

# Ética médica en la literatura del siglo XIX

Hugo Fernández de Castro-Peredo\*

Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F., México

Recibido en su versión modificada: 24 de febrero de 2005

Aceptado: 20 mayo de 2005

## RESUMEN

*Desde el siglo XX la humanidad está asediada por violencia, crisis del estado de derecho e impunidad, circunstancias que se extendieron al profesional de la salud: crisis de la ética-moral médica.*

**Objetivo:** Aparte del registro de casos clínicos y dilemas ético-morales en el siglo XIX, investigar testimonios histórico-médicos y de ética, moral, etiqueta y educación médicas en la literatura decimonónica, considerándola también resguardo fidedigno de ellos.

**Procedimiento histórico-analítico:** Casos de autonomía, beneficencia, justicia, no maleficencia y solidaridad en 122 obras literarias (84 autores, 20 países) decimonónicas, elegidas —según analistas reconocidos— porque muestran coincidencia y trascendencia de objetos de la vida real con objetos representados literariamente, tomándose para este artículo Axel Munthe y su Historia de San Michele.

**Hallazgos:** Se identificaron —agrupándose en cuadros analítico-estadísticos- fragmentos literarios sobre impronta científica-técnica, ejercicio profesional, relación galeno-paciente, casos clínicos, dilemas ético-morales, etiqueta y educación médicas, confirmándose que la dimensión médica más valiosa tiene raíces, tronco y fronda humanistas.

**Conclusiones:** Innovación aportada: enfocada histórica, médica y bioéticamente, la obra literaria pudiera ser otra vía analítica-reflexiva para que el médico lector-esteta del siglo XXI, recuperando los objetos reales representados, escogiera la senda de su superación e hiciera crecer su éthos y su contribución al bien común.

## Palabras clave

Ética-moral médica, historia, medicina, siglo XIX

## SUMMARY

*Since the last century, humanity has been besieged by violence, crisis of the state of law and impunity, everything extended to crisis of medical ethics-moral.*

**Objective:** In addition to clinic cases and ethics and moral dilemmas in the nineteenth century, to investigate for testimonies of the history of medicine and medical ethics, moral, etiquette and education in the nineteenth century literature, considering this a trustworthy archive of them.

**Analytic-historical proceeding:** Cases of autonomy, beneficence, justice, nonmaleficence and solidarity in 122 nineteenth century literary masterpieces (84 authors, 20 countries), selected –according to prestigious scholars– because they show coincidence and transcendence of real life objects with literary represented objects, taking for this article just Axel Munthe's Story of San Michele.

**Finds:** Grouped in statistical-analytic tables literary paragraphs about technical-scientific matters, professional exercise, medical-patient relation, clinic cases, moral-ethics dilemmas and medical etiquette and education were identified corroborating that the more worthy medical dimension has humanistic roots.

**Conclusions:** Innovating contribution: focused through the lens of the medicine history and bioethics, literary masterpieces might be the reflexive-analytical way for the twenty-first century physician-reader, to recover the real objects represented, to choose his excelling path and to increase his éthos and contribution to the common welfare.

## Key words:

History, medical moral-ethics, medicine, nineteenth century

## Introducción

Este artículo es la sinopsis de una investigación bibliográfica sobre los antecedentes y formación decimonónicos de la etiqueta, moral y ética médicas, tres conceptos cardinales en el alba del siglo XXI para abordar —y bordar en— la bioética, una disciplina surgida apenas en el cuarto último del siglo XX.

Pero, no se trata de una investigación en textos científicos, médicos, técnicos, filosóficos ni de ética o moral médicas, sino

en la obra literaria porque se ha partido del criterio rector de que la literatura tiene otro punto de vista que, si bien diferente al de la ciencia, la técnica y la filosofía, es igualmente valioso.

Es decir, fue propósito de esta investigación enfocar con otra lente los paradigmas y dilemas ético-médicos, la praxis profesional, la relación médico-paciente y, asimismo, contribuir a la estructuración de la teoría bioética, aún en construcción.

Quede claro que, siendo la bioética una disciplina recién fundada, la investigación tampoco trató de rastrear su huella

\*Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Hugo Fernández de Castro-Peredo. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina UNAM. Brasil 33, Centro, 0620 México, D. F. Tel.: 5529 9741. Correo electrónico: hugofdec@hotmail.com

decimonónica sino de indagar —en la representación literaria de la realidad— el paso de la etiqueta social a la etiqueta médica, de la caridad cristiana a la caridad filantrópica, de la ética de carácter a la ética de conducta y, por último, de la ética y la moral filosóficas a la deontología, moral y ética médicas.

### Vinculación de la literatura y la filosofía

Punto de partida de la investigación fue también la noción de que la literatura y la filosofía no son disciplinas excluyentes una de la otra sino “interpretación en palabras del mismo universo real, cada uno a su manera, original y perfecta, algo así como agua en río y agua en nube. Para ciertos menesteres vale más agua líquida que en vapor [o congelada]; para otros, no”.<sup>1</sup>

Y si el acto de la creación literaria es un acto estético que da forma, estructura y esencia, la médula de la metafísica de la creación literaria —o artística— es la acción y “el acto creador por autonomía [es aquél en el cual] se muestra la identidad de lo que aparecía separado por un abismo: el espíritu y la naturaleza. El arte, lejos de ser forjador de sombras y fantasmas, es la revelación de la verdad más pura [y] en vez de pretender eternizar lo que es contradictorio, es la manifestación más inmediata de la identidad”.<sup>2</sup>

Además, se prefirió el romanticismo —base indefectible y axiomática del realismo— por ser una corriente que, ya sin el fardo racionalista legado por el enciclopedismo, no es exclusivamente literatura y filosofía sino una visión total —*Weltanschauung*— del mundo, la naturaleza y el hombre que incluye nacimiento, salud, enfermedad, vida y muerte, por lo cual si se transita por los caminos de las medicinas romántica y realista, plenas de enseñanzas y de innovaciones, es posible —como lo demuestra Giorgio Cosmacini— asumir “que ese saber sobre el cuerpo humano, reforzado por una ambición de curar, está dividido desde el principio entre una metafísica de la vida, una ciencia experimental y una práctica invadida por la angustia de los enfermos en tanto que el médico romántico, visitando unas veces a los muertos, cuidando otras a los enfermos [...] armado con su lanceta, fiel al antiguo procedimiento que consiste en purgar la sangre, lleva a la casa humilde un alivio psicológico más que un arte de curar. A su manera, también es un buen testigo de la edad romántica que aporta, por lo menos a las más recónditas de esas sociedades rurales de Europa, una ciencia más segura que la tradición”.<sup>3</sup>

Por eso esta investigación se centró en buscar “el verdadero suceso de la unión entre poesía y filosofía que tuvo lugar en el romanticismo. El verdadero suceso y su sentido”,<sup>4</sup> y en escudriñar —se insiste: no en textos científicos, médicos o filosóficos, sino literarios románticos o realistas— dilemas inquietantes tanto para el médico y su praxis como para cualquier profesional abocado al estudio de la ética médica.

### Siglo XIX

Así pues, sobre tales cimientos, la investigación se orientó a cuestionar mayéuticamente si, aparte de los textos científico-técnicos, hubo registro —testimonio— en la obra literaria decimonónica del desarrollo histórico de la medicina y de la actitud y comportamiento profesional del galeno y su estampa

en la sociedad conforme la ética y la etiqueta médicas de la época.

En cuanto a la literatura decimonónica, se seleccionó por el ambiente de libertad, imaginación, independencia y antropocentrismo con el cual las revoluciones Americana y Francesa matizaron sujetos, objetos y sucesos de esa centuria insólita—idealista-romántica o positivista-realista— que fue el siglo XIX.

Tal singularidad se apoya también en que la era decimonónica —recuérdese, no todo el siglo romántica sino a veces realista, impresionista y tinta de positivismo— fue escenario de una revolución técnica que modificó los patrones habituales de vida al aparecer el vapor para la industria, ferrocarril y navegación; la electricidad y la bombilla eléctrica; el daguerrotipo y la fotografía; el telégrafo y la estampilla postal.

En medicina hubo avances como la teoría bacteriológica que de un siglo al otro dio paso a la vacunación, la erradicación o control de los padecimientos infecto-contagiosos y la inmunología; la anestesia; la asepsia con sus autoclaves verticales de leña y vapor de agua para esterilizar ropa, gasa, guantes (primero de algodón y luego de hule) e instrumentos quirúrgicos; la antisepsia (ácido fénico, yodo, mercurrocromo). Todos estos cambios causaron un progreso espectacular nunca antes visto en la cirugía, asimismo favorecida con la mesa de operaciones, pinzas quirúrgicas y catgut.

Por otra parte, el empleo sistemático del microscopio innovó la citología, histología, parasitología y microbiología, se introdujeron las jeringas y agujas hipodérmicas y se descubrieron los rayos X.

