

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA

**EL <<RETRATO DEL PERFECTO MÉDICO>>
ACTUALIZADO**

**Los valores de ese médico en el siglo XXI
y la formación en ellos del futuro profesional**

DISCURSO

para la recepción de la Académica Electa
ILMA. DRA. DÑA. BERTHA GUTIÉRREZ RODILLA

y contestación del
Excmo. Dr. D. José Antonio Pascual Rodríguez
Académico de número
de la Real Academia Española



SALAMANCA, 2023



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA

**EL «RETRATO DEL PERFECTO MÉDICO»
ACTUALIZADO**

**Los valores de ese médico en el siglo XXI
y la formación en ellos del futuro profesional**

DISCURSO

para la recepción de la Académica Electa
ILMA. DRA. DÑA. BERTHA GUTIÉRREZ RODILLA

y contestación del
Excmo. Dr. D. José Antonio Pascual Rodríguez
Académico de número
de la Real Academia Española



SALAMANCA, 2023

Printed in Spain. Impreso en España
Depósito legal: S. 415-2023

NUEVA GRAFICESA
Avda. de la Aldehuela, 80
37003 Salamanca

ÍNDICE

Preámbulo y Agradecimientos	9
El «retrato del perfecto médico» actualizado	13
El ideal del «perfecto médico»	13
El médico que tenemos en la actualidad	17
Los valores del médico. ¿Qué profesional queremos tener?	23
La adquisición de determinados valores en la formación del médico	33
Epílogo	41
Bibliografía	45
Discurso de contestación del Excmo. Dr. D. José Antonio Pascual Rodríguez	49

PREÁMBULO Y AGRADECIMIENTOS

Excmo. Sr. Presidente;
Excmos. Sres. Presidentes de Honor;
Excmas. e Ilmas. Autoridades;
Muy Ilmas. e Ilmos. Sras. y Sres. académicas
y académicos;
Familiares, amigos, compañeros;
Señoras y señores.

Empezaré refiriéndome a lo que supone para mí este nombramiento, entre otras cosas, por lo que implica de reconocimiento hacia mi trayectoria profesional, hacia lo que han sido mis líneas de trabajo docentes e investigadoras, en las que me muevo desde hace años relacionadas con la medicina y que yo sitúo dentro del humanismo. Que me concedan este honor es buena prueba de la sensibilidad hacia estos asuntos del Presidente de esta Academia y de los académicos y académicas que están hoy aquí recibéndome, algo que quiero agradecerles de corazón, sobre todo, como no puede ser de otra manera, a los tres Académicos que me honraron con su propuesta: los Doctores Lozano Sánchez, García Ortiz y Santamaría Lozano. No

se imaginan lo que significa para mí poder dirigirme a ustedes desde la Cátedra del Paraninfo de esta Universidad, que ha sido siempre la mía desde que iniciara en ella mis estudios, primero de medicina y luego de filología y en la que he ido pasando por todos los estamentos y niveles posibles hasta llegar hoy aquí.

Desde que comencé la realización de mi tesis en Historia de la Medicina, han sido muchas las personas que me han ayudado en mi camino profesional. No puedo nombrarlas a todas, pero sí quisiera destacar a mis compañeros del Área de Historia de la Ciencia, con los que he compartido muchos años de esa trayectoria profesional; a mis compañeros de departamento, así como a los del Instituto de investigación al que pertenezco, el IEMYRhD. Y, por supuesto, a los integrantes del Grupo de Investigación Reconocido «Lexicografía, traducción y ciencia en la era digital», con los que tan buenos momentos he pasado desarrollando nuestros proyectos de investigación. Gracias a todos. Permítanme asimismo un agradecimiento especial para la Junta Directiva, presidida por Don Enrique Battaner Arias, que hizo posible que en 2013 me nombraran académica correspondiente de esta Real Academia, lo que ya entonces supuso para mí un gran motivo de júbilo, en unos momentos que, por otro lado, desde el punto de vista personal, eran particularmente tristes y difíciles. Muchas gracias.

Por último quisiera destacar al profesor José Antonio Pascual, quien además de su cariño y su amistad,

ha sabido transmitirme durante muchos años, sobre todo con el ejemplo, la importancia de la formación, del esfuerzo, del tesón, del trabajo bien hecho, de la seriedad, del compromiso... independientemente del éxito que se consiga. Le agradezco además que por medio de este acto esté hoy aquí participando de un momento tan entrañable para mí.

Déjenme, para finalizar este introito, que tenga un recuerdo especial hacia las dos personas que más hubieran disfrutado este día y con quienes más me hubiera gustado compartirlo: mi padre y mi madre, a quienes debo buena parte de lo que soy y a quienes dedico con todo cariño esta intervención.

EL «RETRATO DEL PERFECTO MÉDICO» ACTUALIZADO:

Los valores de ese médico en el siglo XXI y la formación en ellos del futuro profesional¹

Cuando pensaba sobre qué podría versar este discurso se me ocurrían distintas posibilidades, teniendo en cuenta el carácter de este acto y el público heterogéneo al que me dirigiría. Al final he decidido centrarme en un tema en el que he trabajado, pero sobre todo que, estimo, nos interesa y afecta a todos: «Los valores del médico en el siglo XXI y la formación en ellos del futuro profesional». A lo que he antepuesto ese «Retrato del perfecto médico actualizado». Enseguida sabremos la razón.

El ideal del «perfecto médico»

No es algo de ahora, desde luego, lo de discernir cómo debe ser el buen profesional de la medicina,

¹ Siempre que en el texto se emplee «el médico» o «el profesional» se estará englobando a todas las personas que desempeñan el ejercicio de la medicina. Del mismo modo, usamos «enfermo» y «paciente» de una manera amplia e inclusiva.

cuáles han de ser sus cualidades o cómo debe desempeñar sus quehaceres. A lo largo de la historia, y probablemente con mayor intensidad y frecuencia que en otros dominios profesionales, se han sucedido las reflexiones que los propios médicos han llevado a cabo sobre este asunto, como ha quedado reflejado, por ejemplo, en escritos conservados de la Grecia clásica, pero también de épocas posteriores hasta llegar al presente. Hay que señalar que no siempre han sido las mismas virtudes y capacidades las que se han solicitado para considerar como «bueno» al médico. Algo que guarda relación, lógicamente, con los diferentes periodos históricos, económicos, sociales y científicos por los que se ha ido pasando. Pero, sin ninguna duda, cuando utilizamos esa expresión, el «perfecto médico», hemos de situarnos en el siglo XVI, en pleno humanismo renacentista, época de cambios de todo tipo y en el seno de una práctica médica bastante reglamentada, con un título bien establecido y una hegemonía del modelo universitario. En ese contexto, en que varios autores se ocuparon en sus obras de estos asuntos, destaca Enrique Jorge Enríquez, quien escribe su célebre *Retrato del perfecto medico*, publicado en Salamanca en 1595. En castellano, no en latín, según él mismo lo aclara, para que se le pudiera sacar mayor provecho. La trascendencia de esta obra radica no solo en su contenido, sino en que es, que se sepa, la primera que se ocupa de este asunto de forma monográfica.

No podemos, por más que fuera interesantísimo hacerlo, adentrarnos por los entresijos de ese libro, pues

no es el objeto de este discurso. Solo destacaré aquí que ese médico, en la época en que nos encontramos, era cristiano y, por tanto, tenía que compatilizar sus conocimientos — que debía preocuparse porque fueran los mejores posibles — con los ideales cristianos en lo relativo a la práctica profesional. Y esto tenía algunas consecuencias: desde el deber de atender a cualquiera, independientemente de su nivel cultural o económico, pero independientemente también de la enfermedad que le aquejara, aunque esta fuera contagiosa, hasta no ser soberbio, sino humilde, caritativo, prudente, discreto, que supiera guardar el secreto de sus pacientes, pasando por una serie de comportamientos como no prescribir sustancias abortivas, drogas venenosas, no engañar al enfermo prometiéndole una curación imposible, etc.

