

# LA CONSULTA MÉDICA: PASADO Y PRESENTE

## MEDICAL CONSULTATION: PAST AND PRESENT

Juan Riera Palmero

*Académico de Número.*

Correo: [juanriepal@telefonica.net](mailto:juanriepal@telefonica.net)

An Real Acad Med Cir Vall 2018; 55: 15-30

---

Ὁ βίος βραχύς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὀξύς, ἡ δὲ πείρα σφαλερὴ, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή

*Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile*  
“La vida es breve, el arte largo, la ocasión fugaz, la experiencia confusa, el juicio difícil.”

Hipócrates de Cos (460-375 a. C.) *Aforismos*, I, 1 [Edición de E. Littré 1839-1861. *Opera Omnia*. 10 vols]

*Vir bonus, medendi peritus, plenus misericordia et humanitas.*  
“Un buen varón, experto en el arte y la ciencia de la medicina y lleno de misericordia y humanidad”.

Scribonius Largus (siglo I d. C.) *De compositione medicamentorum liber* [1529]

La consulta es el encuentro entre médico y enfermo, entre alguien que demanda ayuda y el profesional formado técnicamente, capaz de prestarle auxilio unas veces, en otras conseguir la curación de su dolencia. Este acto de encuentro mutuo es la forma más antigua de resolver los problemas de salud-enfermedad individual y colectivamente considerados. En la consulta médica, su estructura y forma, ha permanecido invariable la necesidad del paciente y la vocación de ayuda del médico. En este escenario, de la relación médico-enfermo, han influido a lo largo de la historia las mentalidades, supuestos materiales, el nivel científico de la medicina y los sistemas de valores de una sociedad determinada.

La figura del médico ejerciendo como servidor de la comunidad, sin relación con las concepciones religiosas, se dio por vez primera en la Grecia clásica. Los médicos hipocráticos entre los siglos V al III antes de Cristo ofrecen una nítida imagen social, que conocemos a través de numerosas fuentes literarias unas, materiales otras, y especialmente a lo largo de la *Colección Hipocrática*. La consideración de la enfermedad como un hecho natural, fue un cambio decisivo, el paso del mito a la razón, como refiere la obra de W. Nestle (*Vom Mythos zum Logos* 1940), es decir de la curación milagrosa, a la medicina basada en el conoci-

miento racional de la enfermedad. De este modo, libremente, el médico hipocrático realizaba la consulta médica cuya forma tradicional que ha perdurado, a pesar de los cambios científicos, ideológicos y sociales, hasta finales del siglo XVIII

Este dilatado periodo, desde Hipócrates hasta la Ilustración, está caracterizado por un nivel diferente de desarrollo científico, y por distintas actitudes psicológicas y sociales que influyeron en el acto de la consulta entre médico y paciente. El análisis del acto médico se establece respecto de las cambiantes relaciones entre el enfermo y su médico. Las formas de la consulta médica han sufrido, sin embargo, cambios científicos, sociales y culturales en el pasado.

La consulta médica tradicional tiene su origen en la Medicina griega y helenística hipocrático-galénica. Sin embargo sería incorrecto desde las doctrinas médicas, hablar de medicina tradicional para referirnos a los siglos modernos, desde el Renacimiento hasta la Ilustración, puesto que en estos siglos se instauró la anatomía y fisiología modernas que superaban la tradición hipocrático-galénica. A pesar de la nueva anatomía vesaliana, el descubrimiento de la circulación de Harvey y la cirugía moderna, el acto médico de la consulta, se vino realizando sin cambios sustanciales si lo comparamos con el ejercicio médico hipocrático. La práctica médica, acto o consulta, se venía realizando inalterada desde los periodos anteriores. El médico no dispuso hasta 1800 de otros recursos en la consulta que los cinco sentidos tradicionales, tal como venía sucediendo con Hipócrates en el siglo V antes de Cristo. En este sentido, y en plena modernidad, el progreso había sido mínimo y en su quehacer cotidiano la consulta a finales del siglo XVIII mostraba numerosas semejanzas con la antigua práctica profesional. En la primera mitad del siglo de las Luces, se introdujo la termometría clínica (Boerhaave) y antes de finalizar la centuria Coghno pudo demostrar mediante ácido nítrico, la presencia de albúmina en la orina. Estas novedades no influyeron en la práctica, como tampoco el descubrimiento de la percusión torácica por Leopold Auenbrugger en 1761.

Conviene anticipar que durante la primera Edad Media, con la predicación cristiana, se opera uno de los hechos más revolucionarios en la concepción del hombre. El Cristianismo, sin duda, suscitó un cambio radical de la consideración social del enfermo y del ejercicio médico, hasta el extremo que invirtió los supuestos de la Medicina y ética hipocrática. El naturalismo griego y helenístico se vio superado por una consideración del ser humano, no sólo en el cuerpo enfermo, sino en una dimensión espiritual que trasciende la realidad mundana. El médico en la primera Edad Media, eran monjes y eclesiásticos, quienes curaban no sólo del cuerpo en las enfermerías y hospitales monásticos, sino ante todo del alma y la salvación eterna del enfermo. La consulta médica en los Monasterios estaba cerca de la confesión cristiana, y el enfermo era considerado como un ser superior. La enfermedad era motivo de alcanzar la gracia divina aceptando el

sufrimiento, razón por la cual era vía de merecimiento ante Dios, que enriquecía con su gracia el alma del doliente. La espiritualidad cristiana superaba el naturalismo hipocrático-galénico, aunque la consulta médica olvidase los preceptos de la medicina antigua.

