

Reunión de Tutores y Residentes de la Sociedad Española de Reumatología – 2008

10-12 abril. Puerto de la Cruz. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

De palabras y composturas

*«Los omes viejos,
que son muy antiguos».
Partidas, Rey Sabio*

Alguien, allá por los años 1800 y pico pero que bien podría ser hace unos pocos años, escribió: «La pureza y las bellezas de la lengua no son por lo común, en nuestra tierra, bienes patrimoniales de los hijos de Esculapio. Los lenguajes de las diversas naciones son ricos en voces en aquellas ramas que se han cultivado con preferencia. Resulta con evidencia una verdad triste para nosotros pero que no debe disimularse, que la lengua castellana necesariamente ha de ser pobre en las diversas ramas de la medicina, de la cirugía, de la física, en una palabra, de las ciencias naturales, que entre nosotros apenas se han cultivado hasta estos últimos tiempos. La escasez de las ideas ha debido resultar por necesidad en la pobreza de las voces facultativas».

Y poco después, otro añadió: «Parecerá sin duda superfluo detenerse en recomendar el estudio y conocimiento de la lengua nacional; pero es muy cierto que muchos Médicos, de nota y de verdadero mérito, han incurrido en todos los tiempos en graves faltas, que la crítica ha ridiculizado justamente por ignorancia de la lengua, o incorrección en escribirla». Pedro Laín, siglo y medio después, hablaría de «patología del lenguaje médico». Enseñaron Hipócrates y Galeno que, en principio, todo lo que no es veneno es alimento. Tal parece ser la norma que preside el crecimiento de un idioma. Sin embargo, el idioma español de hoy, el que se habla en la península y el esparcido por todo el mundo, ha de considerar la preocupación lingüística como parte esencial de su renovado ensueño de progreso. Todos debemos tener presente la máxima del Rey Sabio: “El seso del hombre, por la palabra se conoce”.

Errores, epónimos, anglicismos, acrónimos, cenismo... La jerga es, para Lázaro Carreter, «una lengua especial de un grupo social diferenciado, usada por sus hablantes solo en cuanto miembros de ese grupo social. Fuera de él hablan la lengua general». «Las dos características más llamativas de la jerga médica a cuantos se acercan a ella por vez primera, son su antigüedad y su riqueza». Respecto a lo primero, muchos de los términos anatómicos y clínicos mencionados en los textos hipocráticos conviven, hoy, con los de más reciente adquisición. Entre estos, las ómicas; unas ya manidas: genómica, proteómica, degradómica o metabolómica, y otras apenas llegadas: enfermosómica, reprogenómica o ecuacionómica. Y también, bión, biotensegridad, cibercirugía, holómero, medicina nintendo, nanodocs, prepaciente, quirobótica, somatografía o turboempaquetamiento. La segunda característica del lenguaje médico es su riqueza. El Diccionario de la Real Academia Española, el DRAE, contiene, aproximadamente, 80,000 entradas; frente al *Dorland*, el diccionario médico de referencia, que ofrece más de 120,000.

Como una variedad del lenguaje científico, el lenguaje médico debe definir con mucha precisión los signos y palabras que utiliza; debe tener carácter «denotativo» o rigor para conseguir una comunicación universal. Debe evitar los barbarismos, que atentan contra la fisiología del lenguaje. Están bien algunas prótesis –neologismos–, pero no está bien alterar su metabolismo, generalmente por traducciones viciosas. Además, el lenguaje médico debe tener ritmo, pero no excesivo colorido. También conviene evitar el exceso de retórica, el abuso de siglas, los cambios de género, los pleonasmos, las elipsis... y los gerundios. «Si tuviera que señalar algún ejemplo de

fijación rutinaria en la lengua especial de los médicos españoles, no dudaría en señalar el abuso del gerundio». «Tienen ustedes derecho a tres gerundios», espetaba a sus redactores un célebre director de *El Debate*. El hecho de escribir un texto científico, y no una obra literaria, no quiere decir que no haya que esforzarse por lograr una correcta redacción; «la Medicina, en principio parece lógico, no debe estar reñida con la Cultura».