Después de esto, durante los siglos XVII, pero sobre todo XVIII y XIX, se produjeron unas notables modificaciones de índole política, económica y social, pero también en el mero ámbito del conocimiento médico, que condujeron progresivamente a una transformación dentro de la medicina y a que el profesional asimismo tuviera que cambiar, en cuanto a su formación y en cuanto al desempeño de sus cometidos habituales.

EL MÉDICO QUE TENEMOS EN LA ACTUALIDAD

El llamado «paradigma osleriano», que toma el nombre de uno de los médicos más conocidos del siglo XIX, William Osler, ha inspirado desde entonces la práctica clínica en el mundo occidental. Según ese paradigma, el profesional de la medicina debe centrarse en desarrollar su capacidad para llevar a cabo el diagnóstico de las entidades nosológicas que se han establecido científicamente y tomar las decisiones terapéuticas necesarias para acabar con ellas. Es decir, será mejor médico aquel que posea el conocimiento científico más adelantado para a través de él diagnosticar y tratar a sus pacientes con los instrumentos técnicos y farmacológicos más avanzados. De alguna manera, esto es lo que definiría el prestigio del médico.

De acuerdo con lo dicho, en el momento presente el desempeño de la profesión asienta y se inspira en el método científico. Algo que conduce al médico a recoger todos los datos que puede sobre la enfermedad y tratar con ellos de establecer un diagnóstico. De esto se desprende que las enfermedades se entienden únicamente como algo biológico: entidades susceptibles

de clasificarse de acuerdo con criterios bien definidos y que deben poseer, además, un tratamiento causal específico.

La tarea profesional ha acabado por convertirse en la aplicación de los avances científico-técnicos a la práctica clínica con el fin de establecer mejor el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. El médico se centra casi en exclusiva en la información «objetiva» que le suministran los aparatos, dejando de lado la información, obligatoriamente «subjetiva», que le ofrece el paciente, como si rehuyera entrar en aquello que es de hecho lo que más sentido tiene para dicho paciente. De este modo desaprovecha una parte nuclear del potencial curativo que le aportaría una correcta relación con el enfermo, como, por ejemplo, el efecto catártico de la palabra, al que nos referiremos más adelante.

Es frecuente que el médico, a quien desde que comenzó sus estudios han formado según otros parámetros, quiera desarrollar su trabajo dentro de un marco racional, científico, dejando a un lado el componente relacional que debería conllevar su encuentro con el paciente. Probablemente no se sienta cómodo tomando decisiones cuando tiene delante a una persona angustiada o atemorizada, a la que le podría causar mayor miedo e incertidumbre aún, si no es capaz de despertar su confianza. De lo que podría derivarse una ausencia de curación en esa persona con lo que, inci-

dentalmente, los servicios sanitarios tendrían que utilizarse más.

El desarrollo extremo del paradigma osleriano al que hemos aludido, conjugado con un fuerte interés económico que tiende como sea a disminuir el gasto sanitario, ha llevado a la aparición de la famosa y mal llamada «medicina basada en la evidencia», que ha contribuido, sin duda alguna, a que mejore la calidad asistencial y a que se reduzca tal gasto, pero que tiene igualmente resultados muy negativos: esta medicina ha fomentado que se vea al paciente como alguien que sigue un patrón de enfermedad normalizado, que ha de tratarse forzosamente de manera normalizada, sin atender a su singularidad. Lo que, a mi modo de ver, es absolutamente absurdo porque pocos aforismos hay tan ciertos en medicina como aquel que proclama «no hay enfermedades, sino enfermos». En este sentido, no es ocioso recordar que al menos una tercera parte de los cuadros relatados por parte de los pacientes no guarda correspondencia exacta con ninguna entidad nosológica definida, por lo que difícilmente el médico va a encontrar para ellos patrones normalizados de actuación en los protocolos. El profesar una fe ciega en las guías y los protocolos que, por su propia naturaleza, siempre son generales y, por tanto, no contemplan las variaciones específicas de cada paciente, pueden conducir a prácticas inadecuadas e, incluso, a la falta de sanación y hasta a la muerte. No es que estas guías y protocolos no puedan ser útiles. Es que el médico debería usarlos como material de consulta, pero

sabiendo cómo adaptarlos a cada paciente y, sobre todo, cuándo no aplicarlos debido a las peculiaridades de cada uno.

Por si lo anterior no bastara, en los últimos cien años hemos asistido a un desarrollo técnico de primer orden con indudables repercusiones sobre la manera de practicar la medicina. Y vuelve a suceder lo señalado en el punto anterior: usar la técnica para diagnosticar y tratar las enfermedades es de una indiscutible utilidad. No podemos más que alegrarnos de ello. No obstante, supone riesgos también, más allá de los puramente técnicos: que el médico se olvide de que los aparatos solo son un medio, no un fin. Es decir, se puede servir de ellos para diagnosticar y tratar la enfermedad, pero no para sustituir la relación médico-paciente, que es clave en el establecimiento del diagnóstico y en el proceso curativo.

Junto a los factores señalados cabría referirse a otros, en los que por razón de tiempo no vamos a entrar: la medicalización de la sociedad que convierte en patológicas situaciones que hasta ese momento eran totalmente fisiológicas; la sociedad del bienestar que determina que muchas de las actuaciones médicas tengan poco que ver con mejorar la salud de los pacientes, que pasan a ser clientes en esa llamada «medicina de la complacencia»; pero también el cambio en las condiciones laborales de los médicos, que dejan de ser profesionales liberales para transformarse en asalariados de grandes corporaciones sanitarias con la consi-

guiente pérdida de autonomía a la hora de tomar decisiones, el acortamiento del tiempo que le puede dedicar a cada paciente, la prohibición o restricción para emplear determinadas técnicas o para recetar determinados medicamentos, etc.

Las anteriores son algunas pinceladas que nos ayudan a realizar el bosquejo más o menos del médico que tenemos, al menos en nuestro ámbito. Un médico que se ha convertido en un trabajador como cualquier otro, que con más frecuencia de la deseable presenta un cierto desapego hacia su profesión y que va dejando a un lado el gran factor vocacional que tuvo antaño con el altísimo compromiso ético, científico y humano que aparejaba mientras atiende a pacientes que se van convirtiendo progresivamente en clientes.

LOS VALORES DEL MÉDICO. ¿QUÉ PROFESIONAL QUEREMOS TENER?

Así las cosas cabe preguntarse: «si este es el médico que tenemos, ¿cuál es el que querríamos tener, habida cuenta de cómo y por dónde va discurriendo el siglo XXI? ¿Qué valores debería encarnar ese médico?»

Sin dejar de lado, desde luego, al profesional del paradigma osleriano que intenta identificar entidades nosológicas de acuerdo con criterios científicos, el médico que queremos es aquel capaz de adaptar esas entidades a nuestra realidad, a la de cada uno de nosotros, en nuestro contexto económico, cultural y social específico y nuestro modo de vivir. Y que haga gala, por otra parte, de unas profundas convicciones éticas que atraviesen todas sus actuaciones. Dicho de otra forma: sin duda, debe incorporar todos los avances científicos que supongan una mejora en la práctica clínica, pero ha de saber moverse asimismo en el mundo de los valores presentes de una u otra forma en los relatos de los pacientes, muy ligados tales valores a cómo le dan sentido a su vida y a su enfermedad.