La situación de la Medicina, y por ende la consulta médica, siguió en la Alta Edad Media la pauta marcada por la tradición helenística en el Mundo Bizantino y el Islam. Sin embargo cambió en la Europa Occidental, a partir de Casiodoro, contemporáneo de San Benito de Nursia, hasta el punto que el acercamiento entre medicina y religión, llegó a depositar el ejercicio médico en manos de los monjes y eclesiásticos. A la sombra de las Catedrales y de los Monasterios, la erección de Hospederías y Hospitales, los religiosos cuidaron del cuerpo y del alma de los enfermos, minusválidos, menesterosos y cuantos acudían solicitando ayuda. Era una cobertura asistencial universal y gratuita, hecho que no se volverá a repetir en toda la historia de la Humanidad. La consulta y el acto médico se entienden como la práctica de caridad cristiana en la que se cuida del enfermo como si éste fuera el mismo Cristo. En los monasterios medievales benedictinos se recomienda, además de las obligaciones específicas de la Regla de San Benito, el estudio de la Medicina y de la Ciencia por parte de los Monjes, de forma que sus bibliotecas custodiaban además de los textos sagrados y de los Padres de la Iglesia, códices médicos y científicos. Gozaron los monasterios de privilegiadas Boticas, algunas extraordinarias como la famosa Botica de San Benito de Valladolid, desperdigada con la desafortunada amortización de Mendizábal de 1835, algunas de cuyas piezas se conservan en la actualidad en el Museo de la Ciudad de Valladolid. Los Benedictinos primero, y posteriormente otras órdenes prestaban asistencia médica a los enfermos, algunas figuras alcanzaron prestigio universal como la Abadesa de Bingen, Santa Hildegarda. Aunque la Iglesia prohibió en sucesivos Concilios el ejercicio médico a los monjes en Letrán (1139), o Clermont (1151), y otros, la práctica no desapareció hasta el siglo XVIII, como en el Monasterio de Guadalupe, el más rico del Reino, cuyos clérigos seguían cuidando de los enfermos, en sus diferentes Hospitales todavía en la España borbónica.

A partir de la creación de las Universidades medievales, el médico graduado bachiller, licenciado o doctor, ocupó el centro de la consulta médica. A medida que avanzaba el prerenacimiento y en plena modernidad la profesión tradicional agrupaba diferentes estamentos. El médico "tradicional" en numerosos países de nuestro entorno estaba agrupado en dos tipos de profesión: la élite de los profesionales al servicio de las ciudades, grandes señores, realeza y dignidades religiosas, y por otra parte la inmensa mayoría de prácticos diseminados en villas y lugares. En España, y en numerosos países europeos, los médicos salidos de las Universidades gozaban de mejor situación y consideración social que los cirujanos y los llamados prácticos en el arte de curar. Al mismo tiempo las Bo-

ticas eran tiendas regentadas por artesanos sin estudios universitarios, lo mismo ocurría con los albéitares, precursores de los futuros veterinarios. En el mundo germánico existía una separación radical entre los médicos universitarios, y los “barberos-cirujanos”, los *Wundärzte*, semejantes diferencias sociales eran perceptibles en el Reino Unido entre los miembros del Royal College of Physicians y los cirujanos prácticos. En Norteamérica el ejercicio de las profesiones sanitarias estuvo en manos de prácticos de escasa formación doctrinal. En los Virreinos españoles de Indias, sobre todo en Nueva España, la existencia de Universidades facilitó la presencia de médicos graduados, aunque el número de profesionales era realmente exiguo ante las enormes dimensiones geográficas. Al margen de los médicos graduados existieron hasta el siglo XVIII profesiones anexas y conexas con la Medicina como los sacadores de muelas o dentistas, los batidores de catarata antecesores de los oculistas, maestros de curar llagas, o restaurar los huesos quebrados, incluso maestros tallistas que operaban de la piedra vesical, o los hernistas prácticos en la operación de la herniotomía crural. Estas denominaciones y habilidades mecánicas están recogidas en la legislación castellana, como la *Nueva* y la *Novísima recopilación*. Mención aparte merecen las parteras, comadres o madrinas, que monopolizaron la asistencia al parto en Europa hasta que los cirujanos del siglo XVIII se ocuparon de las parturientas, en esta práctica obstétrica destacó la figura André Levret. Es así como, los cirujanos, iniciaron la medicalización de la asistencia obstétrica. Ante este pluralismo, cuyos profesionales carecían de una mínima formación reglada, la diversidad de relación médico-enfermo difícilmente puede reducirse a un mismo modelo. Las profesiones sanitarias en Europa, antes del siglo XVIII, contaron con un abigarrado elenco de hábiles prácticos en materias concretas, cuyo aprendizaje se realizaba como un oficio artesanal.

La consulta de los médicos universitarios a lo largo de la modernidad constaba de notables diferencias con el acto médico actual. En primer término la consulta tradicional se realizaba con un detenido diálogo entre el médico y el paciente, con una amplia anamnesis. Desde 1500, primero esporádicamente, posteriormente con mayor frecuencia, las historias clínicas incluían referencias a las lesiones de autopsia cuando los cuerpos eran anatomizados. En la consulta tradicional se omitía cualquier referencia a la investigación clínica, en el sentido de exploración del paciente, y observación somática. Sin embargo, el Reino Unido, bajo el influjo de Thomas Sydenham, conoció los primeros ensayos clínicos, basados en el empirismo, sobresalen las historias clínicas y las experiencias de dos grandes clínicos, el escocés James Lynd que descubrió las causas del escorbuto (*A Treatise of Scurvy*, 1753), y la magna contribución del inglés Edward Jenner a quien debemos la vacuna contra la viruela (*An Inquire into the Causes and Effects of the Variole Vaccine or Cow-Pox* 1798), especialmente Jenner en este breve opús-

culo reunió veintiocho historias clínicas y una conclusión definitiva en la historia de la Medicina : la vacunación con el *cow-pox* prevenía el contagio varioloso. En España la más acabada muestra del naciente empirismo clínico se debe al médico catalán Gaspar Casal, autor de la *Historia Natural y Médica del Principado de Asturias* (1762), publicada a título póstumo, que lo llevó a describir la pelagra o mal de la rosa. En estos tres autores los progresos y descubrimientos se debieron exclusivamente a la observación clínica de los enfermos y el curso del proceso morboso.