Mas, tal vez sea el «encanto de lo foráneo» el gran distorsionador. Dámaso Alonso llamó la atención, con especial ahínco, sobre los neologismos técnicos. Desde siempre y en todos los planos sociales y en todas las lenguas se han usado, se usan y se usarán palabras que no son del idioma vernáculo. Pero no me refiero a los préstamos sino a la otra cara de la moneda, a los extranjerismos, considerados como vicios del lenguaje al incumplir dos condiciones fundamentales para una absorción sin traumas: que el vocablo responda en su estructura a los parámetros lingüísticos del español, y que sea necesario, es decir, que no tenga voces equivalentes en nuestro idioma. No hay que olvidar, sin embargo, que muchos extranjerismos, una vez acomodada su grafía a la española, acabarán por ser admitidos, porque el uso termina por decir la última palabra en estas cuestiones.

El *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico* incluyó en uno de sus números un artículo titulado *Dígalo en español, or say it in english*. El resumen del trabajo, en español, dice: «Observamos la tendencia del cuerpo médico a no utilizar con la debida corrección el español y el inglés, mezclar ambos idiomas y reemplazar palabras castizas por anglicismos. Traducimos literalmente del inglés al español, pronunciamos mal las dicciones inglesas, utilizamos términos que son en realidad híbridos lingüísticos. Hay quién usa el inglés para dar más énfasis a la expresión, tal como si el anglicismo diera a la dicción más capacidad para transmitir ideas. Se usa el inglés, también, porque se ignora el término técnico hispánico; y más preocupante, puede ser indicio de esnobismo por parte del hablante. Concluimos que esta Babel lingüística es incomprensible e inoperante, y resulta absurda y ridícula. Sugerimos una actitud consciente y cuidado en el uso del inglés y del español». También Rafael Alvarado se rebeló contra «los horribles anglicismos que provienen, como otros tantos barbarismos, de la pereza mental».

El cubano Alpízar Castillo escribe: «En español no se necesita incurrir en [estos] desatinos. Nuestro idioma es bien rico léxicamente, y muchos de estos “neologismos imprescindibles” no constituyen más que una muestra de desconocimiento de los términos existentes. En vez de “imprescindibles”, son en realidad “neologismos por ignorancia”. No cabe duda alguna, que el inglés es el idioma internacional de la medicina, pero ello no justifica la contaminación de nuestra lengua con términos extraños. Este fenómeno invasor, claramente rechazable, se está produciendo en el lenguaje científico en general y en la jerga médica en particular. El “spanglish” le gana terreno al español». Concluye Alpízar: «Usufructuamos, con la lengua, una herencia cultural magnífica y un milenio de tradición escrita. Nuestra responsabilidad es preservar este acervo, hacer que se mantenga la unidad que nos permite entender a quienes escribieron sus obras en la misma lengua que usamos día a día». Para cuidarla tal como nos la cuidaron los que desde siglos atrás vienen transmitiéndonosla: Juan Ruiz, Íñigo López de Mendoza, Cervantes, Quevedo, Leopoldo Alas, Unamuno, Antonio Machado o Miguel Hernández: «[...] que tenemos que hablar de muchas cosas compañero del alama, compañero».

Celosos de nuestra responsabilidad de enriquecer nuestra jerga, la medicina española no ha dudado en seguir a Juan de Yepes. Un recurso frecuente en la obra de San Juan es utilizar términos a los que la tradición atribuye un determinado sentido o un determinado valor, y hacerles cumplir una nueva función. Tal recurso nos ha permitido proponer dos términos sesudos que han sido

rápidamente incorporados y que, incluso, dan consistencia teórica a nuestro quehacer: “listas de espera” y “peonadas”.

Pero no son tales los retos que la futura generación de científicos y de ciudadanos alejados de los laboratorios pero usuarios predestinados de lo que allí emerja, deberán afrontar. Los descubrimientos en un tiempo inimaginables, salvo en el terreno de la ciencia ficción, aparecen ahora tan rápidamente que no hay tiempo material para evaluar sus implicaciones éticas y morales en un debate mesurado. Tecnologías que hoy apenas se vislumbran revolucionarán los conceptos sobre lo que significará ser humano o respecto al destino de nuestra especie. A menos que tales incertidumbres se aborden hoy, nos daremos de bruces, una vez más, con las consecuencias de un futuro impredecible e inesperado. Médicos, científicos y filósofos, como pilares de la conciencia moral, hemos olvidado desde hace tiempo nuestra responsabilidad con la sociedad y nos hemos preocupado más de temas a corto plazo de intereses personales, evitando cualquier debate social. Como médicos y como ciudadanos, debemos ser conscientes de nuestra responsabilidad en este reto abrumador y aceptar un papel destacado en unas próximas décadas en las que habrá que tomar decisiones casi imposibles. Para ello habrá que buscar complicidad y, para eso «mañana siempre es tarde».

