidad" descriptivo de la medicina inhumana que se practicó en los campos de concentración.

Sin llegar a estos extremos, de modo no intencionado, puede llegarse a la práctica de una medicina no plenamente adecuada a lo que debe ser el tratamiento médico, en cuanto atención personal al enfermo.

Puso D. Pedro Laín dos ejemplos de atención, detección y sanación de un enfermo sin trato "personal". Se trataba en los dos casos de diagnósticos rápidos y seguros con recursos terapéuticos de la misma índole (se refirió a la apendicitis y el paludismo). Se preguntó si esto era lo ideal.

Después realizó un repaso por distintas tendencias, mantenidas por eminentes doctores, como el nihilismo médico, que en aras del cientifismo proponían la abstención en el tratamiento si se desconocía "a ciencia cierta" el tratamiento eficaz 100 por cien para la enfermedad detectada; o como el de un profesor de la facultad de medicina de Viena, que solía decir a los discípulos que el tiempo que se empleaba en hacer un interrogatorio a un paciente era

tiempo que se perdía para hacer un buen diagnóstico, reduciendo al enfermo a ente mudo.

Después se han multiplicado los diagnósticos en serie basados en un procedimiento estandarizado de exploración... que técnicamente puede ser muy desarrollado, pero, se preguntó D. Pedro Laín, ¿es personal?. Reseñó un estudio

publicado por el Hospital de Leeds, de acuerdo con el cual, si los enfermos recibidos en urgencias eran diagnosticados por el médico interno, el nivel de acierto era superior al 70 por ciento de los casos, si lo hacía el jefe de servicio, superior al 80 por ciento, si lo hacía el ordenador, superior al 90 por ciento.

Si todas las enfermedades fueran de fácil y eficaz diagnóstico podría ensayarse este tipo de medicina "deshumanizada". Resulta sin embargo que hay datos científicos que demuestran que hay cuestiones importantes que se escapan a este tipo de medicina, por ejemplo el efecto placebo, y hay, además, extensas parcelas de la ciencia médica que escapan totalmente a la eficacia del tratamiento deshumanizado. Se refirió concretamente a las enfermedades crónicas y a las neuróticas.

La enfermedad crónica es una enfermedad que el médico no puede curar. La función del médico es por tanto, no curar, sino dentro de las condiciones de vida que la enfermedad impone, proponer al enfermo la que le permita vivir mejor o menos mal. Esto implica conocer al enfermo, su profesión, entorno familiar, social... El médico tiene

que conocerle y tratarle como persona, hablar con él, impide el trato como objeto.

Las neurosis abarcan un campo más amplio que las estrictamente psicóticas. Estas enfermedades no pueden diagnosticarse sin un trato personal. El médico en estos casos tiene que "enseñar a vivir" al paciente.

La medicina puede deshumanizarse por prejuicios, como son las concepciones científico-naturales de la enfermedad, para cuyos seguidores el paciente es un organismo cuyas diferencias estructurales determinarían las diferencias entre un hombre y un caballo, etc.

Para salir de la deshumanización de la medicina, sería necesario, como primer paso, una distinta formación del médico. Ya Marañón echaba de menos al enfermo en los manuales de medicina; había enfermedades, síntomas, tratamientos, pero no se hablaba del enfermo. Por eso al final de sus días se convirtió en un cruzado de la terapéutica clínica, que requería que al médico se le enseñara a tratar al enfermo en todas sus dimensiones, físicas, económicas, sociológicas, éticas, etc. Esta disciplina falta en la formación del médico. También es importante

otra disciplina que sí forma parte de los programas de formación: la psicología médica. Ocurre sin embargo que esta disciplina se enfoca mal, como propedéutica para la psiquiatría. Hay que estudiar la psicología del enfermo en su condición de tal. Habría que formar al médico en sociología médica. Ya dijo Marañón que la misma úlcera de estómago en un segador y en un profesor de filosofía no son iguales ni se pueden tratar del mismo modo.

Hoy no se puede renunciar a los avances sociales que han proporcionado la atención médica generalizada. Sin embargo la irrenunciabilidad de esta conquista no permite que la cosa quede donde está. Cualquiera que conozca de cerca la atención que puede suministrarse por los servicios de la Seguridad Social es consciente de sus carencias. Para que la atención mejorara sería necesario "algo tremendo: más dinero, para que hubiera más médicos, más centros de salud, más dotaciones...", el problema no afecta sólo a los profesionales de la medicina sino a estadistas, a los economistas y políticos. El gasto necesario rebasa la capacidad de recaudación, ese es el problema.

Serían requisitos para una mejor medicina la formación del médico, una más adecuada gestión de la Seguridad Social, ampliar el campo de la medicina cuando hay paro médico...

Con todo, ¿qué se puede hacer?, ¿qué puede hacer el médico para hacer una medicina mínimamente humanizada?: primero, atender a "los primeros cinco minutos": cambiar la relación médico-enfermo para situar al enfermo en lo que es: persona necesitada de ayuda. Tiene que hacer lo contrario de lo que han

dicho dos pensadores (Jünger: "Toda mirada es un acto de agresión", Sartre: "Dos personas que se miran son dos personas que tratan de reducir al otro a objeto"). Hace falta enseñar al médico a mirar dando al enfermo, con la mirada, una atmósfera envolvente y protectora; ahí empieza la humanización. Se puede seguir por la

diagnos, que tiene que también ser humanizada, haciendo que una palpación, por ejemplo, la sienta el enfermo como una caricia..., para que el enfermo pueda pensar: "me acarician, luego valgo". El médico, con su actitud, aun en las peores condiciones materiales puede humanizar la medicina, y debe hacerlo. Haciendo una medicina

biográfica, en el sentido de que la enfermedad es un acontecimiento que ocurre a la persona cuya vida es personal, biográfica, argumental y narrativa. Esto es deseable y posible hasta cierto punto: hay que hacer que el enfermo considere a su médico, lo conozca por su nombre, reciba de él un trato personal y en cuanto tal humanizado.

A.A.