En siglo XVIII el diagnóstico era eminentemente clínico, teniendo en consideración el síntoma principal, sin que en ningún momento el médico se plantease establecer el diagnóstico diferencial del proceso morboso. La novedad atañe a la práctica de necropsias, iniciadas las primeras autopsias postmortem hacia 1500, a finales del *Setecientos* la experiencia adquirida constituyó un hecho de relevancia científica, a partir de la obra de Morgagni (1761), pero su importancia para el diagnóstico clínico sólo tuvo consecuencias en pleno siglo XIX. Todos estos logros no modificaron el enorme lastre de una terapéutica sorprendente, de la que pocos específicos eran realmente eficaces, excepto la corteza de quina y el láudano o tintura de opio. La revisión de las Farmacopeas del siglo de las Luces arroja ciertamente un balance de jarabes, mixturas, espíritus, infusiones, y extractos de eficacia más que dudosa, amén del abuso de la sangría, el clister y otros remedios evacuentes.

Los profesionales médicos del siglo XVIII y primeros lustros del XIX, dedicaban la mayor parte de su tiempo durante la consulta, al diálogo del paciente y sus dolencias anteriores y su estado presente, gracias a una detenida conversación. A través de este amplio interrogatorio el médico aspiraba a conocer la “constitución” del paciente, como los humores, las fibras según la patología tradicional, siendo el pulso, la observación de la orina y excreta, junto al examen directo de la lengua, los recursos básicos de la exploración tradicional. Especial relevancia tuvo el pulso, sobre el cual se llegaron a publicar amplias monografías, una de las más leídas en Europa fue la del malagueño Solano de Luque. Ésta era la esencia del arte diagnóstico tradicional, puro diagnóstico sintomático, sin referencia a las lesiones ocultas ni por supuesto a las alteraciones fisiopatológicas. Esta situación obraba en detrimento del prestigio del médico, puesto que no faltaron la crítica mordaz o la caricatura burlesca del médico, la sangría y el clister, de la que los dibujantes y pintores han dejado testimonios de extraordinario realismo. En el caso español la profesión estaba en manos de cirujanos-barberos numéricamente cuadruplicaban a los escasos médicos salidos de las Universidades, pero el panorama en el resto de Europa era similar. Estos profesionales gozaban de escasos ingresos, salvo una minoría privilegiada al servicio de la Corona y de los grandes

señores, razón por la cual la mayoría de los médicos y cirujanos aspiraban al ejercicio en el Ejército y la Marina, con retribuciones superiores.

Las penurias de los profesionales suscitaban tensiones con los enfermos, que en casos concretos no aceptaron las recomendaciones terapéuticas de sus médicos. No fue infrecuente el rechazo de los enfermos ante la prescripción de sangrías, ventosas, sangujuelas, vomitivos o purgas, que representaba el arsenal terapéutico más frecuente de nuestros médicos del siglo XVIII. La displicencia de los enfermos nacía de la desconfianza de la profesión médica. A pesar de encontrarnos en plena Ilustración europea la eficacia curadora del médico no era mayor que las otras formas de recursos alternativos. Siglos de diagnóstico y terapéutica basada en los “humores” y las “fibras”, con sus escasos resultados curativos, en ocasiones lesivos para el enfermo, radicaba la crítica molieresca o el sarcasmo quevedesco.

La medicina tradicional, desde Hipócrates sufrió un giro radical a partir de 1800, momento en el que se inicia el periodo moderno, basado en el auge de la ciencia y la introducción de los métodos experimentales. Karl Rothschild ha estudiado la evolución de la tecnología médica a lo largo del siglo XIX, entre 1800 y 1914, la conclusión es sorprendente. Hacia 1800 el médico no disponía de ningún instrumento de exploración y análisis clínico, salvo el termómetro, pero en 1900 su número había sufrido un crecimiento exponencial. Esta tecnificación de la medicina, y por ende de la consulta con el enfermo, ha cambiado la faz del ejercicio profesional. Este enriquecimiento instrumental llega hasta nuestros días, y condiciona todos los aspectos del arte médico, por supuesto de la consulta médico-enfermo y de su relación interpersonal.

Lo que distingue el periodo moderno de la medicina tradicional, fue el establecimiento de la Fisiopatología y la introducción de la medicina de laboratorio, según la expresión de Claude Bernard, como método de investigación experimental en contraste con la medicina del milenio anterior. En primer lugar el médico empezó a conjugar la investigación clínica con la ciencia experimental, al paso que introdujo de forma sistemática el examen postmortem para verificar la exactitud del diagnóstico clínico. Ambos métodos el fisiopatológico y el anatomoclínico fueron protagonistas en la revolución que sufrió el arte médico en el siglo XIX, convertido ahora en ciencia comprobada con el banco de experimentación.