Sirva un ejemplo. El arte transgénico es una nueva forma artística que emplea la ingeniería genética para crear seres vivos únicos. Podría añadirse, que ante la preocupante extinción diaria de especies, el artista puede contribuir a incrementar la biodiversidad global al inventar nuevas formas de vida. «En el futuro no necesitaremos el ordenador ni Internet, porque no habrá diferencia entre tecnológico y biológico. Los seres humanos tendrán material genético variado y elementos diferentes de aquellos con que nacieron, y hay que aprender desde ahora a respetar estas nuevas categorías».

El caso es que la filosofía de la ciencia y el pensamiento filosófico en general empiezan a superar aquella visión, de la que se quejaba con amargura el poeta inglés John Donne, de que la mecánica, la nueva ciencia de su época, el siglo XVII, había expulsado del universo toda la constelación de los mitos y las creencias mitológicas urdidas por el hombre. Albert Einstein señaló la necesidad de que en la actividad científica existiera una empatía con la naturaleza, lejos del puro discurso descarnado. Cuando le preguntaban al poeta inglés Samuel Coleridge por qué asistía a las clases de Química de la *Real Institución*, contestaba: «Para enriquecer mis provisiones de metáfora».

«Es cierto que la fertilidad y la salud tienen entre sus pilares preferentes los cruzamientos entre individuos de distinto origen. Por esto voy a hablar de mestizaje, pero entendido según la tercera de las acepciones de nuestro Diccionario, aquella que reza: “Mestizaje: mezcla de culturas distintas, que da origen a una nueva”». Por eso voy a hablar de «lo mucho que la ciencia ha recibido y puede recibir del mestizaje, de la mezcla de culturas, de los cruces de caminos». En nuestro caso, la medicina, los estudios literarios han mostrado con creces que pueden prestar ayuda para comprender la multidimensionalidad de la práctica clínica. Para tomar las decisiones casi imposibles.

Las necesidades del cuerpo son alimento y agua, dormir, vestido y cobijo. Son básicas porque de ellas depende nuestra supervivencia que, como especie necesita sexo. Las necesidades de la mente son información, conocimiento, comprensión y sabiduría. No son vitales, pero su posesión nos diferencia como seres humanos.

A pesar del éxito espectacular de la medicina científica, numerosos problemas con los que se enfrenta el médico no tienen soluciones técnicas, científicas. La mayoría de las preguntas antes

apuntadas son de esta clase; son cuestiones legales, éticas o morales. Exigen, más que un conocimiento formal, otro filosófico; una experiencia tradicionalmente relacionada con la literatura. Con demasiada frecuencia el profesional bien entrenado no está bien educado. Esta alienación es el precio que pagan los médicos por su ilustración científica y su capacitación tecnológica. Alienación que, en el campo del encuentro clínico, sociólogos, moralistas y otros analistas han tildado de autoritarismo, paternalismo y dominación. No comparto tal posición, por irreal e insostenible. El médico es una persona a quién el paciente acude porque necesita o cree que necesita ayuda, y ello supone aceptar cierta dominación. Un médico que mera y asépticamente expone una serie de posibilidades al paciente y espeta «es lo que hay, usted decide; es su vida», y aunque tal actitud sea el clímax de la autonomía del paciente, a la vez que de la medicina defensiva —autonomía y defensiva—, dos de los paradigmas de la actual medicina, es culpable de omisión si no de malpráctica. El médico, desde luego, debe listar las posibles alternativas y mostrar los pros y los contras, pero entonces, en vez de solicitar al paciente que haga una elección, el médico debe recomendar, activamente y comprometiéndose, un curso específico de actuación. Debe asumir su responsabilidad y no echarse en los brazos del paciente. El paciente podrá aceptarla o no, está en su derecho, pero el médico que no utilice su formación y experiencia para recomendar la mejor de las opciones al paciente o, en algún caso, admitir francamente «no lo sé», no merece tal titulación. Tenemos que enseñar a los pacientes a vivir con sus enfermedades, y todos los médicos, si son médicos, son maestros.