Junto a eso debería encontrar el punto justo entre lo que le pide el paciente y lo que le demanda la entidad

para la que trabaja, teniendo claro que no siempre el gastar más dinero en pruebas diagnósticas redundará en un beneficio sobre la salud del enfermo. Vinculado con lo anterior, no estaría de más que recuperara algunas de las maniobras típicas de la práctica clínica, de la exploración, que debido al peso de los instrumentos y aparatos casi no se realizan. Y, de paso, en algún momento dejara de mirar la pantalla del ordenador para acercarse al paciente a palparlo, auscultarlo, percudirlo, etc. porque no son pocos los diagnósticos que se podrían establecer simplemente con eso sin recurrir a ninguna prueba. Para ello, por cierto, tendría que saber algunas cosas básicas sobre la exploración médica que no siempre sabe: actualmente — aunque suene extraño y excesivo — hay estudiantes que acaban sus estudios sin tener la menor idea de cómo se percute, cómo suena la percusión y a qué corresponden los distintos sonidos obtenidos con ella. Como hay también médicos que, aunque sorprenda, no tienen ni idea de auscultar. Algo que no se hace — como en las malas películas — como me han hecho a mí hace unos días en urgencias pasándome el fonendo por encima del jersey y de la camisa.

Habrà quien piense que teniendo los magníficos aparatos actuales, esto de la percusión y la auscultación está pasado de moda. Yo tengo mis dudas porque poco a poco en la cotidianeidad del médico va faltando un ingrediente irremplazable, que no se relaciona con la «inteligencia artificial», sino con la «inteligencia natural». Esa que se le acabará atrofiando a fuerza de no

ejercitarla. Igual que para alcanzar la santidad — ahora muy poco en boga — antaño se recomendaba la lectura de las vidas de santos, para esto que señalo recomendando el acercamiento a la historia de la medicina, que siempre nos proporciona magníficos ejemplos. Solo les traeré dos a colación: recuerden al cirujano y obstetra húngaro Ignacio Semmelweis, quien únicamente con su inteligencia, su capacidad de deducción y de enlazar unas cosas con otras, intuyó la existencia de las «partículas cadavéricas», lo que le llevó a propugnar el lavado antiséptico de las manos para acabar con ellas y conseguir de esta manera un descenso de la mortalidad por fiebre puerperal. En honor a la verdad, hay que decir que tras este formidable descubrimiento no obtuvo ningún tipo de honor o de gloria. Más bien al contrario: sufrió el rechazo de sus compañeros hasta el punto de que se suele hablar del «reflejo de Semmelweis» para referirse a esa conducta tan humana caracterizada por rechazar automáticamente todo conocimiento nuevo que contradice lo establecido, el paradigma vigente en ese momento. Rememoremos, por otra parte, el «fenómeno de Wenckebach», caracterizado por una arritmia cardíaca con varias síntoles sucesivas con alargamiento del intervalo PR, que conduce a una contracción auricular aislada seguida de una pausa ventricular, después de la cual comienza nuevamente el ciclo. Descrito ese fenómeno antes de la instauración de la electrocardiografía, tan solo mediante la observación y la comparación del pulso venoso yugular y el pulso arterial radial. Un hombre, por

cierto, Wenckebach, que afirmaba que debía su éxito a utilizar la digital en unas dosis que los libros señalaban como peligrosas y en unos casos en que esos libros afirmaban que no se debían usar. Saltándose las reglas. Descartando cualquier protocolo...

Nuestro médico ideal tendría igualmente que hallar el modo de convencer al paciente para que adopte pautas de vida que mejoren y preserven su salud todo lo que pueda, en relación con su alimentación, hábitos de ejercicio, descanso, etc., dentro de sus propias circunstancias personales. Por otro lado, debería ser firme ante los intentos de otros de medicalizar más aún a los ciudadanos movidos tan solo por intereses comerciales. No son pocas las situaciones a las que ahora se les quiere dar la entidad de «enfermedad», es decir, que ahora parecen existir como tales enfermedades, cuando antes no existían, no porque se hayan descubierto a la luz del avance de la investigación científica, sino sencillamente porque nos las hemos inventado «patologizando» situaciones absolutamente fisiológicas, como podrían ser, por ejemplo, la celulitis, la menopausia o un diastema (dental). El médico habría de informar bien al paciente para frenar en él el consumo innecesario de recursos, de servicios, de medicamentos, que no van encaminados a mejorar su estado de salud, en lugar de potenciarlos como muchas veces se hace.

Así mismo debe ser consciente de que en ese mundo cambiante del que hablamos, los pacientes que

se le presentan también son cambiantes: nunca como ahora ha habido tanto flujo de personas de unos lugares a otros. Esto le exige enfrentarse a unos problemas para los que no le han preparado en la facultad: por un lado, más obvios, los de tipo lingüístico, que a veces se mal solventan con la ayuda de algún familiar o de algún amigo, que actúa de intérprete. Pero, más allá de los lingüísticos, están los culturales y religiosos, que en muchas ocasiones le impiden comprender la naturaleza del proceso que aqueja al paciente. A la espera de que exista una buena red de mediadores interculturales en todos los hospitales y centros de salud —algo, de momento ilusorio e impensable—, el médico habrá de encontrar el modo de acercarse, al menos, a los aspectos clave de otras culturas con espíritu abierto, mostrando un poco más de soltura en determinadas situaciones transculturales y transreligiosas.

Frente a ese profesional que se esconde detrás del ordenador o de otros sofisticados instrumentos, el que nosotros queremos debería emplear el tiempo que esos instrumentos le ahorran en incrementar y mejorar la comunicación con el enfermo. Frente a un profesional apegado en extremo a los protocolos como pauta de actuación, preferimos a aquel otro capaz de adaptarlos a cada situación, estableciendo siempre una relación de empatía con el enfermo. Una relación que no debe solo asentar en la información que provee la técnica, sino también en la que aporta el diálogo con el paciente y sus familiares. Necesitamos un médico que

analice y calcule, pero que también escuche y hable. Que sea capaz de ganarse la confianza del paciente y sepa asesorarlo, tranquilizarlo y aconsejarlo. No puede ser que una persona esté seis o siete horas esperando desde que se llevan a su familiar al quirófano y, que tras ese tiempo de espera, el cirujano no salga en ningún momento a decirle cómo ha ido todo, sino que lo que haga sea llamarle por teléfono. Y cuando ese familiar le dice, «pero si estoy aquí, al otro lado de la pared y llevo siete horas esperando a que usted salga a decirme algo», el cirujano responda que ellos no salen, que ellos solo informan por teléfono y que ya le ha dicho todo lo que le tenía que decir...

Pareciera como si algunos profesionales ignoraran que la medicina es mucho más que la utilización de aparatos para establecer el diagnóstico, la realización de experimentos para obtener conclusiones, la producción de textos para publicar, las presentaciones que hacen en los congresos o la ejecución de una técnica quirúrgica deslumbrante. De hecho, el objeto de la medicina no solo es mucho más que eso, sino que es fundamentalmente otra cosa: el encuentro entre una persona que intenta recuperar el bienestar perdido con otra a la que cree capacitada para que la ayude en esa tarea. Un encuentro que se construye mediante intercambios comunicativos articulados por medio de un lenguaje no siempre coincidente, ya que refleja la distinta manera en que esas dos personas se enfrentan a la enfermedad y a la salud, tratando de comprenderlas y de explicarlas. Formas diferentes de aproximarse a

una misma realidad y de expresarla, pero con igual validez y que no deberían ser irreconciliables.

En ese encuentro al que nos referimos intervienen varias de las funciones que tradicionalmente se le atribuyen al lenguaje. Pero, curiosamente, la que en apariencia sería la fundamental en el discurso científico, la que llamamos la función *representativa* del lenguaje, es decir, mediante la que se produce la transmisión de conocimiento, no resulta tan importante en el encuentro médico-paciente. Es indiscutible que existe, pero no es transmitir información pura y dura que ilustre al profano lo que prima en esos intercambios. O, al menos, no es lo primordial para el paciente que sufre y es vulnerable ante el padecimiento y la enfermedad. Normalmente, cuando este paciente se acerca hasta el médico tratando de solucionar sus problemas de salud, por medio de ese encuentro que siempre es crucial para él, no solo desea que se le informe, sino que ansía que se le comprenda y se le aconseje. Y si el médico no lo hace, buscará todo eso en otro lugar, porque realmente lo necesita. De ahí el éxito de las llamadas «medicinas no oficiales» o «medicinas alternativas» por un lado, y del curanderismo por otro, que algunos no entienden y lo achacan a ignorancia o credulidad. La razón fundamental es que el enfermo necesita que le escuchen y que le hablen y esas dos «actividades» son absolutamente imprescindibles tanto para que el médico se gane la confianza del paciente como para que este progrese en su proceso de curación.