Otros cambios señeros fueron que en el siglo XIX se reconoció la enfermedad como un desorden del proceso energético-material de la vida, irrumpió el evolucionismo, el método experimental, la teoría celular y las escuelas anatómica-clínica, fisiopatológica y etiopatológica y, principiaron:<sup>5</sup>

- Los análisis de laboratorio.
- Los analgésicos diferentes a la morfina: aspirina o ácido acetilsalicílico.
- Las estadísticas médicas.
- El concepto semiológico de signo físico.
- El diagnóstico integral (anatomo-topográfico, fisiopatológico y etiológico).
- Los nacientes hospitales generales, con sus pabellones de especialidades.
- El laringoscopio, el estetoscopio y la determinación de los grupos sanguíneos.

Pero los avances científico-técnicos generaron tanto bienestar para médico y paciente como inquietudes ética-morales, cual es el caso de la *anestesia a la reina* que empezó a darse a las parturientas (en dos de sus partes el doctor John Snow le colocó a la Reina Victoria I de Inglaterra una mascarilla donde goteó cloroformo para unas cuantas inhalaciones de su augusta paciente, según lo relata en su libro —1858— *On Chloroform and Other Anaesthetics*):<sup>6</sup> si la Biblia establece que el Señor le mandó a Eva que toda mujer pariera con dolor ¿cómo contravenir un mandato divino aceptando la anestesia para mitigar los dolores del alumbramiento?<sup>7</sup>

Dilemas ético-morales análogos, hubo en otros casos clínicos y rupturas científicas del siglo XIX.

## Textos de ética médica y códigos deontológicos

El primer código de deontología médica apareció en Estados Unidos con base en dos textos de ética médica con fuente empirista escocesa y británica, publicados en Inglaterra uno a fines del siglo XVIII, de John Gregory (1724-1773), profesor de medicina en la Universidad de Edimburgo y otro a principios del XIX, de Thomas Percival. El pensamiento de David Hume, amigo y colega de Gregory en quien tanto influyó, aún es vigente: toda la vida moral se basa en la simpatía (compasión natural e intuitiva) del yo con los sentimientos morales del otro. Y, así como de la simpatía, surge el deber cardinal del galeno, aliviar el sufrimiento y curar la dualidad cuerpo-alma; también emanan otros deberes del profesional de la salud, como el secreto profesional.

*Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*, primera edición (1770) del libro del doctor John Gregory y texto muy apreciado por el doctor Percival (de quien se hablará enseguida), versa sobre las cualidades morales que debe tener el médico: asistencia, decoro (en el sentido de dignidad, decencia, honor y, en general, las maneras y comportamiento del médico con sus pacientes, colegas, cirujanos y boticarios), discreción, humanidad, paciencia y tolerancia.<sup>8</sup> Para Gregory, el médico debe guardar el secreto profesional, respetar los intereses y deseos de su paciente en cuanto al tratamiento (expresión del principio de autonomía) y decirle la verdad si el pronóstico es grave, tratándolo siempre con la cortesía y dignidad propia de un caballero.<sup>9</sup>

Pero —y de ahí una de las causas del contraste con Thomas Percival (1740-1804)— a mitad del siglo XVIII empezó en Inglaterra una corriente social que propició en algunos pueblos la erección (1718-1750) de setenta hospitales pequeños<sup>10</sup> atendidos por voluntarios, a los cuales los miembros de los sectores sociales sobresalientes —entre quienes había médicos— les impregnaron el espíritu cristiano-caritativo de la "Poor Law", para la atención de los pacientes menesterosos. Fue en uno de esos establecimientos, la Royal Manchester Infirmary, donde en el año 1791 su director invitó al prominente doctor Percival a preparar un proyecto de conducta profesional en hospitales e instituciones de caridad que fue base de *Medical Ethics, or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, un texto publicado en 1803 que incluyó el término ética médica, por vez primera usado expresamente en la literatura de la moralidad y deontología médicas. Los cuatro capítulos (deberes en el hospital; conducta profesional privada; relaciones con boticarios; deberes relativos a la norma jurídica) del libro de Percival formaron un sistema general de ética médica, conducta y relación entre colegas, potencialmente normado por principios de etiqueta ya conocidos: urbanidad, rectitud y la noción moral de que el galeno deberá ser un caballero en su trato con colegas y pacientes.<sup>11</sup>

Uno de los grandes contrastes entre Gregory y Percival es que el pensamiento de aquél surge en una Inglaterra y una Escocia en donde antes del siglo XVIII la medicina era una profesión docta y caballerosa y su ética estaba estructurada por la cortesía, una cualidad aristocrática propia del gentilhombre o caballero, todo ello emanado —a partir del siglo XVI— de la etiqueta social y las maneras de comportarse en la alta sociedad, según lo reseñaban textos de literatura

popular como *Book Named the Governor* (1531), de Thomas Elyot.<sup>12</sup>

Ahondando en las diferencias entre Gregory y Percival, cotéjense las fechas del deceso del doctor Gregory y de empiristas escoceses y británicos (Francis Hutcheson, 1694-1746; Thomas Reid, 1710-1796; David Hume, 1711-1776; Adam Smith, 1723-1790; Thomas Gisborne, 1758-1846) que influyeron en él y podrá comprobarse que a casi todos la muerte les impidió conocer la experiencia social, política, económica y cultural de la Revolución Francesa de 1789, su difusión en Europa y América mediante las guerras de la I<sup>a</sup> República y el I<sup>er</sup> Imperio y los cambios que propiciaron, mientras que Percival y Gisborne los vivieron plenamente, fueron marcados por ellos y los incorporaron a la esfera ética-moral del quehacer médico.

Cabe comentar que desde que los *Pilgrims* llegaron —1620— a Massachusetts y fundaron la colonia New Plymouth, llegó también la medicina inglesa con su farmacopea aunque sin ningún aporte científico, esto es, sin un sistema educativo y regulativo, lo cual prohijó que en el siglo XVIII los médicos yanquis se instruyeran en el oficio sin mayores bases teóricas, como aprendices al lado de la gente experimentada.

En esas condiciones surgió en EUA una corriente de médicos y profesores de medicina que, influida por las ideas de Gregory, Percival y Rush,<sup>13</sup> preconizó una reforma en la enseñanza y la praxis médica para modificar los rasgos negativos con los cuales el pueblo yanqui había etiquetado al médico: un hombre educado rudamente, desnudo de conocimiento científico, sucio y peligroso, belicoso con el colega y —similar a la conducta del estudiante de medicina— descortés y sin normas regulativas de su profesión; no obstante, los intentos normativo-deontológicos fueron un paliativo que apenas logró algún cambio ligero.<sup>20</sup>

Por tales motivos los médicos estadounidenses universitarios se reunieron en mayo de 1846, llamaron a una primera convención médica nacional para elevar la calidad de la educación médica en EUA y fundaron la American Medical Association (AMA), dando lugar a que en la segunda Convención Médica Nacional (1847) y bajo la conducción del doctor Isaac Hayes, se elaborara el primer código deontológico de ética médica. Dicho código estableció como deber del médico atender el llamado del enfermo y darle asistencia profesional, guardar discreción y atender los casos difíciles; lista de los deberes del paciente; establece la prohibición al médico de publicidad, mejunjes secretos y patentes de medicamentos o instrumentos quirúrgicos, el servicio gratuito al colega, la práctica exclusiva de medicina científica y la exclusión de los practicantes *irregulares* (charlatanes).

Finalmente, vale la pena remarcar la influencia de Gregory y Percival en los códigos (deontológicos) de ética que comenzaron a aparecer en los EUA, sobre todo el primero, único decimonónico:

1) *Code of Ethics*, AMA, 1847;<sup>13</sup> 2) *Principles of Medical Ethics*, AMA, 1903;<sup>14</sup> 3) *Principles of Ethics*, AMA, 1912;<sup>15</sup>; 4) *Principles of Ethics*, AMA, 1957;<sup>16</sup> 5) *Principles of Ethics*, AMA, 1980;<sup>17</sup> 6) *Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship*, AMA Council on Ethical and Judicial Affairs, 1990, actualizada en 1994.<sup>18</sup>

**Cambios en la ética y moral médicas al terminar la primera mitad del siglo XIX.** Del enfoque romántico-idealista en la ética, moral y etiqueta médicas y praxis profesional surgieron novedades en: el paternalismo en la relación médico-paciente; el paso de la caridad cristiana a la caridad filantrópica; la inclusión del médico en el grupo social emergente (estratos medios); el auge del prestigio —y poder— social del médico como figura muy respetada y el tránsito de una ética de carácter a una ética de conducta.

**Etiqueta médica.** La palabra *etiqueta* significa ceremonial y proviene del francés *étiquette*, vocablo a la vez extraído del alemán *stik*, equivalente a fijar. Aparentemente, el vocablo etiqueta tendría —como ética— incrustada la noción de costumbre, hábito, es decir, la voz griega θοc, pero no hay tal: la griega es una lengua monosílábica y, entonces, la *st* del verbo teutón *stik* o del verbo español *estrary* la *st* del sustantivo inglés *stick* (un garrote o palo, que incluye la noción de estar erecto) tienen la misma función que la *st* del verbo inglés *stand*: permanecer erecto, derecho, asentado sobre los pies.<sup>21</sup>

**El médico romántico.** Ya definidos medicina y galeno románticos, cabe ahora mencionar que la primera mitad del siglo XIX dio cauce a dos anhelos soñados por los ideales del galeno romántico y registrados por la obra literaria: I) otra visión de la realidad; II) marcar con su impronta un paso más de la conversión —un proceso históricamente milenario, con alternancia de avances, inmovilidad y retrocesos— de la medicina en una disciplina científica-técnica, cada día más confiable.