Cierta cantidad de autoritarismo, paternalismo y dominación son esenciales para la eficacia médica. Si tales actitudes están contaminadas por insolencia, vanidad, arbitrariedad o ausencia de empatía o de respeto, estamos hablando de otra cosa. En otras palabras, un médico puede ser beneficiosamente arrogante, o destructivamente arrogante. Y aquí debo volver a la jerga. Muchos pacientes, sin duda, están familiarizados con los términos médicos y los usan. Se ha propuesto que la formación médica del paciente, ello en el sentido de enriquecer su vocabulario en vez de profanar la jerga, podría mejorar la comunicación entre ambas partes. Pero los pacientes, ¿comprenden realmente la jerga médica? Debemos pensar que, como médicos, tenemos dificultades para comprender a otros colectivos. En la mayoría de las ocasiones se oyen los sonidos pero no se entienden las palabras. Hasta el más sofisticado de los pacientes, un colega por ejemplo, necesita ser informado. El médico que ignora esta obligación, la de informar, es culpable de altanería.

Si reconocemos las falsas bifurcaciones y la idolatría del cientifismo, la literatura puede ser una ayuda eficaz a la hora de buscar soluciones que afectan directamente a nuestra condición humana y el espacio para imaginar cómo encontrarlas. La imaginación nos libera de lo inmediato y nos permite encarar lo desconocido. La literatura despierta y estimula la imaginación, y ello es básico para tomar decisiones éticas. La amplitud de perspectivas es el *sine qua non* para elegir y decidir. La literatura está en condiciones óptimas para mostrar la realidad humana de la medicina. Lejos de la artificialidad, la conjunción de literatura y medicina es natural e incluso esencial. Y esencial y provechoso para recordar que la tecnología y la especialización han arrollado la tradición humanística de la medicina. Recuperar el interés por la literatura puede ser el comienzo de una clase de microrrenacimiento; y como cualquier renacimiento, el proceso implica redescubrimiento; descubrir lo que nunca debió olvidarse.

Existe un interés creciente por las artes y la literatura en medicina. Los usos médicos de la literatura ayudan a atemperar el avasallamiento tecnológico al que los médicos científicamente entrenados parecen ser especialmente susceptibles. La inclusión de las humanidades presupone un concepto particular de educación que tiene mucho que ver con la clase de médico que la sociedad

requiere. El enfermo quiere un médico educado; alguien que no solo tenga habilidades clínicas, conocimiento y experiencia, sino también que aprecie a cada paciente como un ser humano que piensa y siente, y que ayude a explicar y a comprender la enfermedad y el sufrimiento. La educación es más que entrenamiento.

Los médicos invierten media vida en medio de la narrativa: escuchan historias, interpretan relatos, observan gestos, descifran síntomas, atribuyen causas, sugieren tratamientos y avanzan pronósticos. En todos los casos «somos criaturas –dice Italo Calvino– inmersas en un océano de palabras». Ningún escrito médico evoca la experiencia de la enfermedad con la intensidad conseguida, por ejemplo, en las descripciones de Homero de las laceraciones y secuelas de las heridas infligidas por lanzas y flechas en la *Ilíada*, o de una herida abdominal abierta en el *Martín Fierro*: «... le dejé mostrando el sebo de un revés con el facón...». O las descripciones del envejecimiento o de la enfermedad hechas por escritores creativos como Gabriel García Márquez, Thomas Mann o Marcel Proust; la imagen del médico en Albert Camus, Louis Ferdinand Céline o Gustave Flaubert, y los poderes curativos del lenguaje en los ensayos de Geoffrey H. Hartman y Gian-Paolo Biasin. O de la confusión entre demencia y genio en el cerebro de *Adrian Leverkühn*, de Thomas Mann, o de las indignidades sufridas por el agónico *Ivan Illich* en las manos de sus paternalísticos doctores.

¿Existe mejor manera de ayudar a que los estudiantes y los ya médicos en formación sientan las satisfacciones, las dificultades, las manías y los fracasos del quehacer médico que a través de las descripciones de la especie *Homo medicus*? Pocos retratos de seres humanos son tan mordaces como aquellos de los médicos en los *Epigramas* de Marco Valerio Marcial, en las cartas de Petrarca, en *El dilema del doctor*, de Bernard Shaw, o en *Wonderland*, de Joyce Carol Oates. Por otro lado, pocas personas han sido retratadas con más compasión que el doctor Tertius Lydgate, en *Middlemarch*, de George Eliot, el doctor Bénssais, en *El médico rural*, de Balzac, o el doctor Joaquín Monegro, en *Abel Sánchez*, de don Miguel de Unamuno.