En primer lugar la exploración clínica empezó a enriquecerse en el siglo XIX, conjugaba así el arte médico con la ciencia experimental, con la introducción de la medicina anatomoclínica (percusión y auscultación). Con estos nuevos recursos el médico podía examinar al paciente más allá de la inspección de la lengua, la observación de la orina y el pulso. Aunque la percusión la había inventado Leopoldo Auenbrugger en 1761, no empezó a utilizarse hasta Jean Nicolás Corvisart en 1805. Gracias a la escuela parisina, y a Laënnec quien sentó las bases de la

concepción lesional de la enfermedad con el estetoscopio a partir de 1816. Desde entonces el médico había iniciado un creciente contacto físico con el cuerpo del paciente en el acto de la consulta clínica.

El desarrollo de la anatomía patológica mediante la acción combinada de la observación clínica de los pacientes en el curso de la enfermedad, permitía por vez primera establecer el verdadero diagnóstico, superando la lesión al síntoma clínico. El diagnóstico lesional sustituyó al tradicional basado en la sintomatología dominante en el cuadro clínico. El desarrollo de la histopatología, gracias al microscopio a partir de 1850, fue uno de los motores de la medicina del siglo XIX.

A pesar del enorme caudal de conocimientos, y una mejor exploración clínica, con diagnósticos certeros, los progresos de la terapéutica eran escasos. Con cierta ironía se decía que los enfermos eran certeramente diagnosticados en el Hospital General de Viena por el clínico Joseph Skoda, y exhaustivamente autopsiados por el patólogo Karl Rokitansky, todo lo cual condujo al llamado “nihilismo terapéutico”, lo mejor era no hacer nada. Los excelentes clínicos y mejores patólogos, pese a un caudal exhaustivo de conocimientos, no obtenían resultados terapéuticos.

Las posibilidades y el conocimiento diagnóstico se incrementaron, aún más si cabe, con el nacimiento de la Bacteriología en el último tercio del Ochocientos, con los descubrimientos de Robert Koch y Louis Pasteur con sus respectivas escuelas. El hallazgo del agente causal de la tuberculosis (Koch, 1882) o la vacuna antirrábica (Pasteur, 1885), con la antitoxina diftérica (Bhering 1890), reafirmaron el carácter científico del médico y la medicina aportando recursos eficaces en la lucha contra la enfermedad. El resultado conjunto de estas tres grandes doctrinas (la anatomía patológica, la medicina de laboratorio y la bacteriología) encauzaron el diagnóstico médico en la senda de la ciencia experimental. El resultado fue que a finales del siglo XIX el médico era capaz de establecer diagnósticos seguros y pronosticar con razonables argumentos el curso de la enfermedad.

Los logros terapéuticos eran todavía modestos en 1900, en líneas generales se disponía de un puñado de vacunas, el salvarsán para la sífilis (Ehrlich 1909), y un escaso elenco de sedantes, analgésicos, la quinina y los digitálicos. Existía un cúmulo de procesos virásicos y bacterianos para los cuales el médico estaba inerme. Un elevado listado de procesos como las enfermedades degenerativas, artritis, afecciones coronarias, hipertensión, estados diabéticos, y procesos tumorales, entre otros muchos sólo contaban con recursos paliativos. Esta situación explica la sentencia, atribuida a Troudeau (1916) que la medicina cura algunas veces, alivia a menudo, y consuela siempre. (*Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours*) tal era el notable desfase entre el progreso clínico y diagnóstico, ante la menguada terapéutica. Con estos precedentes la consulta médica

en los años finales del siglo XIX presentaba rasgos propios. En primer lugar una excelente anamnesis, que mostraba una historia clínica exhaustiva, desde el punto de vista anatomoclínico. La consulta incorporaba el examen físico del paciente, y las contribuciones del laboratorio. Con esta finura clínica fueron descritos centenares de nuevos signos objetivos, y establecieron un amplio elenco de nuevas enfermedades hasta ahora etiquetadas por los síntomas. El médico se convirtió en un erudito de la clínica, con un exhaustivo conocimiento de los cuadros clínicos con los síntomas y signos patognomónicos, que desde entonces llevan el epónimo de su descubridor (Romberg, Babinski, Kusmaul etc.). La brillante clínica y los medios auxiliares permitieron elevar el diagnóstico a la certeza absoluta, eran genuinos diagnósticos diferenciales, organizado en torno al diagnóstico principal. En cambio, y pese a este cúmulo de saberes, la terapéutica seguía siendo no sólo mediocre sino terrible, ante la ausencia, salvo contados casos, de recursos eficaces.

El auge de la base científica y experimental de la Medicina proporcionó a los profesionales del arte de curar enorme prestigio ante los ojos del enfermo. Al médico se le admiraba por su saber, más que por sus curaciones, relase *La montaña mágica (Der Zauberberg)* novela de Thomas Mann que se publicó en 1924, para comprender nuestro anterior aserto, donde los excelentes cuidados del enfermo y el certero diagnóstico no encontraban soluciones terapéuticas. El prestigio social del médico se acompañó de excelentes exámenes físicos, mediante la imposición de manos sobre el cuerpo enfermo, como las maniobras de palpación, gesto significativo y ritual, que sugería como el paciente estaba en manos de su médico.

Estas razones explican que el médico desde finales del siglo XIX adquiriera la consideración social de sabio y se integre en los estratos privilegiados de la sociedad burguesa. Algunos médicos pasaron a ser símbolos nacionales como Robert Koch en Alemania, y a la muerte de Claude Bernard, según la conocida frase de su discípulo Paul Bert. □ Por vez primera a un hombre de ciencia se le rinden honores de Estado”. Más tardíamente en 1960 nuestro Gregorio Marañón a su muerte recibió, en olor de multitud, el fervor del pueblo de Madrid. Aparece la figura del médico e investigador como sabio, como Santiago Ramón y Cajal, junto al microscopio en una actitud beatífica, es significativa de la autoridad y prestigio de la ciencia médica, todavía hoy a Cajal en las ciudades españolas, se rotulan con su epónimo, plazas y calles públicas.