**Medicina positivista y Axel Munthe.** La segunda mitad decimonónica se desafilió del romanticismo —con la ola revolucionaria de 1848 como parteaguas— y se inscribió en el realismo —vástago del romanticismo— y en los cánones imperio-racionalistas del positivismo, la corriente filosófica iniciada por Auguste Comte, de modo que el doctor Axel Munthe (1857-1949) se educó en la medicina positivista y la adoptó, aunque no por eso dejó de tener un alma, vida, ética, moral y etiqueta plenas de humanitarismo.

Puede caracterizarse el realismo —y, con él, el positivismo— como el abandono del idealismo utópico y la inclinación humana tanto hacia el alcance del conocimiento racional y científico como hacia lo delimitado y observable, con la finalidad de acrecentar los proyectos de transformación de la realidad mundana.<sup>22</sup>

**Obra literaria como representación real de problemas ético-morales médicos.** Así fue el origen de la hipótesis de que, accesoriamente al resguardo existente en los libros de medicina decimonónicos, la obra literaria pudiera ser otra vía analítica-reflexiva para que el médico-lector de principios del siglo XXI, ahora bajo el enfoque de la bioética y recuperando objetos reales representados, escogiera la senda de su superación e hiciera crecer su *éthos* y su contribución a la consecución del *bien común*. No se trataría de interrogar directamente al paciente ni al colega, sino de analizar y cuestionar la palabra contenida en la obra literaria porque en ella también hay rastro del acontecer real decimonónico en lo concerniente al ejercicio médico profesional y la relación médico-paciente: conforme Foucault, es función de la hermenéutica intentar “hacer hablar los signos y descubrir sus sentidos”.<sup>23</sup> Dicho de otra manera como modalidad adjetiva de la visión científica-técnica de la medicina y del quehacer médico existente en los

libros de medicina decimonónica, investigar datos clínicos y dilemas ético-morales en el ambiente, tiempo y circunstancias del siglo XIX tal y como quedaron registrados en la literatura.<sup>24</sup>

A priori, los rasgos visibles —asequibles— al empezar el trabajo eran los que están a la vista inmediata en la obra literaria, pues los que yacen en lo profundo —más esenciales y explicativos— no se conocían en la fase primaria de esta investigación científica-humanística, susceptible de sesgarse si la realidad de la palabra escrita es reemplazada por apreciaciones simplistas del investigador.<sup>25</sup>

Para terminar, ya sólo cabe mencionar que *problema* es un concepto que denota un vacío —en el conocimiento, la esfera psicomotora o el dominio afectivo— susceptible de ser llenado.<sup>26</sup>

Los problemas planteados aquí son:

- A. La impronta de la ciencia o de la técnica ¿se estampa en la obra literaria decimonónica e incluye casos clínicos, dilemas ético-morales y consideraciones de etiqueta y educación médicas?
- B. En los textos literarios decimonónicos ¿aparecen las características principales de la ética y la moral del médico del siglo XIX así como algunos de sus valores, virtudes, actitud y comportamiento?
- C. En la obra literaria del siglo XIX ¿hay referencias tanto de la etiqueta del médico romántico o del médico decimonónico como de las características de su educación académica?
- D. Si en la obra literaria del siglo XIX hay casos clínicos, dilemas ético-morales y argumentos de etiqueta y educación médicas ¿han sido del dominio público o del gremio profesional de la salud?

## Material y métodos

Se expone el análisis de una obra literaria del escritor decimonónico Axel Munthe, la *Historia de San Michele* (título original: *Boker om Sam Michele*), la cual se consideró representativa —como tantas otras que no pueden mostrarse ahora por limitaciones de espacio— por su eficacia en desvelar la coincidencia y trascendencia al siglo XXI de los objetos de la vida real con los objetos representados en la obra literaria decimonónica que son esencia de esta investigación.

Se prefirió el *procedimiento histórico-analítico de casos*: el análisis sistemático de la obra literaria del siglo XIX para identificar la presencia narrativa de casos de ética, moral y etiqueta médicas en las representaciones del ejercicio médico profesional, relación médico-paciente, trato entre colegas y educación del estudiante de medicina.

La metodología —hermenéutica y heurística— empleada en la investigación fue la siguiente:

### Heurística

- A. Se seleccionaron obras literarias decimonónicas (tomando en cuenta los criterios de inclusión).
- B. *Criterios de inclusión de las obras literarias.* Con apoyo en analistas y críticos literarios de prestigio reconocido, se buscaron las obras más editadas, traducidas, difundidas o populares.<sup>27-30</sup>

- C. *Criterios de análisis.* Se distinguieron problemas ético-moral médicos y de etiqueta y educación médicas presentes en la obra literaria y se analizó su significado con base en conceptos estrictos de autonomía, beneficencia, dignidad, humanismo, justicia, no maleficencia y solidaridad.
- D. En seguida, se buscó —y se seleccionó— en la obra literaria los pasajes relativos a ética, moral, etiqueta y educación médicas, desde un punto de vista general.
- E. Desde un punto de vista particular, se seleccionaron referencias de ejercicio profesional, relación médico-paciente, relación entre colegas, investigación y currículo médico, entre otros dilemas o problemas principales.

### Hermenéutica (exégesis)

- A. *Análisis e interpretación de los pasajes seleccionados según los criterios ético-morales planteados.* Se analizó en qué medida son antecedentes de lo que aparecerá después —siglo XX— en la ética médica y en la bioética.
- B. *Verificación.* En una primera instancia, todos los pasajes fueron leídos independientemente por cada uno de los tres tutores de la investigación, con el fin de confirmar—o corregir, en su caso— la presencia y significancia de las variables ética-médicas identificadas. En una segunda instancia, la verificación fue en una sesión conjunta: simultáneamente los tres tutores intercambiaron sus criterios, analizando concordancias y discordancias de los pasajes.

Atañen a la heurística recursos y estrategias puestos en práctica para construir el andamio de esta investigación, mismos que “deben descartarse después de su uso [porque] su función es estrictamente mayéutica”.<sup>31</sup> La hermenéutica se ocupa tanto de la intención del autor (enunciador, emisor, hablante) como de la “intencionalidad subjetiva del hermeneuta” o lector-intérprete (destinatario, receptor, interlocutor).<sup>32</sup>

En cuanto a la obra analizada, la *Historia de San Michele* es un relato escrito con el enfoque naturalista-nórdico de un médico sueco que en el atardecer de su vida decidió dejarle a la posteridad una reseña de su formación médica en Upsala, Suecia y en París, Francia,<sup>33</sup> así como los avatares de la constitución paulatina de su espíritu tan humano, libre, autónomo y humanista, atento igual a aprender y poner en acción las ciencias y técnicas de la salud que a inquietarse por su encuentro con el arte y la filosofía o a igualar su vida con su pensamiento e ideales. Axel Munthe fue una persona realista que soñaba despierto y despierto construía.

La narración parte de la época (1875) en la cual el autor tenía 18 años de edad, estudiaba medicina en París y fue por vez primera a Anacapri, con sus ruinas del palacio del emperador Tiberio (sobre la isla de Capri, frente a Nápoles). Desde entonces, soñó y proyectó apropiarse del lugar que después reconstruyó y habitó. Describe además su vida profesional en La Salpêtrière y el Hôtel Dieu, su formación con el doctor Charcot y las peripecias en sus consultorios privados de París y Roma, sus viajes a Alemania, Suiza y Laponia y su asistencia a la gente cuando la peste en Nápoles y el terremoto en Messina, siempre escudriñando —simultáneamente soñador y realista— el alma humana, defendiendo la naturaleza, pleno de amor por sus semejantes y de compasión por los animales

y prefiriendo la convivencia con la gente sencilla al trato con potentados y eminentes médicas o científicas.<sup>34</sup>

La *Historia de San Michele* es un libro que nunca hubiera sido escrito sin haber mediado la influencia de un amigo dilecto de Axel Munthe, su anfitrión —huésped, dicho epidemiológicamente— en San Michele: Henry James, el gran escritor de EUA, quien animó al doctor Munthe a hacer no un libro de memorias sino uno sobre su morada en Anacapri, según James “el lugar más bello del mundo [aparte de que] ¿quién podría escribir sobre San Michele mejor que [él, Munthe,] que lo había construido con [sus] propias manos”.<sup>35</sup>

Pero, entonces ¿de qué trata la *Historia de San Michele*? Quizás lo que su *alter ego* le dijo a Munthe cuando éste pergeñaba su libro, aclare el aprieto: “...No escribes sobre San Michele y los preciosos fragmentos de mármol de la quinta de Tiberio. Únicamente das a luz algunos fragmentos de arcilla de tu propia vida rota”.<sup>36</sup>

En suma, la segunda mirada de esta investigación implica que así como lo verosímil está en la vida y ésta puede ser recreada por la literatura, igual es válida la representación literaria de la realidad de la medicina y el ejercicio médico, aunque cabría una duda metodológica: ¿cuál enfoque sobre la vida se aproxima más a la verdad y a la realidad?