Como nos lo recuerda Laín Entralgo, el uso de la palabra con fines curativos, en forma de plegaria, ensalmo mágico y conversación placentera, tenía en la medicina primitiva una función sustancial con la que acabó la medicina científica desde sus inicios: prácticamente hay un silencio total acerca de la acción psicoterapéutica de la palabra en el *Corpus Hippocraticum*, donde se recopilan los textos médicos de los siglos V y IV a. C. que consideramos fundacionales de la llamada medicina científica: no ya por un rechazo hacia el ensalmo mágico en nombre de esa medicina científica, sino, sobre todo, por la tendencia absoluta de esa medicina de entender únicamente de forma somática, biológica, la naturaleza humana. Esta limitación sería decisiva en la historia posterior de la medicina, pues determinó que durante casi dos milenios y medio el conocimiento y aprovechamiento técnico de la terapéutica psíquica no alcanzara verdadera existencia en la medicina científica occidental. A partir especialmente de Galeno, por su fidelidad al marcado naturalismo de la nosología hipocrática, cuando la medicina ha recurrido en algún momento al empleo terapéutico de la palabra, no se la ha considerado «técnica», sino mágica y supersticiosa.

Este panorama cambió en el siglo XX tras la revolucionaria aportación de Sigmund Freud quien determinó la rigurosa necesidad de establecer el diálogo con el enfermo, tanto para plantear el diagnóstico como el tratamiento de la enfermedad. Con la obra freudiana la anamnesis o interrogatorio del paciente, único res-

quicio que le quedaba a la palabra en la medicina científica, se hizo también hermenéutica, interpretativa, a medida que el diálogo se iba extendiendo a zonas de la intimidad hasta entonces no exploradas por el médico: sentimientos, recuerdos, proyectos de vida, etc., muy en relación con la preocupación freudiana por ordenar comprensivamente en la biografía del paciente el suceso de la enfermedad. Es decir, con la demostración de que la patografía es, constitutivamente, biografía. Pero, además, con el psiquiatra vienés la palabra se convertirá en objeto terapéutico, pues él introduce en la práctica médica, con significación ignota, la psicoterapia verbal. Con posterioridad a su obra los postulados psicoanalistas extendieron su influjo a otros ámbitos médicos no psiquiátricos empezando a adquirir envergadura la relación entre la enfermedad y los avatares de la vida del enfermo, que actuarían bien como causa remota de la enfermedad o bien como reacción del paciente al hecho de padecerla. En todo ese camino destacaría la obra de otro autor, Viktor von Weizsäcker, quien asegura que la esencia de estar enfermo es un «estado de necesidad» que se manifiesta como petición de ayuda, por lo que la relación entre el médico y el paciente debe ser principio *entitativo* de la medicina. No en vano, el Foro de la Profesión Médica ha estado años trabajando para que se reconozca la Relación médico-paciente como «Patrimonio Inmaterial de la Humanidad».

Con lo expuesto, parece claro que cuando el paciente se dirige al médico buscando una solución a sus

problemas de salud el médico debe entender que el paciente ni le está solicitando tan solo una pastilla, ni tampoco una mera transmisión de conocimiento que el enfermo podría adquirir consultando cualquier enciclopedia, más ahora que Internet nos proporciona información acerca de todo. Además de eso, el paciente le está pidiendo comprensión, consejo y hasta compasión. Por el mero hecho de acercarse al médico y empezar a hablar, el paciente desarrolla sobre sí mismo una función expresiva «sosegadora», pues la elocución genera siempre, en mayor o menor medida, un efecto catártico. Como también lo genera la respuesta del médico, derivada del hecho de «oir hablar adecuadamente» a alguien, que además del prestigio, cuenta con la confianza del paciente. Sus mensajes irán destinados de forma clara a conseguir de ese paciente unas acciones determinadas, unos cambios de actitud concretos o unas modificaciones de conducta adecuadas, con el fin de conservar o recuperar la salud.

LA ADQUISICIÓN DE DETERMINADOS VALORES EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO

Tras todo lo expuesto, la pregunta insoslayable es cómo pasar de un médico, el que tenemos, a otro, el que deseamos y necesitamos.

Para conseguir ese médico, las actitudes de los gobiernos y de las administraciones o de las asociaciones profesionales, entre otros, han de modificarse, si es que realmente se busca conseguir una auténtica «medicina centrada en el paciente», que no solo quede bonita sobre el papel, sino que además sea real. Porque ahora mismo la medicina no está centrada en el paciente, como debería, sino en el propio sistema sanitario y, en ocasiones, en los profesionales. Y al paciente no le queda otra que adaptarse a ello. Del mismo modo, deben cambiar la actitud y la mentalidad de los propios médicos. Y, puesto que en buena medida, esa actitud y esa mentalidad se empiezan a forjar durante su paso por la facultad, será entonces cuando la formación específica se convierta en pieza clave para la consecución del profesional que queremos.

A este respecto, las Facultades de Medicina deberían introducir cambios cualitativos y cuantitativos en

sus planteamientos y planes formativos. Empezando por no perder aquel importantísimo «rito iniciático» que suponía entrar en la sala de disección con su impactante olor a formol y ponerse ante el cadáver real de carne y hueso y no ante un aséptico muñequito; continuando por inculcar en los estudiantes unos hábitos de aprendizaje que vayan más allá de poner una X detrás de otra en un formulario para aprobar el examen MIR. Nosotros no tenemos que formar expertos en poner x en ese examen, sino que tenemos que formar médicos, cuya misión fundamental es atender a los pacientes, con los que deben interaccionar de forma óptima para que el proceso de curación sea efectivo y para conseguir, como ahora se dice, una alta «adhesión al tratamiento». Con esa finalidad, debemos estimular el aprendizaje transversal y el desarrollo del espíritu crítico sin atender desde luego a esos delegados de curso que vienen a pedirnos que no pongamos en los exámenes preguntas transversales. Todo lo contrario: eso es justamente lo que tenemos que fomentar, que sepan relacionar unos conceptos con otros, las causas con las consecuencias, desde una perspectiva amplia y, siempre, como digo, con espíritu crítico.

Además de lo anterior, habrá que adaptar los planes de estudio, buscando el equilibrio entre lo técnico y lo humano, sin olvidarse de promover la capacidad de comunicación, ya que uno de los derechos reconocidos en los decálogos de los pacientes, como la célebre declaración de Barcelona de 2003, por ejemplo, es la «formación y el entrenamiento específico en habilidades

de comunicación» por parte de los profesionales sanitarios. ¿Y qué ha pasado veinte años después de que se reconociera tal derecho? Que las cosas no han cambiado de la manera que cabría esperar: a pesar de que la comunicación médico-paciente es un aspecto fundamental en la profesión sanitaria, la inclusión en los programas formativos del entrenamiento en habilidades comunicativas, tanto en España como en general en la Unión Europea, es variable, dispar y siempre escasa. Y esto teniendo en cuenta que, según las directrices que regulan el Grado en Medicina, adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior, entre las competencias que se deben alcanzar se encuentran las «Habilidades de comunicación», que integran el bloque cuarto de los siete bloques de competencias que conforman el grado. Dicho de otro modo: en el Grado en Medicina *tenemos que* ocuparnos de las competencias recogidas en ese bloque, garantizando que al finalizar sus estudios el estudiante las haya adquirido, igual que ocurre con todas las demás. Sin embargo, en buena parte de las facultades de medicina no se hace y, cuando se hace, en demasiadas ocasiones no pasa de ser una formación teórica que no se acompaña del necesario entrenamiento práctico. A pesar de ello, es vital adiestrar en todo ese tipo de destrezas, aunque tal adiestramiento no sea fácil y pase tanto por contar con profesores y tutores comprometidos que con su comportamiento y actitud sirvan de molde y ejemplo a los futuros profesionales como por la búsqueda de métodos distintos y efectivos que ayuden de manera clara en la formación que se pretende.