Es fácil olvidar que la principal herramienta diagnóstica, a pesar de la avalancha de técnicas electrónicas, químicas y radiológicas, sigue siendo la historia clínica. Esa historia es, en sí misma, una narración compleja, personal, abigarrada, de un episodio en la vida de una persona. En un libro de texto de una de las asignaturas básicas para la formación médica en la Universidad líder en los EE. UU. y publicado el año pasado, puede leerse: «La correcta elaboración de la historia clínica es, hoy, un requisito indispensable para los clínicos»; y continúa: «la relación médico-paciente es parte esencial de la atención médica y está en íntima relación con el grado de satisfacción del paciente».

El secreto del cuidado del paciente es que es atención para el enfermo». Este secreto ha sido bien guardado. En el mundo médico de hoy, vejado en un contexto de ignorancia e incompetencia economicista, los estudiosos del tema utilizan sus cifras para tasar el trabajo de los practicantes —así nos consideran—, de las instituciones o de los sistemas de salud; para comparar los rendimientos de los diferentes planes de salud; para abordar análisis «coste-beneficio», y para tomar diversas decisiones fiscales y realizar rocambolescos ajustes.

Los sesudos estudios se preocupan de la eficacia de los procedimientos técnicos, tal como lo apropiado de ordenar una determinada prueba diagnóstica, un costoso fármaco o una prótesis quirúrgica; pero prácticamente todos los procedimientos gerenciales ignoran los componentes tradicionales de la atención del paciente: cómo calmar el dolor, cómo mejorar la capacidad funcional o cómo aminorar la ansiedad o el estrés. Observando los pertinentes procedimientos técnicos, un sistema de atención sanitaria, una institución o un practicante, puede conseguir excelentes calificaciones de su «calidad de cuidado», a pesar de haber infligido groseras

violaciones del trato a los enfermos. La medicina va más allá de la «calidad del escenario tecnológico».

La medicina debería aspirar a ser: honorable y dirigir su propia vía profesional; moderada y prudente; asequible y sostenible; justa y equitativa, y respetar las opciones y la dignidad de las personas. El tratamiento de una enfermedad puede ser completamente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente personal. El encuentro clínico no es un cliché; es un cuadro impresionista. El médico que atiende a un enfermo relegando a segundo plano su vida emocional, es tan acientífico como el investigador que reniega del control de las variables que pueden afectar a su experimento. Alguien ha manifestado que la consideración humanística del cuidado del enfermo es un «arte perdido», el ingrediente olvidado de las reformas sanitarias. Una serie de barreras se empeñan, con terquedad, a su incorporación: paradigma educativo atrincherado, no se valoran habilidades ni actitudes; políticas remunerativas torticeras, peonadas o pago por trasplante; organización perversa de la atención médica moderna, reclamo de ocho minutos por enfermo; incapacidad de comunicación oral, a pesar que el arte más rico en medios y formas expresivas es la palabra; taxonomía inadecuada, desplazamiento de los síntomas por los signos, y reduccionismo estadístico o alquimia contemporánea. Nos olvidamos de que es mejor una contestación aproximada a una pregunta correcta, que una contestación correcta a una pregunta equivocada.

Los hospitales son escenarios de las principales transiciones vitales: nacimiento, muerte e incidentes críticos entre medias. Las historias que en ellos emergen son significativas y reveladoras no solo para los pacientes que las relatan, sino también para la comprensión general de la naturaleza humana. Irónicamente, tales relatos casi nunca se escuchan. Las razones no son simplemente la naturaleza impersonal de aquellas instituciones, o la estructura actual de la práctica médica, que hace que los doctores se distancien de sus pacientes. Aunque esos factores son importantes, las historias que se cuentan en los hospitales se pierden por una devaluación más general del acto narrativo –o cuentacuentos– como un modo de autoconciencia. La historia médica se basa en un punto de vista biomédico de la realidad; acepta, que para conocer y tratar la enfermedad, los hechos orgánicos son los más básicos, «reales» y clínicamente significativos; aquellos a los que merece la pena prestar atención. La historia clínica transforma el padecimiento del enfermo en enfermedad. Al contrario, el relato del paciente se refiere a su padecimiento. Y debemos aceptar que los aspectos educativos, sociales, culturales, ocupacionales o religiosos son, en ocasiones, tan importantes para el paciente como su padecer.