“Todo era nada, puertas y visillos... Y los visillos eran de mentiras y tú estabas detrás de los visillos”, desvelan estos versos de un poema de Jorge Fernández de Castro Peredo, médico epidemiólogo y poeta. Y Píndaro, cuestiona: “Efímeros ¿qué somos? ¿qué no somos? El sueño de una sombra: eso es el hombre”.<sup>37</sup>

### Resultados

En los párrafos subsiguientes se referirán algunos problemas ético-morales —relativos a los principios bioéticos reconocidos en los años últimos del siglo XX— identificados en las páginas de *Historia de San Michele*, aunque se torna necesario señalar que como el doctor Munthe no los distinguió expresamente así, su titulación e interpretación son responsabilidad exclusiva del autor de este artículo.

Tales referencias ética-médicas se incluyen aquí según su orden de aparición en *Historia de San Michele*, con dos números entre paréntesis que indican —respectivamente— capítulo y página del texto de Munthe.

Por otra parte, dichos aspectos ético-morales se han empatado en este artículo con los principios bioéticos reconocidos en los años últimos del siglo XX, con el fin de remarcar la prevalencia —otra vez dicho con expresión epidemiológica— de problemas médicos importantes habidos ya en la centuria decimonónica, independientemente del desarrollo, estatismo o avance de la ciencia y de la técnica.

**A. Filosofía de la moral** (Prólogo, p. 5). Cabe una duda prima al empezar a exponer los resultados de la investigación, la cual no podrán aclarar directamente Munthe ni James porque ya no pueden hacerlo de viva voz: al referirse Henry James a la *morada* construida por su amigo sueco en Anacapri ¿hablaba nada más de la vivienda física o quiso añadir el otro sentido del vocablo acorde la filosofía griega clásica lo concibió, esto es, el *éthos*, la porción más íntima de una persona cual son alma, psique, conciencia y corazón?

**B. Principios de beneficencia y de justicia** (c. V, p. 56). Munthe incluye ambos principios, conjugados con una muestra de paternalismo gubernamental, éste un caso parecido al del rey Carlos IV de España cuando pagó de su peculio la expedición del doctor Balmis a Iberoamérica y Asia para vacunar contra la viruela a sus súbditos allende los mares: a expensas del zar de Rusia llegaron a París y fueron internados —en una sala del *Hôtel-Dieu*—seis campesinos rusos (mujiks) que habían sido mordidos en manos y rostro por una manada de lobos salvajes no sólo hambrientos, sino además rabiosos.

**C. Principio de autonomía** (Prólogo, p. 8). Ahora, véase un antecedente del principio de autonomía (del médico) vinculado con un hallazgo de etiqueta médica, más otros dos casos de ésta y un testimonio de terapéutica decimonónica: Munthe comenta que si está dispuesto a arriesgarse, un galeno tiene derecho —como cualquier hombre— a distraerse y hasta a reírse de sus colegas pero, en cambio, debe respetar a sus pacientes, jamás reírse de ninguno ni llorar con ellos porque “es aún peor; un médico llorón es un pobre médico”.

**D. Etiqueta médica** (c. V, p. 56) y **Terapéutica** (c. V, p. 58). Volvamos a los mujiks hidrofóbicos: fueron puestos bajo el cuidado de Tillaux (1834-1904), etiquetado por Munthe como el cirujano más eminente y humano de París y gran amigo y partidario de Pasteur; ambos se encargaron de la terapéutica: los inyectaron personalmente y todo el día —ansiosamente— los vigilaron sin que hubiera signos de haberse controlado la rabia contagiada por los lobos esteparios.

**E. Etiqueta médica** (c. IV, p. 45-46). Las representaciones —etiqueta— del autor sobre Louis Pasteur, padre de la bacteriología, y Paul Tillaux, el preclaro anatomista, maestro y cirujano, derruyen la opinión tan extendida de que siempre el corazón del médico se vuelve duro —insensible— por ver tanto dolor. “Sin piedad no se puede ser buen médico”.

En el siglo XX y aun al empezar el XXI, con antecedentes decimonónicos, la *dóxa* y el mito popular han considerado que a todo galeno su alma y su corazón se le tornan duros por su contacto constante con el sufrimiento, miseria, invalidez y muerte, pero —pese a los vínculos entre las esferas cognoscitiva, psicomotora y afectiva— lo cierto es que no hay tal, aserción que el propio Munthe confirma cuando un poco más adelante de su *Boker om Sam Michele*, describe la tristeza y el sufrimiento psíquico-físico de Tillaux al ver los estragos de la rabia en los mujiks puestos bajo el cuidado de Pasteur y del suyo propio.

Podría el lector de este artículo cuestionar el porqué —juzgándola injustificada— de la discusión de la conducta ética-médica de Louis Pasteur, científico mas no médico y con quehacer sólo —en apariencia— en el laboratorio, pero debe pararse mientes en que por la índole de sus investigaciones y como padre de la teoría bacteriológica y de la vacunación contra la rabia, tuvo que incursionar en el campo de la medicina clínica y actuar directamente sobre el enfermo, convirtiéndose así este hombre de ciencia y humanista ejemplar tanto en sujeto como en objeto de la ética y la moral médicas. Razón de sobra le asistió al distinguido historiador británico de la medicina, Douglas Guthrie, cuando sostuvo que Pasteur, con doctorados de física y química, “aunque nunca estudió medicina, es una de las figuras más sobresalientes de la historia médica”.<sup>38</sup>

**F. Padecer médico** (c. V, p. 56-57). Al noveno día uno de los seis mujiks, cuando el doctor Munthe trataba de verter gotas de leche en su garganta, reaccionó con espasmos musculares en rostro, tronco y miembros, lanzó un aullido espantoso y casi derribó al galeno sueco; luego sus brazos lo atenazaron y, finalmente, lo soltó —a Munthe— cuando éste lo cogió de la garganta y pudo controlarlo.

**G. Ortotanasia** (c. V, p. 57-58). De ortotanasia (y sus beneficios: respeto a autonomía, dignidad, creencias, intereses del paciente), una noción situada en el polo extremo al de la eutanasia, hay un caso claro que incluye algunas razones humanitarias que hacen que la ortotanasia sea preferible —criterio del autor de este trabajo— a la eutanasia. Relata Munthe que ese mismo mujik cayó en su lecho con un temblor convulsivo y una mirada cuyo brillo sugería que aún tenía conciencia de sí mismo y su entorno, instantes en los cuales gritó varias veces “*crestitsa*”, seguramente “crucifijo” en lengua rusa, porque en cuanto a pedido de Munthe la monja que lo atendía le llevó uno, el paciente clavó la vista en la imagen, se calmó y... murió pocos minutos después.

**H. Pathos médico** (c. V, p. 58). A los tres días los otros cinco mujiks:

... todos estaban locos furiosos. Se podían oír sus gritos y sus aullidos en todo el *Hôtel-Dieu* hasta en la plaza de *Notre-Dame* [y aun] las valerosas monjas huían horrorizadas [y] Pasteur iba de lecho en lecho viendo a los hombres condenados, con infinita compasión en los ojos. Cayó abatido en una silla, con la cabeza entre las manos. Tillaux, llamado mientras operaba, se precipitó en la sala con el delantal manchado de sangre. Se acercó a Pasteur y le puso la mano en el hombro. Ambos se vieron en silencio. Los cariñosos ojos azules del gran cirujano, que tanto horror y padecimiento habían visto, miraron en torno y el rostro se le volvió blanco como una sábana. —No puedo sufrirlo—dijo con voz quebrada, y salió corriendo.

En este párrafo subyace una propuesta nueva surgida de esta investigación: el *pathos médico* es una figura paralela al padecer médico (del paciente), pero ahora muestra del padecer (*com-pasión*: sensibilidad y delicadeza anímicas) psicosocial del galeno angustiado por el diagnóstico, estado o pronóstico de su enfermo.

**I. Eutanasia** (c. V, p. 58). En seguida, el texto de Munthe incluye un testimonio de eutanasia:

Aquella misma noche tuvieron consulta los dos hombres [Pasteur y Tillaux]. Pocos saben la decisión que tomaron, pero fue la única justa y honrosa para ambos. A la mañana siguiente todo era silencio en la sala. Durante la noche, a los hombres condenados se les había ayudado a morir sin dolor [cursivas del HF de C-P] La impresión producida en París fue enorme. Todos los periódicos llenaron sus páginas de horribles descripciones de la muerte de los campesinos rusos y no se habló de otra cosa en muchos días.

¡Un caso de eutanasia decimonónica, perpetrado por paladines de la ciencia, la medicina y la ética médica!

Fue una decisión y acción personales que —pese a su rechazo general hacia la eutanasia— no toca calificar al autor de esta investigación, ausente de la angustia —y responsabilidad— de esas horas dramáticas.