Entre esos métodos distintos, solo voy a referirme muy brevemente a dos, relativamente sencillos y eficaces, para que el médico y el aprendiz de médico mejoren la capacidad de hablar y de escuchar en su quehacer cotidiano y las incorporen a su maletín junto al fonendoscopio o el martillo de reflejos, si es que todavía usan esos instrumentos: me refiero a la literatura y a la medicina narrativa. Y no solamente como prácticas individuales que realizar en momentos puntuales o en horas muertas, sino formando parte de proyectos docentes reglados y específicos de formación.

Como hemos adelantado, la palabra es fundamental en el acto médico. Un acto del que algunos dicen que es casi por definición de interés literario. En este sentido, el conocimiento de los hechos más críticos de la vida, las enfermedades y la propia muerte son de especial interés para los narradores, desde Homero hasta Hemingway. Lo que tal vez justifique que hayan sido tantos los médicos que se han dedicado también a las letras y tantos los escritores que le han otorgado, a su vez, gran atención a la medicina. Pero si el acto médico es casi siempre de interés literario también hay páginas literarias que podrían equivaler a un acto médico. Basta con leer el final de *Madame Bovary* para comprobarlo: Flaubert nos hace sentir allí el horror de la muerte producida por arsénico en una página memorable como escritura, pero con tal precisión que se convierte asimismo en un extraordinario ejemplo de descripción técnica de la agonía producida por este veneno.

La literatura es indudablemente un modo utilísimo de conseguir información, sin infligirle ningún tipo de daño a nadie, sobre aspectos muy sutiles pertenecientes a dominios habitualmente marginales en el discurso médico, como sucede, por poner solamente un ejemplo, con algunas de nuestras actitudes ante la muerte, particularmente la propia. Pero es que además no son pocas las enfermedades que, a diferencia de otras que siempre han conocido gran éxito, no han conseguido llamar la atención ni de los historiadores de la medicina ni de los profesionales de la salud hasta épocas recientes, por lo que solo a través de los testimonios de quienes las han padecido logramos hacernos una idea de las peculiaridades de su clínica. Sirve para ilustrar esto que decimos el caso del asma que, aun habiendo afectado a montones de personas a lo largo de la historia, no ha sido mediante los textos científicos sino a través de los literarios como hemos accedido a las sensaciones de los pacientes, a su sufrimiento, a la angustia con la que viven sus crisis...

Esa vivencia de la enfermedad por parte del propio enfermo suele estar ausente del discurso construido por los profesionales de la medicina, por lo que una vía excelente para tener conocimiento de la misma es justamente la obra literaria, sobre todo la novela, que exhibe ante el lector las actitudes del ser humano ante la muerte, sus miedos, sus esperanzas y la contextualización de todo lo anterior en el seno de una cultura concreta. Pero poseemos otro instrumento, la llamada «medicina narrativa» que representa, según una de sus fundadoras, Rita Charon, «la unión entre las humanidades médicas, la medicina biopsicosocial y la

atención centrada en el paciente». O como la define una de su practicantes más señaladas, Giulia Marini: un «puente entre la medicina basada en la evidencia y las humanidades médicas». Una medicina que fomenta un enfoque integral en esta que algunos denominan como «quinta era de la medicina». En este sentido, cabe recordar que, como afirmaba Callahan a comienzos de este siglo, la respuesta más común a los problemas de la medicina ha sido esencialmente técnica o mecánica. Sin embargo, en contraposición a esto, la medicina no tiene respuestas para muchas de las preguntas que se plantea el paciente, que son del tipo «¿por qué estoy enfermo?, ¿qué sentido tiene mi sufrimiento?, ¿por qué he de morir?». Los algoritmos biomédicos que diseñan los informáticos construyen la realidad a través de patrones que se repiten. Pero el médico se enfrenta a otra realidad distinta, que no responde a ningún patrón, porque es por definición individual: la que le narra el paciente. No olvidemos que las preguntas clásicas de la anamnesis «qué le pasa», «desde cuándo le pasa» y «a qué lo atribuye» no dejan de ser introducciones a un relato o acto narrativo. Y, de hecho, solo escuchando de forma atenta la narración ofrecida entonces por el paciente y sus familiares el médico podrá conseguir el «enganche empático» al que se refiere Hojat, algo que no conseguirá de ninguna otra manera. Dicho sea de paso, en el área de Historia de la Ciencia tenemos un Proyecto de innovación docente dedicado a la medicina narrativa para que los estudiantes que lo deseen conozcan de primera mano el relato de la vivencia de cada paciente, con el

fin de despertar y acrecentar en ellos esa empatía, tan relevante y tan necesaria en la práctica médica.

¿Literatura y medicina narrativa en tiempos de la llamada *Medicina Basada en la Evidencia*? Pues sí, justamente por eso. Porque la enseñanza actual de la medicina, tal y como se lleva a cabo, no contempla la formación en determinados valores, relacionados con todo lo que hemos ido viendo, ni la posibilidad tampoco de aprehender emociones y sentimientos. Pero tampoco se busca en esos estudios de medicina provocar la reflexión sobre las grandes incógnitas del ser humano acerca de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, salvo si algún profesor decide aceptar ese reto a título personal e incluye algunos de estos aspectos en sus asignaturas. A pesar de ello, si el estudiante tuviera la posibilidad de acercarse a un buen programa de formación de este estilo, no solo aprendería a redactar un artículo científico con un correcto perfil literario —que no estaría nada mal— o a describir las enfermedades con ese arte, hoy lamentablemente perdido, que es el hacer una buena y bella historia clínica, como se realizaban un par de siglos atrás, sino que además podría alcanzar —en palabras de Luis Montiel— una más completa y cabal condición de ser humano y, por tanto, de médico.

EPÍLOGO

Me temo, de todos modos, que no corren buenos tiempos para esta medicina humanista que propongo, frente a esa otra que se impone, que va convirtiendo al médico en alguien que desatiende los datos subjetivos que le proporciona el paciente para solo ocuparse de lo que él puede medir y observar. Una medicina, que además de conllevar una gran pérdida para ese paciente, le induce a alejarse de ella, pues no se siente comprendido, y a buscar tratamientos alternativos que sí contemplan su totalidad de ser enfermo por aquella «simpatía universal» con la que reaccionaba la totalidad del cuerpo a la que se referían los médicos hipocráticos. Una medicina, la actual, que tiene muchos riesgos también para el profesional sanitario, pues de seguir su evolución como hasta ahora, dicho profesional acabará perdiendo su función, supeditado a las máquinas.

Se me ocurre que, si actualmente las Academias de Medicina se han visto relegadas en varias de las funciones que desempeñaban en otras épocas — de forma especial en los siglos XVIII y XIX —, quizá de aquí en adelante, entre otras cosas, pudieran velar precisamente porque los médicos encarnen esas características que

la sociedad les está pidiendo. No la sociedad de la inteligencia artificial, contra la que no tengo absolutamente nada, sino la conformada por las personas de carne y hueso que sienten y padecen. A propósito de la Inteligencia Artificial, no puedo más que felicitar me por la visión de futuro que ha mostrado esta Academia acogiendo en su seno a un especialista en estos asuntos, por lo que la Inteligencia Artificial puede representar para el desarrollo de la medicina de aquí en adelante. Sin ninguna duda. Pero una cosa es que los avances de la técnica o los avances de esa llamada «inteligencia artificial» puedan determinar que los diagnósticos y los tratamientos sean mejores y consigan librarnos de muchas enfermedades o al menos avanzar por ese camino y otra cosa es que el médico pierda una de sus características constituyentes, como decíamos antes, *entitativa*. Ahí creo que la Academia —y con *Academia* no me refiero al uso anglicado actual de esta palabra para referirse a la Universidad— tendría mucho que decir. Y que hacer.