Cuando nuestros estudiantes y nuestros médicos en formación, y nosotros primero, hayan aprendido a aproximarse a las historias clínicas que escriben y leen desde una perspectiva literaria responsable, su conocimiento de los pacientes y de sus enfermedades habrá crecido en paralelo, en detalle y en profundidad. En cuanto que un valor añadido para los médicos, que es también una plusvalía para el paciente, esa formación humanística incrementará su autoestima. Al ser mejores lectores, serán mejores médicos.

Nadie puede dudar, que «la lectura de las grandes obras es similar a una conversación mantenida con las gentes más honestas del pasado, que han sido sus autores y, a la vez, una conversación minuciosa en la que nos dan a conocer únicamente lo más selecto de sus pensamientos»; «el espíritu en su letra». La tradición occidental está encarnada en esa *gran conversación*, que comenzó en los albores de la Historia y que hoy continúa. Una civilización que debería, por ello, ser la *civilización del diálogo*, y su espíritu, la curiosidad, la pregunta. Nada debe permanecer incuestionable, ni dejarse sin examen propuesta alguna. Solo el intercambio de ideas servirá de abono para cosechar el progreso, que no es tener más, sino ser mejores; «de ahí la

profunda nobleza del diálogo». Para detenerlo no es necesario quemar libros, basta con dejar de leer.

Los libros, su lectura, representan nuestras raíces; raigambre dependiente, en cada uno de nosotros, de las circunstancias en que se desarrollan nuestras vidas. La de mi entorno más próximo centrada, en gran parte, en el ámbito de la ciencia experimental, cuyo auge no distrae el tono de la gran conversación; la ciencia experimental es parte del diálogo, del *canon*. Nuestra ciencia, y la medicina en ella se basa, es parte de nuestro humanismo, como la ciencia en tiempos de Pericles fue parte de la cultura griega.

He hablado de una especie de *canon* de literatura médica. ¿Y por qué no de un *canon* médico? Porque la feliz ignorancia rinde homenaje a la novedad; pregonamos los descubrimientos más recientes aun sin confirmar y las opiniones más osadas o más obvias. La medicina está de moda: desde la terapia milagrosa o el *tricorder*, hasta la ¡salud como enfermedad! La nuestra es una época de lo instantáneo y de lo inmediato. Las bases conceptuales se diluyen en una percepción de que la necesidad del diálogo con el pasado es algo trivial, porque el pasado es intangible. La destradicionalización de los valores culturales, en medicina como en otras parcelas del conocimiento, supone el riesgo de perder la perspectiva textual y, en nuestro caso, de la historia de las ideas que enmarcan la práctica médica. Un canon propone la importancia de un pasado científico, aúna las comunidades médicas, a las que dota de una identidad intelectual, y ayuda a comprender cómo se ha desarrollado la práctica médica y cómo lo que hoy practicamos cambiará en el futuro. La identificación y la enseñanza del canon mostrarán cómo ha evolucionado el conocimiento médico y señalarán los límites de la medicina.

La universidad —los hospitales universitarios, a parte del título que ostentan, deberían ser parte intelectual de ella— proporciona, a quienes allí se forman, la oportunidad de aprender una profesión eminentemente práctica, con su bagaje científico-técnico; pero también debería inculcar el patrimonio intelectual de aquella. La lectura amplía la identidad personal, y sin canon no hay referencias. Para mirar hacia el futuro, qué mejor referencia que nuestro propio canon. En términos generales, leemos y aprendemos a partir de fuentes secundarias. Aunque ello es necesario, el canon nos pone en contacto directo con el material original en estado puro. Solo él nos puede proporcionar el deleite de leer en primera persona la obra de quienes merecen la pena. Trabajos pioneros y seminales, rigurosamente argumentados y bien escritos

Por todo ello, engarzados por una necesidad común de ver la vida al desnudo, mirar y ver, y ver y sentir, la medicina y la literatura se realzan mutuamente. Al hacerlo, aumentan la capacidad de los seres humanos para reconciliarse en cuerpo y en espíritu. ¿Deberíamos ser menos expertos? Después de todo, Esculapio era hijo de Apolo. La genética del espíritu pudiera ser incluso más poderosa que la genética del ADN. Preguntado para que recomendara libros para una buena preparación de los estudiantes de Medicina, Thomas Sydenham, apodado el Hipócrates inglés, contestó: «Lean *Don Quijote*, es un libro muy interesante; yo lo leo con frecuencia».