**J. Ortotanásia** (c. V, p. 52-53). Hay otro testimonio de ortotanásia, ya ajeno a los mujiks: advertido Munthe de la presencia inminente de la parca por los aullidos lastimeros de un perro echado al pie del lecho de su ama, una forastera tuberculosa cuya agonía acaecía en la soledad de una choza misera de Anacapri, le tomó el pulso, lo encontró casi imperceptible y, al escudriñar el rostro de la moribunda, comprendió que trataba de decirle algo a la vez que sus manos y brazos descarnados señalaban hacia su fiel animal. Al instante comprendió el doctor Munthe el mensaje e, inclinándose hacia el oído de la mujer, le dijo que cuidaría de su perro; entonces ella movió la cabeza dando a entender su satisfacción y, acto seguido, cerró los ojos y su faz se iluminó con la paz de la muerte.

¿No que no hay nada que hacer por el moribundo y sólo queda aprontarle la muerte para que no sufra? Obviamente, si muere antes de tiempo ¡nunca podrá expresar sus deseos ni éstos podrán serle satisfechos!

Salta a la vista que el dilema ético —decimonónico, pero trascendente al siglo XXI— expuesto por el escritor y galeno Axel Munthe es si el profesional de la salud debe participar en acciones que le quiten la existencia a su enfermo en vez de procurársela y elevar la calidad biopsicosocial del período final de su vida.

**K. Dignidad** (c. XVII, p. 192-193). Finalmente, un caso de dignidad: platicando con su amigo el doctor Norström, Munthe justifica su rechazo a enviar facturas por correo a sus pacientes o a recibir en propia mano dinero de ellos en el consultorio, arguyendo que la profesión médica es un arte y no un comercio, el tráfico con el sufrimiento una humillación y la profesión un ministerio sagrado a la altura del sacerdocio, si no es que más arriba aún.

## Discusión

### Un preámbulo

Con modalidad distinta al capítulo de “Resultados”, en esta sección los dilemas y paradigmas ético-morales y los ejemplos de etiqueta y educación médicas se discuten alfabéticamente.

### Consideraciones generales

La investigación de la obra literaria decimonónica revela que el médico del siglo XXI, como lector-esteta analítico-reflexivo, puede encontrar en sus páginas el rastro de la ciencia y de la técnica acorde los patrones del propio siglo XIX, así como —en lo particular— referencias de casos y dilemas ético-morales de la medicina y aspectos de etiqueta y educación médicas, tal y cual el doctor Axel Munthe los narra en su *Boker om Sam Michele* y que corresponden a realidades que tantas veces la gente no puede —o no quiere— ver en el acaecer cotidiano.

Además, que no sólo el autor coetáneo fue quien supo de tales pormenores que tomó de la realidad, modeló con su

imaginación, dirigió con su intuición e incluyó en su obra literaria, sino también parte de la sociedad pues la difusión de los libros propició la circulación libre —y discusión pública— de las ideas. Esto es, se acrecentó el acervo cultural del galeno y de los estratos y clases sociales de la época, pero no nada más en literatura sino también en términos científico-técnicos, estéticos, filosóficos, jurídicos, médicos, pedagógicos, psicológicos, religiosos y sociológicos, tal y cual lo hacen —al comenzar el siglo XXI— las disciplinas y los profesionales que coinciden en la construcción de la ética médica o la bioética.

**Idea racional e idea estética.** Se halló —en el pensamiento de Immanuel Kant, filósofo idealista— un indicio de cómo la intención del autor —romántico, realista, decadentista— de la obra literaria decimonónica pudo afectar el *espíritu* de algunas tendencias y realidades científicas, médicas, sociales o artísticas de esa era, un estadio —y factor— quizás similar al significado de la *causa final* conforme Aristóteles.<sup>39</sup>

*espíritu*, en significación estética, se dice del principio vivificante en el alma; pero aquello mediante lo cual ese principio vivifique el alma [...] es lo que pone las facultades del espíritu con finalidad en movimiento, es decir, en un fuego tal que se conserva a sí mismo y fortalece las facultades para él [...] Ese principio no es otra cosa que la facultad de la exposición de ideas estéticas, entendiendo por idea estética la representación de la imaginación que induce a pensar mucho [...] La imaginación (como facultad de conocer productiva) es muy poderosa en la creación [...] de otra naturaleza, sacada de la materia que la verdadera le da. Nos entretenemos con ella cuando la experiencia se nos hace demasiado banal; transformamos esta última, cierto que siempre mediante leyes analógicas, pero también según principios que están más arriba, en la razón (y que son para nosotros tan naturales como aquellos otros según los cuales el entendimiento aprehende la naturaleza empírica). Aquí sentimos nuestra libertad frente a la ley de asociación (unida al uso empírico de aquella facultad), de modo que, si bien por ella la naturaleza nos presta materia, nosotros la arreglamos para otra cosa: algo distinto que supere la naturaleza.<sup>40</sup>

Dicho de otro modo, el *principio vivificante del ánimo* consiste en la facultad desarrollada por un autor, con base inicial en su vocación pero perfeccionada por su esfuerzo y acción, para representar en la obra literaria las ideas estéticas, conceptualizadas como representación de la imaginación que promueve la reflexión. Y al ejercer tal facultad y plasmar en la obra que escribe la representación de los objetos existentes en el mundo y la vida cotidiana según su visión, lo que hace es crear un concepto distinto de la idea racional.

Tal es la segunda mirada que la obra literaria puede darle al profesional de la salud que a la vez es lector-esteta, cual es el caso de quien analice las referencias a valores éticos y morales médicos y su percepción social plasmadas por Axel Munthe en su *Historia de San Michele*, un texto literario que también es potencialmente útil y asequible para el galeno que decidiera tornarse médico-lector esteta.

Por otra parte, la investigación se enfocó al análisis de las virtudes del médico como aplicación reflexiva —acción

volitiva— de los valores surgidos de la convicción moral; es decir, la *praxis* médica razonada no sólo como una acción bio-psico-social y cultural sino, además, moral.

Sí, sin duda, en la *Historia de San Michele* Axel Munthe labra literariamente sus vivencias (realidad y sueños) como médico decimonónico y expone su pensamiento filosófico-moral, de modo que —en términos de ética médica, ética biomédica o bioética— puede afirmarse que también en la literatura decimonónica hay representación de casos clínicos, paradigmas y dilemas éticos, entendiéndose como dilema el

razonamiento que consiste en presentar dos proposiciones en las que la falsedad de una entraña la verdad de la otra. Por extensión, obligación de escoger entre dos posibilidades...<sup>41</sup>

### Caso de la realidad representada por la literatura

Entre otros casos clínicos (para Munthe, pero casos literarios para sus lectores) referidos en la *Historia de San Michele*, se muestran dos de ellos: uno es la rabia, un padecimiento viral que aún hoy en día —aunque prevenible y controlado— no se ha podido erradicar en México ni tampoco, una vez consumada la conjunción de agente, huésped y ambiente, curar. El otro es la tuberculosis, una enfermedad que está repuntando en el siglo XXI y cuyos daños e importancia podrán aquilatarse por el puro hecho de haber sido llamada *el mal del siglo* (XIX).

Pero, aunque en varios diccionarios de lengua española están los vocablos *caso* y *clínico*, no hay un solo lexicón —español— que le dé su dimensión precisa —y explique— al concepto caso clínico. Dos diccionarios de lengua inglesa, aunque tampoco tienen tal término, a la voz *caso* le dan parte del sentido que se requiere en este trabajo: la ocurrencia (coyuntura) de un padecimiento; la propia enfermedad; el enfermo que la padece; la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico.<sup>42,43</sup> Otro lexicón estadounidense discurre sobre el término *historia de caso*: información recogida por un galeno durante la entrevista, sobre la historia personal o familiar de un paciente.<sup>44</sup>

Finalmente, la enciclopedia norteamericana especializada en bioética consigna *casuistry*, un término derivado de la palabra latina *casus*, traducido como circunstancia, ocasión, ocurrencia, suceso; también *casuistry* es traducido como la ciencia de los casuistas o teología moral: estudio de casos de conciencia. Por eso, *casuistry* significó casos de conciencia (*casus conscientiae*) para los teólogos cristianos del siglo XVII, mas hoy en día quiere decir el método ético para analizar y resolver “casos de perplejidad moral mediante la interpretación de reglas morales generales, a la luz de circunstancias particulares”.<sup>45</sup>

Pues bien, el concepto *caso clínico* sigue siendo cardinal lo mismo como ente único —aislado— que como caso individual de un universo epidemiológico, porque su protocolo abarca entonces tanto aspectos biológicos del enfermo y su padecimiento, como psíquicos, sociales y culturales: el padecer, el entorno y la sociedad, con su realidad y expectativas, todo ello imprescindible para conocer la psique del médico, las circunstancias del ejercicio profesional y aspectos cruciales

de la etiqueta y educación médicas. Cuando *caso* se aplica en investigación, epidemiología, estadística y administración médicas denota un significado cuantitativo pleno de científicidad o tecnicismo, aunque harto carente de connotaciones humanitaristas —duales— como la buena relación médico-paciente, salud-enfermedad, vida-muerte. *Caso clínico* está más bien inclinado hacia aspectos cualitativos, referentes a los sentimientos más altos del galeno que busca sobre todo atender —y tratar de resolver— las incógnitas, problemas, intereses y anhelos de bienestar que le plantean su paciente, padecimiento y padecer.