El prestigio alcanzó al médico de familia, le facultaba una estrecha relación personal con el grupo humano, llegando a formar parte del círculo más íntimo de la familia. La consulta médica comprendía, además de los aspectos clínicos, consejo y asesoramiento en problemas personales de los pacientes o de la familia. El médico gozaba no sólo de prestigio científico sino de autoridad moral. Este prestigio y autoridad era fruto más de su capacidad para diagnosticar y



pronosticar las dolencias que sus posibilidades terapéuticas. Debido a la escasez de fármacos realmente eficaces, los médicos dedicaban mayor atención a investigar las causas de la enfermedad y su patogenia que a conseguir la curación del enfermo. Esta paradoja puede rastrearse en los grandes clínicos españoles del periodo de entreguerras, como el caso del renombrado profesor en Valladolid, Misael Bañuelos García, cuya pericia clínica se veía impotente ante los limitados horizontes de la farmacopea a la sazón vigente. Unos años antes el gran clínico parisino Georges Dieulafoy (1839-1911) llamado *le Beau Dieulafoy*, cuyas elocuentes lecciones clínicas lograron fama en todo el Mundo, apeló a la fe que cura como arma terapéutica (*la foi qui guerit*). Aquella etapa fue la “*Edad heroica de la Medicina*”, en la que existía un abismo entre los conocimientos clínicos, anatomopatológicos y bacteriológicos, que contrastaban poderosamente con una mermada farmacopea. El psicoanalista vienés Fritz Wittels (1880-1950), llegó a decir, recordando sus años de formación que “parecía que se hubiesen olvidado de curar a los enfermos”.

A comienzos del siglo XX, el médico francés Henri Huchard, dio a conocer el libro *La Terapéutica en veinte medicamentos* (1900), cuya primera edición española es de 1910. En este libro, según Laín, se resumen los fármacos eficaces, eran estos: los opiáceos, el mercurio, la quinina, la nuez vómica, la digital, el arsénico, el fósforo, la ergotina, la belladona, el coral, el bismuto, los bromuros, los hipnóticos, los purgantes, los antisépticos, los anestésicos, los antipiréticos, los nitritos, los sueros y vacunas y los extractos animales. Esta limitación condicionaba la consulta médica y la acción terapéutica del médico. Algunos fármacos, como los diuréticos mercuriales no siempre eran beneficiosos para el enfermo, dada su toxicidad. Gracias al positivismo experimental fue posible el tránsito de una farmacopea tradicional al actual arsenal terapéutico. El auge de la terapéutica desde finales del siglo XIX, y especialmente a partir de 1945 fue realmente maravilloso.

Como hemos anticipado, semejantes debieron ser las circunstancias que revistió el ejercicio clínico en la vida asistencial del Hospital Provincial de Valladolid, inaugurado en 1889, vinculado a la Facultad de Medicina hasta 1978. A lo largo de la primera mitad del siglo XX, algunos grandes clínicos como el antes citado Misael Bañuelos García, o León Corral y Maestro, entre otros, se veían con escasos éxitos terapéuticos a pesar de sus excelentes diagnósticos clínicos. Dos procesos morbosos, como el tifus abdominal o la tuberculosis pulmonar no encontraban, entre otros, terapéutica eficaz Recordemos las toracoplastias en la tuberculosis pulmonar, o las gastrectomías en los ulcerosos cuyas consecuencias no fueron siempre las deseadas. Éstos clínicos poco podían hacer salvo la fuerza curatriz de la naturaleza del enfermo, algo similar al paradigma hipocrático del siglo V antes de Cristo. En el caso de las enfermedades mentales se considera a

Emil Kraepelin (1856-1926) fundador de la Psiquiatría clínica moderna, a pesar de sus aportaciones a las grandes psicosis a comienzos del siglo XX, los primeros fármacos realmente efectivos surgieron medio siglo después. Recordemos como en 1924 se empleaba la terapia convulsiva, otros psiquiatras más agresivos llegaron a practicar las temibles lobotomías frontales ideadas por Egas Moniz y Almeidas Lima en 1935, todavía en 1949 se creía en el litio, la malarioterapia (1917) o la provocación de abscesos, con la creencia que la enfermedad febril curaría la demencia, como nos pinta Cervantes al final de la segunda parte del Quijote, en el último capítulo de *El ingenioso Caballero Don Quijote de la Mancha*, cuando las fiebres curan su locura, muriendo en plena lucidez rodeado de los suyos. La terapia electroconvulsiva (TEC), todavía se seguía utilizando, como en el Hospital Clínico de Valladolid, a pesar del debate y la oposición de numerosos internistas y psiquiatras. La TEC, incluso bajo anestesia, puede conllevar efectos no deseados, para tratar cuadros de depresión que no han respondido a otros tratamientos, también para la manía, catatonia, esquizofrenia entre otros trastornos mentales. Esta terapia empezó en los años treinta del siglo pasado; aunque en la actualidad alrededor de cientos de miles de personas en el mundo reciben TEC cada año. Hubo que esperar hasta 1952 con la introducción en la clínica del primer antipsicótico eficaz, la clorpromazina, en 1958 el haloperidol al que siguieron los antipsicóticos de segunda y tercera generación como la clozapina y la olanzapina entre otros, hasta el abanico actual de drogas de auténtica eficacia en la demencia precoz. Estas someras referencias nos alarman del desasosiego de eminentes psiquiatras que se veían impotentes ante los enfermos esquizofrénicos. El relato del psiquiatra Carlos Castilla del Pino, en su autobiografía *Pretérito imperfecto* y la *Casa del Olivo*, nos dibuja el panorama desolador del hospital psiquiátrico de Laganés, en cuyo sótano deambulaban los enfermos completamente demenciados. En el tránsito del siglo XIX al XX, los psicoanalistas, internistas y neurólogos, influidos por el naciente freudismo empezaron a subrayar la dimensión personal del enfermo. Con ello querían significar la importancia en el tratamiento de la relación interpersonal médico-enfermo, razón por la que Valentín Horst en 1897 subrayaba la necesidad de ganar la confianza del paciente que debía sentirse comprendido por el médico. En el primer tercio siglo XX fueron Ludolf von Krehl y Viktor von Weiszäecker, quienes iniciaron la medicina psicosomática y la consideración biográfica y personal del ser enfermo. Esta relación personal en la consulta médica se ha abierto paso como una necesidad imperiosa para el ejercicio de una medicina plenamente humana.