Estamos asistiendo a una auténtica revolución técnica de aplicación inmediata en el caso de la práctica de la medicina que quizá nos lleve a que en un futuro no tan lejano el médico se convierta en un mero servidor de los aparatos. Esto no es hacer un recurso fácil a la ciencia ficción, pues inexorablemente por ahí vamos discurriendo. Solo podrá detenerse esta deriva si el médico toma conciencia de dos cosas: una, que la enfermedad no es solamente un problema de pura biología. De hecho, la biología no es muchas veces más

que una pequeña consecuencia de un problema mucho mayor. Y, dos, que, por tanto, su función debe ir mucho más allá de obtener una imagen con un aparato o de prescribir un medicamento. Cuando el paciente se acerca hasta el médico buscando una solución a sus quebrantos ese encuentro siempre es crucial para él. Y el médico debe entender que el paciente no solo desea que se le informe, sino que sobre todo ansía comprensión, escucha, consejo... De ahí se deriva que el médico debe caer en la cuenta de que, junto a los medios técnicos, tiene en sus manos la posibilidad de manejar una herramienta, la palabra, que bien utilizada resulta fundamental para establecer el diagnóstico y para devolver a las personas el bienestar y la salud perdidas. La inestimable misión que tiene encomendada desde el principio de los tiempos.

He dicho.

BIBLIOGRAFÍA

- Baños, Josep E. (2003): «El valor de la literatura en la formación de los estudiantes de Medicina», *Panace@*, 12: 162-167.
- Barbado Hernández, Francisco Javier (2007): «Medicina y literatura en la formación del médico residente de medicina interna», *Anales de Medicina Interna*, 24 (4): 195-200.
- Barón Duarte, Francisco Javier (2021): «La quinta era de la medicina», *Eidon*, 56: 79-98.
- Barón Duarte, Francisco Javier (2023): «La medicina narrativa en la quinta era de la medicina», *Eidon*, 59: 27-40.
- Brutti, Carlo (1991): «Historia de la enfermedad e historia de la vida: el acto médico como fusión de ambos horizontes», *Quaderns CAPS. Medicina y comunicación*, 15: 19-24.
- Callahan, Daniel (dir.) (2004): *Los fines de la medicina*, ed. esp., Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. [accesible en <https://paliativossinfronteras.org/>]

[wp-content/uploads/Los-fines-de-la-Medicina.pdf](#). [consultado en 11-X-2023]

Charon, Rita (2001): «Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust», *Internal Medical Association*, 286: 1897-1902.

Díaz, José Pedro. (1994): «Medicina y literatura», *Revista Médica de Uruguay*, 10: 5-12.

Enríquez, Enrique J. (1595): *Retrato del perfecto médico*, Salamanca: Juan y Andres Renau.

Gracia Guillén, Diego (1989): «Epílogo. El médico perfecto». En: Gracia Guillén, Diego: *Fundamentos de Bioética*, Madrid: Eudema Universidad: 597-606.

Gual Sala, Arcadi (2012): *Aprendiendo a ser médico: responsabilidad social compartida*, Fundación de Educación Médica [accesible en https://www.educacionmedica.net/sec/serMedico_2013_castellano.pdf]. [consultado en 11-X-2023]

Gutiérrez Rodilla Bertha M. (2000): «El lenguaje de la medicina y sus funciones», *Discurso y Sociedad*, 2(2): 131-146.

Gutiérrez Rodilla Bertha M. (2004): «El asma en la historia», *Alergología e Inmunología clínica [núm. extraordinario]*, 19 (2): 110-112.

Gutiérrez Rodilla Bertha M. (2018): «La medicina centrada en el paciente desde una perspectiva histórica». En: Sacristán, José Antonio, Millán Núñez-Cortés, Jesús y Gutiérrez Fuentes, José Antonio

(eds.): *Medicina centrada en el paciente. Reflexiones a la carta*. Madrid: Unión Editorial-Fundación Lilly: 41-47.

Gutiérrez Rodilla Bertha M. (2019): «No entiendo ni jota: a propósito del lenguaje en la comunicación médico-paciente». En: Estopà, Rosa (coord.): *Comunicació, llenguatge i salut: Estratègies lingüístiques per millorar la comunicació amb el pacient. Comunicación, lenguaje y salud: Estrategias lingüísticas para mejorar la comunicación con el paciente*, Barcelona: Institut de Lingüística Aplicada (IULA): 13-25.

Hawkins, Jen y Lindsay, Ellie (2006): «We Listen but Do We Hear? The Importance of Patient Stories», *British Journal of Community Nursing*, 11 (9): [accesible en <https://doi.org/10.12968/bjcn.2006.11.sup4.21767>]. [consultado en 11-X-2023]

Hojat, Mohammadreza (2017): *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*, Nueva York: Springer.

Laín Entralgo Pedro (1950): *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, Madrid: P. Montalvo.

Laín Entralgo Pedro (1958): *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica*, Madrid: Revista de Occidente.

Laín Entralgo Pedro (1964): *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.

- Lázaro, José (2014). «La Medicina Narrativa», *El País*, Agosto 8 [accesible en https://elpais.com/cultura/2014/08/06/babelia/1407333917_494894.html]. [consultado en 11-X-2023]
- Lázaro, José y Gracia, Diego (2006): «La relación médico-enfermo a través de la historia», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 3): 7-17.
- López Piñero José M^a y Morales Meseguer, José M^a (1970): *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*, Madrid: Espasa Calpe.
- Marini, Maria Giulia (2016): *Narrative Medicine: Bridging the Gap between Evidence-Based Care and Medical Humanities*, Springer.
- Montiel, Luis. (2009): *Alquimia del dolor. Estudios sobre medicina y literatura*, Madrid: Ed. Complutense.
- Pellegrino, Edmund D. y Thomasma, David C. (2019): *Las virtudes en la práctica médica*, Madrid: Universidad Francisco de Vitoria.
- Siegler, Mark (2011). *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*, Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- VV. AA. (2009): *El médico del futuro*, Fundación de Educación Médica [accesible en <https://www.educacionmedica.net/sec/serMedico2009.pdf>]. [consultado en 11-X-2023]
- Zafra Alcaraz, Remedios (2019): *El bucle invisible*, Oviedo: Nobel.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN
DEL
EXCMO. DR. D. JOSÉ ANTONIO PASCUAL RODRÍGUEZ

BERTHA GUTIÉRREZ RODILLA.
El humanismo en las disciplinas médicas

Introducción

Como síntesis de la que considero una de las mejores cualidades que a mi juicio le cumple tener a una persona, le aplicaría a Bertha Gutiérrez Rodilla las palabras siguientes del poeta Ángel González:

jamás en el dominio
de la conformidad,
donde la vida se doblega².

Porque, refiriéndome aquí a su biografía científica, que es lo que me parece que importa destacar en un acto como este, el bagaje de la nueva académica es el de alguien que en una ya dilatada vida dedicada a la investigación se ha atrevido a romper con la conformidad al moverse por los cauces por los que discurre la historia de la medicina, integrando en ella aquello que

² A. González, *Tratado de Urbanismo*. Barcelona: El Bardo, 1967.

por derecho propio pertenece también a esta disciplina: las palabras.

No me ha sorprendido, pues, que la investigadora haya querido cruzar en el presente acto el umbral de esta Academia con una meditación de índole ética, que tiene que ver con la mediación de las palabras en la actuación del médico. No creo que se pueda disentir de su idea de que los indudables avances que se han dado en la medicina no deberían hacer olvidar al médico un quehacer cuya razón de ser se encuentra en el paciente. Empezando por prescindir de aquellos retorcimientos léxicos, en su trato con él, injustificados a que se refería Thomas Bernhard³:

Como todos los médicos, los que trataban a Paul se parapetaban también, lo mismo que sus predecesores desde hace siglos, tras el latín, que con el tiempo levantaban entre ellos y sus pacientes como un muro infranqueable e impenetrable, con el único objeto de encubrir su incompetencia y enmascarar su charlatanería.