Importa recalcar que en el siglo XIX no se acostumbró un registro sistemático de *casos clínicos*, por lo cual otra forma —alterna— de tener acceso a ellos y obtener la información tan valiosa de su contenido es recurrir a un sitio que se constituyó como resguardo natural suyo, aunque no el único: la obra literaria.

Precisamente, la obra analizada de Munthe incluye —entre otros casos de representación literaria de la realidad— la tuberculosis y la rabia, éste expuesto en el suceso de los campesinos rusos y también en el de un pintor noruego de animales (muy conocido en el París de entonces) y su perro —muy amado— *bulldog*, cariñoso y sólo feroz de aspecto que le había mordido una mano, sucesos que se incluyen en este artículo como muestra de las dificultades diagnósticas decimonónicas que aún persisten en el siglo XXI y siguen generando igual que ayer dilemas ético-morales de índole varia. Munthe le curó la mano al pintor y decidió aplazar la ejecución del perro porque no estaba seguro de que tuviera rabia pese a las apariencias, sabedor —así lo testimonia— que ni siquiera puede el médico fiarse de la hidrofobia, uno de los síntomas principales de la rabia.

En las primeras fases de la rabia son muy comunes los errores de diagnóstico porque no siempre el perro rabioso aborrece el agua. Ni siquiera se puede uno fiar del clásico síntoma que ha dado nombre a la terrible enfermedad. *Hidrofobia* significa horror al agua y no siempre aborrece el agua el perro rabioso. He visto con frecuencia un can hidrófobo beber con avidez una jofaina de agua que yo le había puesto en su jaula. Ese síntoma tiene valor sólo cuando se trata de seres humanos atacados de hidrofobia [...] la obsesión del temor de la hidrofobia es tan peligrosa como la misma enfermedad.<sup>46</sup>

### Dignidad

Voz que proviene de la lengua latina e inexistente en la Grecia Clásica, región y época en la cual el concepto que implica *dignidad* se expresó con el vocablo *axioma*.

Dignidad, *dignitás -ātis*, excelencia moral en lengua latina, tiene voces sinónimas que orientan hacia su sentido ético-moral y de etiqueta: valor personal, mérito; virtud; consideración, estima; condición, rango, honor; cargo público; sentimiento de la dignidad, honradez; belleza majestuosa, magnificencia...<sup>47</sup>

Axioma, *αξιώμα*: valor, estimación, precio; dignidad; consideración; autoridad; crédito; decisión; voluntad; requerimiento; propuesta, proposición; principio que no necesita demostración.<sup>48</sup>

Durante el Renacimiento se renovaron los valores usuales tornándolos hacia el antropocentrismo y la reafirmación del individualismo y de la *dignidad* humana, como bien lo expresó Giovanni Pico della Mirandola en su *Discurso sobre la dignidad del hombre*:

... el hombre es el más afortunado de todos los seres animados y, por lo tanto, digno de toda admiración.<sup>49</sup>

En ética médica el concepto de *dignidad* atañe al decoro, personalidad e intereses del paciente que el profesional debe atender invariablemente si es que quiere beneficiar a aquel y mantener su propia *dignidad*, la cual —establece Immanuel Kant— es ingrediente específico de la *autonomía* y, ésta, de la *libertad*, tres factores básicos de la ética principalista de fines del siglo XX y de la bioética del siglo XXI:

La libertad y la propia legislación de la voluntad son ambas autonomía [...] Como ser racional y, por tanto, perteneciente al mundo intelígerible, no puede el hombre pensar nunca la causalidad de su propia voluntad sino bajo la idea de la libertad, pues la independencia de las causas del mundo sensible (independencia que la razón tiene siempre que atribuirse) es la libertad. Empero, con la idea de la libertad hállese inseparablemente unido el concepto de autonomía, y con éste el principio universal de la moralidad, que sirve de fundamento a la idea de todas las acciones de seres *racionales*, del mismo modo que la ley natural sirve de fundamento a todos los fenómenos.<sup>50</sup>

El valor moral llamado *dignidad* —como ya se ha visto basado en la libertad y la autonomía y atributo de todos los agentes morales— está implicado en la segunda fórmula del imperativo categórico, incluido por Kant en sus *Fundamentos de la metafísica de las costumbres*.

Obra de modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca sólo como un medio.<sup>51</sup>

Y cuando se trata de demostrar el acople y la tensión entre dimensiones diferentes pero no contradictorias entre sí como libertad y necesidad o alma y cuerpo, Friedrich Schiller postula que:

el dominio de los instintos por medio de la fuerza moral es la libertad del espíritu, mientras que la expresión de la libertad del espíritu en el fenómeno se llama *dignidad* (*De la gracia y la dignidad*, trad. esp., 1937, de Ueber Anmut und Wérke, en *Obras, Werke* (cursivas de H.F. de C-P).

En la ética médica, la *dignidad* implica que el núcleo de la conducta del galeno esté pleno de los sentimientos, compostura, respeto a los demás y autorrespeto propios de un profesional cuyo yo, por poseer habilidades y conocimientos que su paciente no tiene, no sólo debe responder cumplidamente las normas sociales, morales y protocolarias de un código deontológico, sino además volcarse —por convicción y no nada más por deber u obligación— en su *otro yo o tú*:

*altruismo*. El *altruismo*, correspondiente a la filantropía decimonónica, en términos filosóficos de finales del siglo XX y principios del XXI ha sido llamado también *alteridad*, por su raíz: *alter* [ego].

Por todo esto es substancial que el doctor Munthe haya expresado su repugnancia al cobro directo de honorarios por parte del galeno y su consideración —táctica— de que la profesión médica no es un comercio ni tráfico del sufrimiento sino un servicio a la comunidad y un modo honesto de ganarse la vida.

### Dilema médico-moral

Pareciera ser igual que una obligación *prima facie*,<sup>52</sup> pero no es sólo la dificultad disyuntiva en la cual a un galeno no le es fácil decidir entre dos opciones morales o jurídicas excluyentes entre sí, sino que en este caso una es tan válida como la otra porque algunas de sus partes son susceptibles de aceptarse y hasta de ponerse al mismo tiempo en acción versiones moderadas de ambas.<sup>53</sup> Y a la hora de la decisión entre la vida y la muerte y la salud y la enfermedad o la invalidez, no son el filósofo, el sacerdote, el abogado, el antropólogo o el director del hospital quienes determinan lo que hay que hacer ni quienes cargan con la responsabilidad en su conciencia, sino el galeno.

De ahí la importancia de la reflexión ética y la conducta moral en todo lo que atañe al dilema y, también, la trascendencia de un dilema expuesto en la *Historia de San Michele*, cardinal porque ha prevalecido en las dudas, inquietudes y conflictos que se le plantean hoy a la bioética:

- ¿Cuál es la buena muerte —digna—que desea un ser humano?
- ¿Debe suprimirse el dolor suprimiendo la vida, prolongar la vida prolongando el sufrimiento o —mejor— encontrar el punto medio y equilibrar vida y dolor generándole bienestar biopsicosocial al paciente agónico, terminal o con un mal incurable?
- El ser humano sufriente ¿desea la muerte o nada más la supresión del dolor físico, psíquico, social, cultural o moral?

### Etiqueta

Se constata que en la *Historia de San Michele* también se dibuja —y se etiqueta— la figura del médico decimonónico, bastante diferente del galeno de principios del siglo XXI, quedando a la reflexión y libre albedrío de cada quien cuál de las dos procura mejor los intereses y bienestar del paciente:

- Rostro pálido.
- Mirada compasiva y, simultáneamente cariñosa y triste.
- Voz quebrada por la emoción.
- Atención personal al paciente, incluyendo la aplicación de inyecciones hipodérmicas.
- Aflicción por el sufrimiento del enfermo.
- “Un médico llorón es un pobre médico”.

Significa que, acorde el sentir decimonónico de Munthe, la etiqueta del galeno que tenga la convicción de atender los llamados de su *daímon* debe incluir no sólo poseer conocimientos científicos o técnicos, sino además ser afectuoso, atento, compasivo, comprensivo y solidario con su enfermo.

### Eutanasia

Aunque propio de la ética médica o de la ética biomédica en el cuarto último del siglo XX, ya la obra literaria decimonónica testimonia la existencia real de los procedimientos eutanásicos. Y pese a que fue Francis Bacon, filósofo y jurista inglés (s. XVI-XVII) quien creó el vocablo en su obra *Del progreso y de la promoción de los saberes* (1605), ya Cayo Suetonio Tranquilo (c. 69-150), en su *De vita XII Caesarum* (Las vidas de los Doce Césares), alude a la muerte dulce y Tomás Moro (*Utopía*, 1516), virtualmente, habla de eutanasia y ortotanasis.

La eutanasia, llamada —eufemística y sesgadamente— muerte digna o muerte buena, puede ser con o sin conocimiento —y consentimiento— del paciente, lo mismo si es eutanasia activa (acción) que pasiva (omisión):

- Administrar algún medicamento (por ejemplo, un barbitúrico) para que el paciente muera con rapidez y sin dolor, evitándole que siga padeciendo cualquier modalidad de dolor.
- Retirar los equipos o cesar los medicamentos que sostienen —o prolongan— artificialmente la existencia.
- No instalar ningún equipo ni empezar la administración de medicamentos que pudieran extender la vida.

Se aduce a favor de la eutanasia que igual que el hombre es libre para determinar su vida, lo es para decidir el momento y circunstancias de su muerte, pero quienes auspician la eutanasia olvidan que quien está vivo tiene oportunidad de mantener o cambiar sus formas de pensar o actuar, en tanto que quien ha muerto no puede ya echar marcha atrás, aparte de que la existencia debe ser misión y responsabilidad dirigida al bien común y no bastión meramente del yo sino siempre del otro yo: familia y comunidad.

Aunque fundándose en razones religiosas ya en el siglo XIX dos médicos, uno teutón y otro francés, Christoph W. Hufeland y Maximilien A. Simons, respectivamente, en *Die Verhältnisse des Arztes* (*Las relaciones del Médico*, 1842) y *Déontologie Médicale* (1845), habían sostenido que el ser humano no es el dueño de su cuerpo, posición antecedida por otro médico alemán, Carl Friedrich H. Marx, en su lección inaugural (*De Euthanasia Médica*, 1826) como profesor de medicina en Göttingen.

Vista con otra lente, la eutanasia es la prevalencia del *ello* y lo somático sobre el *superyo* y lo anímico, quitándole oportunidad al yo de procurar el equilibrio entre ambas tendencias del ente bidimensional que es el cuerpo-alma, cuyo compromiso y tarea es el bienestar común y no sólo el individual. Pero si una parte del *ello* (impulsos biológicos congénitos) es la preservación de la vida ¿por qué un ser humano pide la muerte para eliminar el dolor físico, psíquico o social que padece? Quizás porque como sólo se desea lo que no se tiene, cuando alguien pierde el equilibrio del proceso salud-enfermedad y sin soportar el sufrimiento anhe-

la más que nada su antigua salud y carencia de dolor, entonces la vida —que la tiene— ya no será importante para él y la muerte, que no posee pero está a su alcance, es el bien por adquirir. Esto es un estadio semejante —en cuanto a deseo, posesión y carencia de bien o de belleza— a la explicación que Sócrates le dio a Agatón y éste aceptó, según testimonio de Platón.<sup>54</sup>

### Ortotanasia

Munthe incluye tanto la eutanasia como lo que ahora se llama ortotanasis; el primer caso es el de los cinco mujiks a quienes Pasteur y Tillaux ayudaron a morir antes de su hora biológica-natural y el segundo, cuando Munthe y sor Marta le dieron el crucifijo al otro mujik que —agónico— dolorido y angustiado pedía a gritos y, en cuanto le satisficieron su deseo, el hombre se calmó y pudo fallecer en paz.

El concepto de ortotanasis, atribuido al doctor Boskan de Lieja y cuya etimología es griega,

alude a la adopción de la conducta más correcta para que el paciente próximo a su fin tenga una buena muerte, sin adelantar ni atrasar artificialmente ese momento. Se acude a medidas razonables como respiración asistida, alimentación por las vías aconsejables, posición lo más cómoda posible en la cama, uso de antibióticos [y analgésicos y atención de aspectos psíquicos, sociales, culturales, religiosos, jurídicos y morales para que el paciente arregle todos sus asuntos pendientes, incluyendo su conciencia], pero no al encarnizamiento terapéutico que en tal momento sólo daría una remota esperanza de sobrevida apenas de calidad mínima. La ortotanasis no enfrenta reparos éticos.<sup>55</sup>

Por eso la ortotanasis —y no la eutanasia— es la verdadera buena muerte o muerte digna: sin la instauración de artefactos y artilugios extraordinarios para sostener su vida ni llegar al ensañamiento terapéutico (*distanasia*, vocablo creado por Morache), al paciente se le dan paliativos para mitigarle el dolor físico a la vez que se atienden sus requerimientos psico-sociales-culturales para que arregle sus asuntos pendientes y su alma, corazón y psique estén en paz, dejando que la muerte llegue conforme lo determinen la evolución de la historia natural del padecimiento y la fortaleza o debilidad del enfermo.

Ortotanasis es supresión del dolor sin suprimir la existencia a la vez que se aumenta la calidad de vida en los últimos días o momentos del ser humano agónico, inválido o que padece un mal incurable, cual fue el caso de Ivan Illich, protagonista de una obra de Tolstoi.

### Paternalismo

El doctor Axel Munthe, positivista e hipocrático pero humanitario y humanista, deja constancias varias de su paternalismo decimonónico en las páginas de *Historia de San Michele*.

El término paternalismo, polo opuesto al principio de autonomía, puede entenderse como los actos que, sin su autorización expresa, restringen la libertad y la autonomía de una

persona que a juicio de otra pudiera limitarse por sus propias acciones u omisiones para obtener un beneficio o evitarse un daño (Cf. *Encyclopedia of Bioethics*, t. 4, p. 1914-1920).

Para Beauchamp y Childress,

De acuerdo con algunas definiciones de la literatura sobre el tema, una acción paternalista impone necesariamente un límite a la decisión autónoma. Aunque uno de los autores de esta obra prefiere esta concepción, seguiremos aquí la corriente principal de la literatura sobre el paternalismo y aceptaremos la definición más amplia sugerida por el *Oxford English Dictionary*: la disconformidad con o intervención en las preferencias, deseos o acciones de otra persona, de modo intencionado, ya sea con la mira de evitar un daño o de beneficiar a esa persona. Si los deseos, acciones intencionadas o cosas similares de una persona no derivan de una decisión esencialmente autónoma, entonces no hacerles caso puede ser todavía paternalista según esta definición.<sup>56</sup>

En la relación médico-paciente y en los casos de padre-hijo o profesor-alumno es frecuente la ocurrencia de paternalismo, una práctica persistente —aunque menguada— en el siglo XXI pero cuya presencia ya fue denunciada en tiempos decimonónicos por John Stuart Mill (J. Stuart Mill, *On Liberty*, 1859). El caso de paternalismo —a la vez que de eutanasia activa— testimoniado por Munthe es muy claro: a los cinco mujiks que sufrían mucho y cuya muerte —a plazo corto— era irreversible por la rabia que padecían, sin consultar sus intereses ni parecer los dos profesionales de la salud a cuyo cargo estaban les aceleraron el paso al más allá, aunque el autor —coetáneo— no dice cómo lo hicieron. ¿Les habrán inyectado dosis altas de morfina, conforme la costumbre de la época? Cualquiera que sea el caso, los pacientes no tuvieron información previa ni expresaron su voluntad en cuanto al pronóstico, así como tampoco dieron su consentimiento o rechazo de la terapéutica empleada en ellos ni autorizaron o siquiera fueron informados del desenlace fatal (¿solución final, como el holocausto que Hitler el maldito perpetró contra el pueblo judío?) que les atizaron.

### *Principio de autonomía (del médico)*

No sólo el paciente usufructua el principio —derecho y deber— de autonomía, sino también el galeno, como es el caso que testimonia Munthe cuando sostiene que un galeno tiene derecho —como cualquier ser humano— a distraerse y hasta a reírse de sus colegas. La autonomía tiene, relacionados entre sí, significados varios: derecho a la libertad, intimidad, elección y decisión individuales, voluntad libre, escoger el comportamiento propio, ser dueño de sí mismo (Cf. Tom Beauchamp y James Childress, *Principios de Ética Biomédica*).

### *Principio de justicia*

Pese a estar colocados en la parte más baja de la escala económica-social de Rusia, los mujiks fueron internados en

uno de los mejor establecimientos de investigación y asistencia de todo el orbe, en París, bajo los cuidados de dos eminentes profesionales y, como lo establece el concepto actual del principio de justicia, los seis campesinos decimonónicos no fueron tratados equitativamente sino con inequidad: los desheredados de la fortuna recibieron la mejor atención, como si hubieran sido de la clase dominante (burguesía, alto clero, gobernantes, aristocracia o realeza).

### *Terapéutica*

Ya Munthe da testimonio del empleo de jeringas y agujas hipodérmicas para introducir medicamentos directamente en los tejidos de un paciente, una práctica novedosa pues antes sólo eran asequibles para el médico las vías oral, nasal y rectal, principalmente. Mas la razón de su inclusión en esta investigación no es médica-histórica tan sólo sino siempre ligada a las inquietudes ética-morales —y hasta religiosas— tanto de médicos como de pacientes en lo relativo a su uso o abstención.

### **Conclusiones**

- A. En términos generales, cabe enfatizar que las variables buscadas fueron referencias de ética, moral, etiqueta y educación médicas en la obra literaria decimonónica, idealista- romántica o positivista- realista y, asimismo, la ampliación cualitativa del acervo histórico y ético-médico, un medio asequible y a la mano del médico-lector esteta y reflexivo para incorporar paradigmas médico-filosóficos identificados en la obra literaria.
- B. Sí existen representaciones literarias de casos clínicos, como complemento del registro médico.
- C. Dichos casos clínicos reflejan avances científico-médicos de la realidad del siglo XIX, como lo atestiguan protagonistas de la talla de Louis Pasteur y su teoría bacteriológica, trascendente aún el día de hoy.
- D. Con las limitaciones propias de la época, hay varios ejemplos de terapéutica médica y quirúrgica, la cual ciertamente —aparte de su interés histórico— en ocasiones se tornó un problema de ética o moral médicas.
- E. Asimismo, se muestran modalidades de la relación médico-paciente.
- F. Manifestaciones de ética y moral médicas: compasión, cuerpo-alma, dignidad, padecer médico (del paciente), paternalismo; *pathos* médico (del galeno).
- G. Dilemas o paradigmas ético-morales: eutanasia activa, ortotanasia, vida-muerte, cantidad-calidad de vida, actividad-pasividad, dolor-vida.
- H. Hay —tácitamente— ejemplos de principios de la ética médica (ética biomédica o bioética): autonomía, beneficencia, humanismo, justicia, solidaridad.
- I. Expresiones varias de etiqueta médica, un concepto cuyas cuatro vertientes son una propuesta nueva surgida de esta investigación.

Finalmente, cabe enfatizar que este artículo es el avance de una investigación amplia desarrollada para responder el

problema planteado desvelando la existencia real de las variables y mostrando las relaciones que las conjugan entre sí, circunstancia que pudiera ser una de las bases para entender tanto la historia de la medicina como la bioética o sus antecedentes.

## Agradecimientos

El autor agradece la asesoría metodológica de la doctora Mariblanca Ramos Rocha, Profesora Titular de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

## Referencias

1. **García Bacca, Juan D.** Introducción literaria a la filosofía. Anthropos. España, 2003, p. 7.
2. **Zambrano, María.** Filosofía y poesía. 4a ed. FCE. México, 2001, p. 78.
3. **Furet, François et al.** El hombre romántico. Alianza Editorial, España, 1997. p. 19-20.
4. **Zambrano, María.** op. cit. p. 82.
5. **Lain Entralgo, Pedro.** Historia de la medicina. Ediciones Científicas y Técnicas. España, 1994, 5<sup>a</sup> parte, sección III, p. 464-465.
6. **Guthrie, Douglas.** Historia de la medicina. Salvat Editores. Barcelona, 1953, p. 372.
7. Génesis 3, 10, en La santa biblia. 8a ed. Ed. Paulinas. Madrid, 1964, p. 12.
8. **Gregory, John.** Observations on the Duties and Offices of a Physician and on the Method of Promoting Enquiry in Philosophy. Strahan and Cadell, London, 1770, p.11.
9. **Baker, Robert,** "The History of Medical Ethics", en W. F. Bynum and Roy Porter (ed.), Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Routledge, London and New York, 1993 (2 t.), t. 2, p. 861.
10. **Jonsen, Albert R.** A Short History of Medical Ethics, c. 5, p. 57.
11. **Percival, Thomas.** Medical Ethics; or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeon (ed. Chauncey Leake), Williams & Wilkins, Baltimore, 1927, p. 65, 63.
12. **Elyot, Thomas.** Book Named the Governor (1531), en Albert R. Jonsen, A Short History of Medical Ethics, Oxford University Press, USA, 2000, c. 5, p. 57.
13. Code of Ethics (1847). John Bell and Isaac Hays, in Robert Baker et al. The American Medical Ethics Revolution. How The AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professionals, and Society. The Johns Hopkins University Press, USA, 1999, "Appendix C", p. 324-334.
14. Principles of Medical Ethics (1903), in Robert Baker, op cit. "Appendix D", p. 335-345.
15. Principles of Medical Ethics (1912), in Robert Baker, op cit. "Appendix E", p. 346-354.
16. Principles of Medical Ethics (1957), in Robert Baker, op cit. "Appendix F", p. 355-357.
17. Principles of Medical Ethics (1980), in Robert Baker, op cit. "Appendix G", p. 358-359.
18. Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship (1990; Updated 1994), in Robert Baker, op cit. "Appendix H", p. 360-361.
19. **Rush, Benjamin.** Essays. Literary, Moral and Philosophical. Union College Press, USA, 1988. p. 1-4, 5-12, 13-33, 196-209.
20. **Jonsen, Albert R.** op. cit. c. 6, p. 67.
21. Webster's New Universal Unabridged Dictionary. 2a. ed. Dorset & Baber. USA, 1979. p. 1771-1772, 1786-1787.
22. **Jover Zamora, José María,** "Visión sinóptica de la cultura del positivismo", en Lain Entralgo, Pedro (dir.). Historia universal de la medicina. t. VI, p. 2, Salvat Editores. España, 1982 (7 t.).
23. **Foucault, Michel.** Les mots et les choses, en Beristáin, Helena. Diccionario de retórica y poética. Ed. Porrúa, México, 2001, p. 252.
24. **Ingarden, Roman.** La obra de arte literaria. Aguilar, Altea, Taurus Alfaguara. México, 1998. p. 27.
25. **Durkheim, Emile.** Las reglas del método sociológico. Ediciones Folio. España, 2002, p. 56.
26. **Bunge, Mario.** Diccionario de filosofía. Siglo XXI. México, 2001, p. 171.
27. Diccionario de autores de todos los tiempos y de todos los países. Hora-Valentino Bompiani Editore. España, 2001 (7 t.).
28. Diccionario de literatura. Penguin/Alianza. Alianza Editorial. España, 1983 (4t.).
29. Diccionario literario de obras y personajes de todos los tiempos y de todos los países. Hora-Valentino Bompiani Editore. España, 1992 (18 t.).
30. Grandes figuras de la literatura. Ed. Espasa Calpe. España. 1998 (2 t.).
31. **Bunge, op. cit.** p. 96.
32. **Beuchot, Mauricio,** en Beristáin, Helena. op. cit. p. 252- 253.
33. **Gabrieli, Mario,** en Diccionario de autores de todos los tiempos y de todos los países. t. IV, p. 1933.
34. **Filippi, Lia Spaventa,** en Diccionario literario de obras y personajes de todos los tiempos y de todos los países. t. V, p. 847-848.
35. **Munthe, Axel.** La historia de San Michele. Ed. Juventud. España, 1997, p. 5.
36. — Ibid. p. 7.
37. **Píndaro.** Píticas. 8, 95, en Gustavo Luna López, "La medida del tiempo (Agustín, Ricoeur y Heidegger: ida y vuelta)", Perspectivas y horizontes de la hermenéutica en las humanidades, el arte y las ciencias. Mauricio Beuchot Puente y Ambrosio Velasco Gómez (comp.), UNAM, México, 2001, p. 27.
38. **Guthrie,** op. cit. p. 346.
39. Aristóteles. Metafísica. 2<sup>a</sup> ed. Ed. Gredos, España, 1998. 983<sup>o</sup>25, 30, p. 19.
40. **Kant, Immanuel.** Prolegómenos a toda metafísica del porvenir. Observaciones sobre el sentimiento de lo bello y lo sublime. Crítica del juicio. 8<sup>a</sup> ed. Ed. Porrúa, México, 2003, (Col. "Sepan cuántos...", núm. 246). p. 349-350.
41. **Díder, Julia.** Diccionario de filosofía. Ed. Diana. México, 1999, p. 72.
42. Webster's New Universal Unabridged Dictionary. Dorset & Baber. USA, 1979.
43. New Webster's Dictionary of the English Language. College Edition. Consolidated Book Publishers. USA, 1975.
44. The New Webster's Medical Dictionary. Lexicon Publications, USA, 1986.
45. Encyclopedia of Bioethics. Simon and Schuster MacMillan, USA, 1995 (5 t.).
46. **Munthe,** op. cit. p. 59.
47. **Mir, José María** (dir.). Diccionario ilustrado latino español, español-latino. 11a ed. Biblograf. España, 1978, p. 613-614, 141.
48. **Sebastián,** op. cit. p. 91.
49. **Pico della Mirandola, Giovanni.** Discurso sobre la dignidad del hombre. UNAM, México, 2003 (Col. Pequeños Grandes Ensayos, núm. 5), p. 12.
50. **Kant, Immanuel.** Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Crítica de la razón práctica. La paz perpetua. Ed. Porrúa, México, 2003, (Col. "Sepan cuántos...", núm. 212). p. 64, 66.
51. **Kant, Immanuel.** Fundamentación de la metafísica de las costumbres. p. 49.
52. **Beauchamp, Tom y Childress, James.** Principios de ética biomédica. Ed. Masson. España, 1999, p. 29-30.
53. **Bunge,** op. cit. p. 52.
54. **Platón.** Diálogos socráticos, "Banquete (Sobre el amor). VI. Palabras de Agatón". CoNaCultA/Ed. Océano, México, 1999, p. 283-285.
55. **Roa, Armando.** Ética y bioética. Ed. Andrés Bello. Chile, 1998, p. 112-113.
56. **Beauchamp,** op. cit. p. 259-260.