El mundo actual, si consideramos el espacio temporal subsiguiente a 1945 finalizada la Segunda Guerra Mundial, se ha producido una auténtica revolución en el tratamiento medicamentoso. Esta etapa de la medicina ha sido bautizada como *The Wonderful Fifty Years*, debido al auge exponencial de la terapéutica y

los recursos instrumentales de la Medicina. Por vez primera en el curso de la historia, el médico dispone de un verdadero arsenal de fármacos eficaces frente a un buen número de procesos morbosos. La segunda mitad del siglo XX trajo consigo la revolución farmacológica que llega hasta nuestros días. Este giro copernicano ha incidido de lleno en la consulta médica y la relación médico-enfermo. El advenimiento de la revolución farmacológica tuvo sus bases en el último tercio del siglo XIX, y primeros decenios del XX, de forma que a partir de 1935 se ensayó con éxito el prontosil (la benceno sulfonamida), que fue la primera “sulfa”, punto de arranque de la cascada de medicamentos frente a las infecciones bacterianas, la penicilina, primer antibiótico, comenzaría a comercializarse a partir de 1945.

El éxito de estas drogas maravillosas promovió la investigación de los mecanismos bioquímicos y farmacológicos, en oposición a la anatomía patológica que había prevalecido en la etapa anterior, la Bioquímica inauguraba una nueva línea de investigación, punto de partida del periodo posmoderno o actual basado en la investigación farmacológica, sus mecanismos, y aplicaciones terapéuticas. La imagen del Cajal histólogo en el primer tercio del siglo XX, era ahora ocupada por el bioquímico Severo Ochoa, hecho en modo alguno fortuito pues expresa el cambio de mentalidad desde lo morfológico a lo bioquímico. La enseñanza de la Medicina, los programas de investigación en los países avanzados, han relegado la Morfología a un segundo plano, anteponiendo el estudio de la Bioquímica y Farmacología, en aras de la curación del enfermo. La carga lectiva y el cúmulo de conocimientos convierten a nuestros estudiantes más en mini-científicos, que en terapeutas y clínicos. El modelo actual del médico en ciernes, es el alumno brillante con un envidiable caudal de conocimientos científicos, orientada su formación a conseguir los primeros números en los exámenes MIR. El aspirante debe resolver en un tiempo limitado el mayor número de cuestiones en su ingreso en los Hospitales de formación rotatoria. Esta orientación conduce a menospreciar, es decir a orillar, las aptitudes vocacionales del médico y sus condiciones personales, incluso las habilidades mentales y destrezas manuales tan importantes en algunas especialidades, la primera en Medicina Interna, y las segundas en el quehacer quirúrgico. Todas las anteriores apostillas explican el cambio operado en la consulta médica y en la relación básica médico-enfermo. La aspiración generalizada y los objetivos docente-asistenciales es elevar el nivel científico, entendiendo por “científico” un considerable caudal de información que permita en lapsos temporales muy breves resolver el abrumador cuestionario de respuesta múltiple. Esta orientación cuantitativa conduce a orillar cuando no a menospreciar la dimensión personal del enfermo y la relación médico-enfermo. Desde esta óptica es comprensible que, en la consulta, el médico ponga en un segundo plano la vida del paciente, su pasado, sus problemas y vivencias, dado que los resultados analíticos objetivos y el potentísimo arsenal terapéutico, nos conducen y

conducen al mismo enfermo a fiar más en el fármaco que en las palabras del terapeuta. La medicina personalista queda marginada de los sistemas sanitarios, y el acto médico, la consulta, su brevedad, no deja suficiente espacio al enfermo para liberarse de su angustia sin poder expresar a su modo la propia historia. El médico atiende más a la analítica que al diálogo con el enfermo. Con el advenimiento de una tecnología cada vez más sofisticada y precisa que nos informa con absoluta certeza del diagnóstico, algunos métodos tradicionales, comenzando por un diálogo sosegado, o la antigua exploración física parece ahora irrelevante, cuando nos puede brindar una información directa, inmediata, incruenta y de escaso coste sanitario. El relato del enfermo aparece minimizado en el breve espacio de tiempo que le concede el apretado consultorio.

La consulta médica, amén de la relación médico-enfermo ha sufrido avances pero también retrocesos. En primer lugar nuestros médicos reciben a los pacientes en los consultorios, tras una demora en las listas de espera, con un abreviado e impaciente interrogatorio y diálogo con el enfermo. Cuando realiza la exploración física, antepone las imágenes diagnósticas y los datos del laboratorio a las confesiones del enfermo. A pesar de la premura el diagnóstico es certero, con un excelente diagnóstico diferencial, y por último la terapéutica es asombrosa, casi milagrosa. Todas estas facetas han contribuido a un progreso increíble y fuera de cualquier duda, pero a pesar de los éxitos el médico y el enfermo se sienten insatisfechos y su mutua relación padece una deficiencia crónica. Asistimos a la rebelión del enfermo, habiendo perdido su merecida autoridad de antaño, cuando no es objeto de demandas y agresiones. Hoy precisamente en los primeros lustros del siglo XXI, cuando disponemos de un excelente sistema sanitario, amplia gama de recursos antibacterianos, poderosos antiinflamatorios, en la era de los trasplantes y un largo etcétera de conquistas impensable hace un siglo, son cada vez más frecuentes las quejas y agresiones de los pacientes a los médicos que les atienden. Los datos estadísticos son alarmantes, son numerosas las demandas que interponen los pacientes a sus cirujanos por mala praxis o negligencia profesional, como las quejas que formulan ante la administración sanitaria. El rasgo común a médicos y pacientes, por razones diferentes, es su insatisfacción, pese al envidiable progreso técnico e instrumental de la medicina actual. José Lázaro y Diego Gracia (*La relación médico-enfermo a través de la historia* 2005) resumen este cambio operado desde 1973 con estas palabras:” En las últimas décadas del siglo veinte la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores. El paso del modelo paternalista al autonomista supuso una transformación con escasos precedentes históricos. La evolución de este fenómeno a lo largo del tiempo afectó a los tres elementos involucrados: 1. El enfermo, que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre y por su bien, llegó a

finales del siglo veinte transformado en un agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen, pero ya no se le imponen. 2. El médico, que de ser padre sacerdotal (como correspondía al rol tradicional de su profesión) se fue transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume. 3. La relación clínica, que de ser bipolar, vertical e infantilizante, se fue colectivizando (con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios), se fue horizontalizando y se fue adaptando al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas”.

Más cercana a la sensibilidad del enfermo Diana Zabalo (*La rebelión del paciente*. 2015), se pregunta ¿De que se rebelan los pacientes? A su juicio de los siguiente:” De la omnipotencia del médico, de no ser escuchados, y del pensamiento inflexible. Propone-sigo su texto- un cambio de paradigma; el paternalismo con obediencia a la beneficencia con autonomía, ya que la voluntad del paciente es ley suprema”. En un Manifiesto se afirma que los pacientes exigen ser protagonistas, respeto, autonomía, afecto, empatía, sentido del humor, esperanza, promoción y prevención de la salud.

Esta quiebra en la relación médico-paciente repercute negativamente en el prestigio y consideración social de la medicina en general. Según una encuesta Gallup un elevado número de encuestados (el 26 %) manifestaban que sentían menor respeto por el médico que diez años antes. Entre sus opiniones manifestaban que los médicos se dedican a la profesión por el dinero. Muchos encuestados afirmaban de los médicos falta de interés y atención. Esta alienación en la relación médico-enfermo se corrobora por la brusca irrupción, cada vez espectacular de formas de medicina alternativa. En la práctica cotidiana de los países más avanzados, Europa y Norteamérica, pululan naturistas, homeópatas, osteópatas, herbolarios, quiroprácticos, acupunturistas, y un diverso elenco de sistemas médicos alternativos, al margen de la medicina académica. En amplias áreas del planeta sobreviven formas de medicina creencial supervivientes de pautas mágico-religiosas, sin descartar el burdo curanderismo sectario. La medicina milagrera y las peregrinaciones a santuarios atestiguan la pervivencia de formas precientíficas de Medicina. Destaca la antigua homeopatía que se ha oficializado plenamente con reconocimiento legislativo llegando a alcanzar grandes proporciones comerciales. Carentes de base experimental suponen un reto para la medicina oficial, amén de marcar un retroceso a sistemas pseudocientíficos del siglo XIX que creíamos superados como el mesmerismo, la homeopatía y la frenología. En suma todas las terapias parecen tener el mismo interés para el paciente, que no llega a percibir la diferencia entre la medicina basada en la rigurosa experimentación, y las formas paramédicas de ejercicio. En algunos países como el Reino Unido la

medicina alternativa supera la cuarta parte de las consultas y los acupunturistas han irrumpido con enorme fuerza en todos los países más avanzados del mundo. En el caso concreto de España, en la actualidad existen miles de profesionales cuya actividad comprende algunas formas de medicina alternativa como naturópata, acupuntor, homeópata, y otras técnicas paramédicas. Estas terapias naturales no están reguladas en España, salvo la Homeopatía contemplada en el R.D. 1994/2208, reservada a los médicos, pero otras prácticas no disponen de cobertura legal que avalen plenamente la formación reglada de estos profesionales. La constatación de esta realidad sociológica evidencia el fracaso y la impotencia, de la medicina universitaria y el descontento de los enfermos. Estos consultorios se nutren de pacientes a los cuales la medicina académica no ha satisfecho, y buscan solución a sus problemas derivando su dolencia a la medicina alternativa. Este hecho evidencia la insatisfacción, cuando no la desconfianza, del enfermo en el médico formado en las facultades de medicina y poseedor de una capacitación indiscutible. Este fenómeno se debe, sin disputa, a la falta de confianza y al deterioro de la relación médico-enfermo.

Si encaramos el problema del lado médico, los profesionales como la otra cara de la moneda, se siente cada vez más insatisfecho con su escasa capacidad de decisión ante la organización burocrática de la administración sanitaria. El médico actual se siente herido, como apartado de la confianza del paciente, a la vez que sometido a unas directrices administrativas que en muchos casos no satisfacen su ideal profesional. En una encuesta en Norteamérica a finales de los años ochenta del siglo pasado, dos terceras partes de los médicos afirmaban que su autoridad y control sobre el tratamiento del paciente había disminuido. En esta misma encuesta uno de cada cuatro médicos afirmaba que si tuviese que empezar de nuevo hubiera escogido otra profesión. Doble desencanto, por un lado la rebelión del paciente, pero de otro lado el descontento de los médicos. Este descontento es tan evidente, reiterado y anunciado por muchos médicos, que constituye un signo del ejercicio actual. Ante esta nueva situación ha surgido la medicina defensiva que comporta mayores costos para la administración sanitaria, y la exigencia del consentimiento informado del paciente ante futuras contingencias no deseadas

La consulta médica refleja esta paradoja. En la era de las prótesis y trasplantes cuando la medicina como ciencia y la terapéutica han alcanzado cotas jamás soñadas, los médicos reciben reproches de sus pacientes, y en algunos casos agresiones personales, como España que en 2017 hubo 555 agresiones físicas. ¿Cómo explicar esta paradoja? Uno de los factores depende de los medios de información sobre la medicina que recibe el paciente que han tenido una influencia decisiva. En los años de entreguerras, era el médico de familia y en su caso el especialista, quien en la consulta facilitaba al enfermo la información. Sin embargo la información actual se conoce a través de los medios audiovisuales o periodísti-

cos, en muchos casos con información maniquea, que amputa la complejidad de la medicina. La informática, los programas de salud, periódicos y semanarios con ventajosas ediciones abordan numerosos problemas médicos. En este clima sensacionalista, de anuncios publicitarios, se crea una falsa imagen del poder curador de la medicina, junto a las desgraciadas noticias sobre errores médicos, todo ello contribuye a crear un clima de sospecha sobre los sistemas de salud.

La dimensión social, económica y política de la salud y la enfermedad, el derecho a la salud, y los elevados costes sanitarios con un trasfondo económico ha irrumpido en nuestros días, suscitándose la ardua polémica entre la dimensión pública-privada, y las repercusiones políticas. Este debate ha contribuido a debilitar la autoridad del médico, como también la instauración de una dicotomía entre gestores y médicos, por lo cual las decisiones sanitarias escapan de los profesionales del arte de curar. La planificación de la asistencia, los hospitales y la consulta médica, escapa del ámbito de decisión del médico. Las carencias asistenciales o las deficiencias parecen recaer en el médico cuando realmente las normas le vienen impuestas, pero el paciente desconoce el entresijo del problema. En nuestros días asistimos a un mayor distanciamiento en la consulta y la relación médico-enfermo.

La consulta médica ha sufrido la medicalización del paciente, éste se halla intoxicado por la información que recibe de los medios audiovisuales, y opta por la automedicación, siendo su propio terapeuta. En la Medicina de entreguerras, hace más de medio siglo, el paciente adoptaba una actitud de colaboración, y la tutela paternalista del médico. Esta consulta médica se ha trocado en una relación horizontal, en la que el paciente exige y se sitúa a sí mismo en el lugar del experto, en este caso del médico. En la acción curadora del médico es necesario recuperar la confianza del paciente, sólo posible a través de la palabra, del diálogo fluido en la consulta médica. Esta situación deficiente de la consulta médica se ve agravada con la implantación sistemática de doctrinas como el antiguo taylorismo y cronometraje de tiempos en la consulta médico-enfermo, puesto que en buena medida la eficacia de la medicina descansa en esa relación de confianza entre ambos agentes en el acto médico.

Este análisis demuestra la necesidad de retomar la dimensión ética y el fin primero y último de la medicina: la curación cuando no la ayuda al enfermo. Al mismo tiempo que la consulta médica quiebra sus bases de relación humana asistimos a un renacer de la Bioética, recordemos que desde el siglo V antes de Cristo los médicos hipocráticos formularon las primeras normas deontológica, y en forma aforística contienen una sabiduría milenaria del médico ante el enfermo doliente. El papel de la Bioética ha ido en aumento desde 1970, que debe constituir una herramienta decisiva en el proceso de humanización de la medicina, sin renunciar al progreso técnico. Los profesionales del Arte de Curar han abierto los

ojos a esta nueva dimensión: la Medicina como Ética. Dos actitudes o modelos se proponen: de una parte la *ética de la técnica*, que identifica al buen médico con los logros terapéuticos y los avances científicos, de otra parte la *ética humanista*, en la cual el enfermo es considerado ante todo como persona. Es evidente que ambas no son incompatibles sino complementarias, como rezaba aquel aforismo antiguo *vir bonus medendi peritus*, puede y debe poseer los conocimientos y técnicas *ad hoc* de la *Lex Artis*, pero al mismo tiempo sentir compasión humana por el ser doliente. Se trata de recuperar el diálogo interpersonal y la confianza de antaño entre los dos protagonistas de la consulta: el médico y el enfermo. Carlos D. Tajer (*Las palabras de la medicina clínica*, 2009) nos recuerda que “El médico es experto en la enfermedad, pero el paciente crónico es experto en su padecimiento, nosología *versus* experiencia en ella. El encuentro médico debe negociar esos conocimientos expertos en forma virtuosa”. El humanismo médico al entender la profesión (*professio* en sentido sacerdotal), según los antiguos, es ante todo vocacional y en tal sentido de obligación moral que nos exige un comportamiento virtuoso, como citamos al comienzo de esta editorial, el médico en la consulta con el enfermo debe ser: “un buen varón, experto en el arte y la ciencia de la medicina y lleno de misericordia y humanidad”.