Los filólogos entendemos bien este tipo de charlatanería, pues la practicamos también nosotros cuando nos ponemos estupendos adobando algunas ocurrencias con una serie de términos cuyo sentido casi mágico resulta incomprensible a quienes son ajenos al grupo.

³ Th. Bernhard, *El sobrino de Wittgenstein*, trad. de M. Sáez, Barcelona 1988, p. 13.

En la disertación que acabamos de oír se llega a una conclusión que anima a recuperar una idea que ha sido medular en el pasado y que debería seguir siéndolo en el presente, al menos en algunas profesiones —la médica de un modo particular—, que contiene una palabra manoseada hasta la saciedad, pero que no por ello ha perdido su valor, la vocación. Esta vocación de adentrarse conscientemente por un saber útil, atendiendo a la idea de Nuccio Ordine de que este saber se basa en unos conocimientos que nos ayudan a ser mejores, por más que no sean los que tienen prestigio en una sociedad del beneficio, en que las propias universidades dan la espalda a una formación «cuyo valor debería coincidir con el saber en sí, independientemente de la capacidad de producir ganancias inmediatas o beneficios prácticos»⁴, cuando además estos conocimientos pueden generar a la larga beneficios mayores para todos. Termina este discurso trazando el perfil de un médico que debiera ser mejor considerado en nuestra sociedad y que consiguientemente recibiera de ella un mejor trato.

Pienso, pues, Sr. *presidente de la Academia de Medicina de Salamanca*, señores académicos, señoras y señores, que con la elección de la nueva académica se ha querido distinguir a una persona capaz de mantenerse en la tradición de los médicos humanistas —característica

⁴ N. Ordine, *La utilidad de lo inútil. Manifiesto*. Trad. del italiano de J. Bayod. Barcelona: Acantilado.2013, p. 9.

que es común a muchísimos de los profesionales de la medicina que conozco —. Me honra por ello que el Sr. Presidente de la Academia, el Dr. Francisco Lozano Sánchez, me haya concedido el honor de presentar a la nueva académica, sin importarle ese *odium philologicum* que se nos atribuye a algunos que nos atrevemos aún, sin ningún complejo, a considerarnos humanistas, al que se ha referido G. Steiner⁵. Lo cual me permite, por otra parte, poder saldar en esta presentación una pequeña parte de la deuda que hemos contraído los propios filólogos con Bertha Gutiérrez Rodilla, con la alegría de comprobar cómo aquella persona llena de curiosidad por el conocimiento, a la que conocí hace algo más de un cuarto de siglo, se ha convertido en un referente en su ámbito de investigación, bien incardinada en la tradición científica que inauguró D. Luis Sánchez Granjel en nuestra universidad y que continuó el Dr. Carreras Panchón, maestro de quien está a un paso de entrar en esta Academia.

Una bibliografía fundamental en el campo del estudio del lenguaje de la ciencia, de un modo particular el de la medicina

Apoyándose, a partes iguales, en el esfuerzo y en el conocimiento ha sabido explicar la nueva académica que la historia del lenguaje científico es una parte fun-

⁵ R. Boyers, *George Steiner en The New Yorker*. Traducción de M. Condor. Madrid: Siruela, 2009.

damental de la historia de la ciencia. Y lo ha hecho en el marco de la necesaria *interdisciplinariedad* en que se han de desarrollar la enseñanza y la investigación universitarias, cuando todavía nadie hablaba de esa palabra, hoy tan de moda, o, incluso, se afeaba la conducta de quien la practicaba calificándola negativamente como mera dispersión. Ha transitado siempre, seguramente por su doble formación en medicina y en filología, por dos vías, buscando las zonas de confluencia entre el lenguaje de la ciencia y el devenir de esa ciencia y de su lenguaje durante siglos. El resultado son varios estudios, entre los que destaca un libro, que es una referencia obligada en todo trabajo que se ocupe del lenguaje científico en español: *La Ciencia empieza en la Palabra. Análisis e historia del lenguaje científico*, del año 1998, que obtuvo el premio «Logos» de la *Association Européenne des Linguistes et des Professeurs de Langue* en el año 2000; libro que encuentra una cuidadosa síntesis y actualización en otro de divulgación titulado *El lenguaje de las ciencias* y publicado en el año 2005.

Por otra parte, la Dra. Gutiérrez Rodilla ha dejado trazada en varios trabajos la historia de los diccionarios médicos surgidos en España desde antes de la aparición de la imprenta hasta los primeros años del siglo XX, a través de los cuales muestra la importancia de la lexicografía para entender la ciencia del pasado y la del presente. En esta combinación que la historiadora de la medicina hace del léxico de su disciplina con los métodos de la lingüística, atiende entre otras

cosas a la formación de las palabras en el léxico científico, a sus funciones o al modo que tiene este para expresar los conceptos médicos. No se olvida, por otro lado, de examinar la situación y los problemas en el plano terminológico a que se ha llegado en la actualidad, tanto en español como en otras lenguas vecinas (catalán o portugués), a consecuencia de una relación de dependencia, que se tuvo en el pasado con el francés y se mantiene en el presente con el inglés, y que en la actualidad está convirtiéndose en un asunto de simple supervivencia.

La atención a una investigación en equipo

Esta labor personal realizada por la Dr.^a Gutiérrez Rodilla es solo una parte de un esfuerzo que presenta otra vertiente, su capacidad de trabajar en equipo, coordinando importantes proyectos de investigación, pues una de sus virtudes más destacadas es la de ayudar a los demás tanto como puede, «dar juego» a quienes trabajan con ella y preocuparse de que quienes se forman a su lado consigan siempre un rendimiento excelente, que les abra puertas en su futuro profesional. Uno de esos importantes proyectos es el que está liderando —como dicen ahora— desde 2018, con el que persigue construir un artefacto —llamémoslo así, haciendo otro brindis al inglés— cuya función consiste en facilitar el trabajo de otros investigadores: se trata del *Tesoro lexicográfico de la medicina* (TeLeMe), accesible a través de internet (<http://teleme.usal.es/>),

un tesoro en el que poder consultar de una vez todo lo que los diferentes diccionarios — médicos en este caso — muestran sobre cada palabra.

Como en cualquier trabajo de esta envergadura se ha partido de una concienzuda preparación, que en este caso la encontramos en dos libros fundamentales. Es el primero *La constitución de la lexicografía médica moderna en España*, de 1999, referente a los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX, al que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz le otorgó en el año 2000 el premio al mejor trabajo relacionado con el lenguaje de la medicina. El otro es *La esforzada reelaboración del saber*, del año 2007, en que se bucea en las aguas de un pasado más lejano, en busca de los repertorios lexicográficos médicos y farmacéuticos previos a la aparición de la imprenta. Aparte de ser estos libros una especie de plano sobre el que se ha levantado ese proyecto de investigación a que me he referido, se trata de obras «únicas», que no existen en otras áreas científicas ni en otros ámbitos lingüísticos y que me atrevería a tomarlas como un auténtico patrón metodológico que se debería seguir en aquellos dominios en los que se trabaje sobre la historia de su lexicografía especializada.

Este proyecto, en el que los datos logran encauzar con realismo nuestra imaginación para llegarnos al pasado del quehacer médico, no solo halla en estos dos libros el suelo firme en que se ha de asentar, sino que se refuerza con un amplio número de artículos en

que encontramos una buena orientación para interpretar esos datos: en unos de esos artículos se examinan los repertorios léxicos medievales (período en el que ha sabido matizar el supuesto patriotismo en el cultivo del romance, que es como se interpreta a veces la sustitución del latín por el vulgar en los textos científicos); en otros examina los renacentistas, las traducciones del *Dioscórides* de un modo particular. Son varios los que se ocupan de diccionarios dieciochescos, como los de Francisco Suárez de Rivera o Joaquín de Villalba y, saliendo del ámbito de la medicina, el de Autoridades o el de Terreros. A los diccionarios médicos del XIX se les concede una atención especial: Manuel Hurtado de Mendoza, Juan Cuesta Ckerner, José M^a Caballero Villar, entre otros, atendiendo también a hechos tan significativos como son las dificultades que existieron para introducir en España los diccionarios médicos franceses y alemanes en el siglo XIX, los comienzos de la lexicografía médico-legal en español, así como los diccionarios médicos de divulgación, etc.

La variedad de asuntos

Si Bertha Gutiérrez Rodilla ha abierto algunos caminos que habían estado cerrados demasiado tiempo, relacionados con el lenguaje de la medicina y su historia y con algo que exigiría que le dedicara un tiempo del que no dispongo, como es el caso de la historia de la traducción médica, quisiera añadir a ello que ha practicado una forma de trabajar que sigue los

cauces de esa tradición que instauró Sánchez Granjel en el Estudio salmantino adentrándose por los entresijos de la historia de la ciencia en lengua española, a propósito de la transmisión del conocimiento especializado, médico de una manera particular; o, en otro plano, dando cuenta de la importancia del lenguaje en la constitución de las primeras especialidades quirúrgicas. Y no he dejado de percibir el sentido del humor que despunta a veces en alguno de sus trabajos, como es el caso de esos dos artículos dedicados a los dientes y a la conveniencia de su aseo en el pasado. No faltan aquellos otros que encogen el corazón, como los dedicados a la atención médica en Salamanca durante la Guerra de la Independencia. Menos mal que ha sabido compensar a sus lectores con una mirada más consoladora dirigida a algo que además hemos de agradecer algunos que venimos siendo de cerca de los Baños de Ledesma: me refiero a sus estudios sobre historia de la hidrología médica. No se ha olvidado, en fin, de recrearse en la relación tan provechosa que se da entre la medicina y la literatura. Como no se ha olvidado tampoco de detenerse, como hoy ha quedado aquí de manifiesto, en la importancia del lenguaje en la comunicación médico-paciente y la relevancia de esta en el proceso de curación.

No me perdonaría no destacar un aspecto del quehacer de la Dr.^a Gutiérrez Rodilla, referente a la divulgación: ferviente partidaria de que el especialista ponga el conocimiento al alcance de todos, ha sabido asumir ese papel de muy diversas maneras: desde

unos cortos y sabios trabajos publicados en *El Trujamán* o en *Investigación y Ciencia*, por ejemplo, hasta un precioso *Diccionario de Alzheimer* destinado a los pacientes, sus familiares y cuidadores. Y no poco tiene que ver con esa tarea el dirigir *Panace@. Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* durante más de diez años, en la que sucedió al Dr. Fernando Navarro, al que hemos de agradecer su creación. Sirve esa revista — que mientras la dirigía la profesora salmantina consiguió un premio de la Fundación Lilly — no solo de puente entre la teoría y la práctica en la traducción médica, sino para difundir modélicamente aquello que puede interesar a historiadores de la medicina, filólogos, lexicógrafos especializados y médicos, entre otros.

La otra cara de la moneda de una investigadora

Estos ligeros apuntes de la andadura científica de Bertha Gutiérrez Rodilla he querido centrarlos fundamentalmente en sus publicaciones; pero no querría dejar de lado con ello los premios y reconocimientos que ha recibido por su labor investigadora. A algunos de ellos, a los que me he referido ya, querría añadir ahora el reconocimiento que supone para su labor continuada el haber presidido la Asociación internacional de traductores y redactores de ciencias médicas y afines (TREMEDICA), y presidir en la actualidad la Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM).

Pero aparte del reconocimiento científico a la investigadora he de referirme al reconocimiento que ha

tenido también como docente, justificado por la atención que ha prestado siempre a la docencia, lo que la ha llevado a involucrarse en proyectos de innovación y en tareas de evaluación docente, pero sobre todo, en proporcionar el mejor tipo de enseñanza posible a sus estudiantes. Algo que explica bien que haya obtenido siempre las mejores calificaciones por parte de sus alumnos y que consiguiera el «Premio a la trayectoria de Excelencia en la Docencia de la Universidad de Salamanca», el primer año en que este se instituyó.

Estamos, por otra parte, ante una universitaria cuyo peregrinaje por distintos centros de investigación y docencia es prueba de su alejamiento de la autarquía que otrora caracterizó a nuestra Universidad. Ha sido viajera de tantas reuniones científicas: en París o en Lisboa, en Lima o en Heidelberg, en Nueva York o en Salerno, en Cali o en Viena, en La Habana o en Barcelona...; en innumerables congresos de historia de la medicina, de la lengua, de la lexicografía especializada, de la traducción médica; impartiendo conferencias y seminarios de toda índole desde Europa hasta América del Norte o del Sur; o dirigiendo cursos, con éxito notable, en múltiples lugares, el último de los cuáles, este mismo verano en Santander, en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

La calidad de la persona

Con todo, no quiero dejar de lado una lacónica referencia a la calidad de una persona cuyas ideas no se

contradicen con su comportamiento, pues se trata de alguien que no antepone el pronombre «yo» a todos los otros personales, alguien que ha mantenido siempre una lealtad encomiable con sus maestros y amigos, alguien en quien siempre está pendiente el afecto hacia los suyos — todos los cuales, incluso los que nos están esperando en otros lejanos mundos, sé que de alguna forma hoy están aquí con ella —, alguien en quien la compasión no se contradice con la entereza de carácter, alguien digna de imitación por parte de aquellas personas adustas — chamuscadas, atendiendo a su etimología — a quien le viene muy bien, como confeccionado a medida, el sustantivo *empatía*, alguien, al fin, que, como he señalado al principio, se explica por una palabra: la *vocación*.

Fin

De esta vocación es consecuencia el discurso que acabamos de oír, que en coherencia con sus escritos y su magisterio, ha mostrado su capacidad para saltar de la letra de los libros antiguos y ponerse del lado del enfermo, porque, como nos lo acaba de decir, *unas pocas palabras, bien utilizada[s], puede[n] resultar fundamental[es] para devolver a las personas el bienestar y la salud perdidos*. Algo que se contrapone a esas ocasiones en que la lengua deja de ser un medio para convertirse en un fin: construir la propia realidad, en ese devenir en que *la historia no es sino la sucesión de los diversos léxicos que se han venido utilizando para re-*

*describir el mundo*⁶. Bertha Gutiérrez, en lugar de inventarse un mundo a su conveniencia ha preferido atender a la realidad de los propios pacientes, capaces de enseñar a los médicos la importancia de la palabra en los procesos de curación.

Termino. La entrada de Bertha Gutiérrez Rodilla en esta Academia la veo como un reconocimiento a la conjunción de la inteligencia y constancia que se dan en su persona, que la ha llevado a recoger unos opimos frutos en el ámbito de las humanidades —campo al que, por cierto, nunca han dado la espalda las disciplinas médicas—. Supone también el reconocimiento a la labor que se desarrolla en el área de la Historia de la Ciencia de nuestra universidad, desde donde se han trazado puentes, cada vez mejor comprendidos, que facilitan el trabajo del que se benefician los propios médicos, pero también quienes observamos la realidad desde otros miraderos, como es el caso de filólogos e historiadores.

Querida Bertha, llegados a este punto, no es necesario que te prevenga de cuán pronto se pasan las inútiles vanidades, que nada tienen que ver con la profunda satisfacción que produce el trabajo bien hecho. Sabiendo que no te vas a envanecer, me atrevo a decirte que pienso que mis palabras representan la opinión que de ti tienen tus maestros, tus colegas, tus

⁶ L. Landero, *El País*, 8.10.2000, p. 16).

alumnos, tus amigos, que es lo que reconoce con este acto la Academia de Medicina. Mi enhorabuena por ello a ti y mi felicitación a la Academia por la elección que ha hecho de tu persona.

He dicho.