El profesional tiene el deber y la responsabilidad de formarse primero espiritualmente como hombre y después como especialista. Es el contrapeso de la balanza de nuestra mente que equilibra el fiel, para que de este modo el lado científico no descienda, cargado en exceso, a oscuras profundidades. Es algo que exige mucho tiempo. Les toca a ustedes ponerlo en práctica. Ello, con la palabra «clave» en medicina, y en todo. Esa «palabra» es el ábrete sésamo de todas las puertas; la verdadera piedra filosofal que transmuta el vil metal de la humanidad en oro. El peor formado entre ustedes se hará inteligente, el inteligente brillante y el brillante, aplicado. Con la palabra mágica todas las cosas son posibles, y sin ella, todo estudio es vanidad y contrariedad.

Esa palabra es responsable directa de todos los avances en la medicina de los últimos veinte siglos. Siguiéndola, Hipócrates hizo, de la observación y de la ciencia, la urdimbre y la trama de nuestro arte. Galeno entendió tan bien su sentido que quince siglos dejaron de pensar, y durmieron hasta que fueron despertados por *De fabrica* de Vesalio, que es la verdadera personificación de la consigna. Con su inspiración, Harvey dio tal impulso a la circulación que aun lo sentimos hoy. Hunter sondó todas sus cimas y valles, y sobresale en nuestra historia como uno de los grandes modelos de su virtud. Con ella, Pasteur se mostró como un verdadero talismán para abrirnos un cielo nuevo en medicina, y una tierra hasta entonces desconocida en cirugía. Con ese mismo talismán, Osler construyó la medicina que hoy practicamos; Halsted, la cirugía; Cajal, abrió puertas todavía entreabiertas, y Avery propició la eclosión de la biología y de la genética moleculares.

«No sólo ha sido la piedra de toque del progreso, sino la medida del éxito en la vida cotidiana. Y la consigna, la palabra clave en medicina es *trabajo*. Una pequeña palabra, como les he dicho, pero llena de trascendentes consecuencias, si pueden grabarla en sus corazones y ceñirla en sus frentes».

En este punto debemos arriesgarnos a reclamar el ideal ético. El ideal es lo querido; es el riesgo de la voluntad de valor, que es un propósito activo de excelencia. Es la posibilidad de realizar cada cual ese querer, en el ámbito de las relaciones con los demás. La voluntad de valor consiste, precisamente, en rechazar la imagen de un mundo que es irremediablemente lo que es. La responsabilidad de rechazar la mediocridad y la indiferencia. El riesgo busca la diferencia, la distinción. El indiferente, el que no arriesga, es cosa entre las cosas; todo vale porque todo da lo mismo. Todo lo opuesto al valor; aquel que acompañaba los últimos momentos de Macbeth, quién es la intrépida decisión, el riesgo de luchar por las diferencias y no dejarse confinar, en el congelado y repetitivo infierno de lo por siempre igual. Una tarea, hoy heroica.

El héroe no obra por deber, sino porque quiere y puede comprometerse con unas convicciones no siempre generalizables, porque la generalización es el distintivo del monótono deber. Compromiso, sean cuales sean los costes que el mismo tendrá que pagar por ello. La mezcla de conocimiento y de esperanza, es otro signo fundamental del comportamiento heroico. El apostar por la aventura, por una causa que vale por sí misma al margen de sus riesgos, supone dos cosas: conocimiento de lo que uno, el yo individual e irrepetible quiere hacer, y confianza en sí mismo. Del conocimiento y de la autoconfianza, del serse, nacen la fuerza, la seguridad y la estima en sí, que se materializan en otra virtud, increíble en nuestros días: la magnanimidad, la grandeza de espíritu. Arriesguémonos a ser responsables. Arriesguémonos, al margen de la asfixiante burocracia, a potenciar el rechazo a la fascinación tradicional hacia todo poder que no se base en una autoridad moral diariamente contrastada. Porque lo cierto es que, a veces, parece que nos avergonzamos de la imaginación creadora, de la conciencia de libertad...

Paz y Bien.

Pedro R. García Barreno
Médico
de la Real Academia Española
de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales.