



Filosofía de la medicina en México

Philosophy of Medicine in Mexico

Juan Rokyi Reyes Juárez

Universidad Autónoma de Zacatecas

(MÉXICO)

juanrokyireyes@gmail.com

Recibido: 18/10/2017

Revisado: 26/10/2017

Aprobado: 11/12/2017

RESUMEN

En el presente artículo revisamos la situación de la filosofía de la medicina en México, centrándonos en uno de los principales autores: el Dr. Fernando Martínez. De éste autor analizamos su propuesta de la diferencia entre los conceptos de enfermedad y padecimiento. El primero de los cuales sería el concepto biomédico de la enfermedad y el segundo un nuevo tipo de proceso no necesariamente biológico pero, según la propuesta del autor, de gran importancia en la atención sanitaria.

Palabras clave: Enfermedad. Padecimiento. Filosofía de la medicina.

ABSTRACT

In this article we review the situation of the philosophy of medicine in Mexico, focusing on one of the main authors: Dr. Fernando Martínez. From this author we analyze his proposal of the difference between the concepts of disease and illness. The first of which would be the biomedical concept of the disease and the second a new type of process not necessarily biological but, according to the author's proposal, of great importance in health care.

Keywords: Disease. Illness. Philosophy of medicine.

La filosofía de la medicina es una subespecialidad de la filosofía de la ciencia. Entre los problemas tradicionales, objeto de su investigación, se encuentran: la objetividad del diagnóstico clínico; el problema de la realidad o no de la clasificación de las entidades morbosas; la discusión acerca de la científicidad o no de la disciplina, y sobre todo, la definición del concepto mismo de la enfermedad, que es con mucho el problema más importante de todos.



En las últimas décadas, sin embargo, una discusión recurrente, ha sido la posibilidad de una crisis en la medicina científica.¹ Los síntomas de dicha crisis serían la creciente burocratización; la especialización cada vez mayor de la disciplina, de tal forma que el paciente tiene que peregrinar de especialista en especialista; la proliferación de terapias “alternativas”, o mejor llamadas, pseudomedicinas, que eso es lo que son, mismas que con el avance de la ciencia *deberían* haber desaparecido ya; las dificultad para tratar síntomas aislados y las consecuentes quejas de los pacientes por esta incapacidad; la supuesta cada vez mayor dificultad para que el médico escuche al paciente, etc.

Las causas de dicha crisis, o incluso su realidad, son algo muy discutible. Quizá no hay tal crisis y realmente la medicina está mejor que nunca. Eso no discutiré ahora². Sin embargo, en el contexto de la discusión en torno a estos problemas, muchos filósofos de medicina han formulado interesantes ideas que bien valen la pena revisar, incluso en el caso de que dicha crisis no existiera. Pues aun en este caso, las ideas vertidas en dicha discusión resultan de interés debido a su potencial para mejorar la atención sanitaria.

Los filósofos de la medicina mexicanos³ no han dejado de participar en todos los debates anteriormente citados. Sin embargo, para efectos de este texto, he decidido centrarme sólo en uno

¹Los autores que han hablado de esta crisis son muchos, entre ellos el muy influyente trabajo de Engel, G., 1979, “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, reproducido en Caplan, A., Engelhardt, H. T. y McCartney, J. J., 1981, (ed.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. Addison-Wesley Publishing Company, así como el libro de Wulff, H. R., Pedersen S. A., Rosenberg R., 1986, *Introducción a la filosofía de la medicina*, trad. Assumpta Mauri, Madrid, Triacastela, 2002, así el muy famoso texto de Iván Illich, *Némesis médica*, México, FCE; y por último, el texto de Federico Ortiz Quesada de 1991, cuyo título no puede ser menos revelador: *La medicina está enferma*, México, Limusa editores, además, claro, del autor cuyas ideas revisamos para este texto: el Dr. Fernando Martínez Cortés.

² Mi opinión al respecto es que no hay ninguna crisis en la medicina científica, creo que se encuentra en uno de los mejores momentos de su historia, lo que no implica que algunos o todos los problemas enumerados arriba no sean verdaderos problemas. Sin embargo, esos problemas no son generados por la ciencia médica sino, algunos por factores sociales propios del capitalismo, de la decadencia de algunos estados nacionales, de la creciente soledad de las personas en las sociedades liberales occidentales, y otros son problemas han acompañado a la medicina desde su origen en Grecia, como la enorme dificultad de tratamiento de los síntomas aislados.

³ Además del Dr. Fernando Martínez Cortés, otros importantes filósofos de la medicina en México son el Dr. Ruy Pérez Tamayo, importante patólogo y científico, que ha desarrollado el concepto de enfermedad en su importante: 1998, *El concepto de enfermedad*, México, FCE, así como el Dr. Carlos Viesca Treviño, uno de los historiadores más importantes



de ellos, dejando a los demás para trabajos posteriores. El filósofo de la medicina en quien me centraré es el Dr. Fernando Martínez. En nuestro país, es uno de teóricos más interesantes por su larga trayectoria, por su influencia en la discusión a lo largo de su enseñanza, y por su repercusión en generaciones enteras de médicos desde los años setenta hasta los más jóvenes a través de una larga lista de discípulos que continúan con sus ideas.

Las ideas de este autor han sido desarrolladas, entre otros, en los libros *Consulta médica y entrevista clínica* (1979), *Enfermedad y padecer* (1983) y *Médico de personas: Las ciencias humanas en la práctica médica* (2010). De las ideas desarrolladas en esos textos me centraré en dos, que a mi juicio son las más relevantes para comprender la importancia de su propuesta: la idea de persona y la idea de padecimiento como distinto a la enfermedad. Dicho esto, empezaré.

El contexto de la discusión

Fernando Martínez⁴ es un médico alergólogo e internista mexicano. Al inicio de su formación como médico, la alergología no presentaba una fundamentación adecuada. ¿Qué era una alergia? ¿Cuál era el proceso por el que ésta se producía? Eran preguntas que hasta entonces no tenía una respuesta adecuada. Hasta que surgió una nueva disciplina médica que contribuyó enormemente a la comprensión de los fenómenos alérgicos: la psiconeuroinmunología. Con ésta, se encontraron datos sólidos para sostener que las crisis asmáticas pueden producirse como respuesta al estrés. Lo

de la medicina en México y notable conocedor de la medicina prehispánica así como de otros temas de filosofía de la medicina. También se encuentra el Dr. Jesús Ramírez Bermúdez (Neuropsiquiatra del Instituto Nacional de Neurología), cuyo trabajo se ha centrado principalmente en la Filosofía de la Psiquiatría.

⁴ Algunos datos biográficos relevantes son los siguientes: Nació en Tlacotepec, Michoacán. Estudió Medicina en la UNAM y más tarde se especializó en alergias. Fue director del Hospital General de México, participó en la fundación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la UNAM, del que fue director. Ha publicado, entre otros, los siguientes libros: 1979, *Consulta médica y entrevista clínica*, México, editorial Medicina del hombre en su totalidad; 1983, *Enfermedad y padecer*, México, editorial Medicina del Hombre en su Totalidad; 2010, *Médico de personas: Las ciencias humanas en la práctica médica*, México, UMSNH, Coordinación de Investigación Científica UNAM e Instituto de Investigaciones Históricas UNAM. En 2007 recibió el Doctorado *Honoris Causa* por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Actualmente continúa trabajando en su consulta clínica y atendiendo a sus pacientes.



mismo cabe decir de otras crisis alérgicas o de algunas enfermedades autoinmunes. En este contexto es que conceptos como el de emociones, persona, contexto social, padecimiento, etc., cobraron un papel preponderante. Hoy día las alergias difícilmente pueden entenderse sin su componente psicológico. Por esta razón, para este teórico los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la enfermedad resultaron de gran relevancia. Y no es para menos. Sin embargo, dichos aspectos parecían no estar lo suficientemente desarrollados en otras especialidades. De hecho, estrictamente hablando, para la medicina científica no existe nada como la persona o el padecimiento. Existen animales humanos, existe el homo sapiens, existen los hombres y las mujeres concretas, pero no hay personas en sentido filosófico o en sentido metafísico.

La medicina científica entiende la enfermedad bajo conceptos de corte biológico o biológico-molecular. Pero estos conceptos no pueden considerarse equivalentes teóricos de los conceptos psicológicos, biográficos y sociales que el clínico y el alergólogo ven todos los días en sus pacientes. Por lo que el concepto biomédico de la enfermedad no parece suficiente para la clínica en pacientes con alergias. Ante esa incapacidad, Fernando Martínez desarrolló el concepto de padecimiento, como un fenómeno más amplio que el de la enfermedad y que incorporaba los elementos biológicos, sociales y biográficos que el concepto biológico de la enfermedad no cubría.

Enfermedad y padecimiento

La enfermedad y el padecimiento no son lo mismo. La enfermedad es el fenómeno explicado por la medicina científica. Enfermedad es el concepto nacido de la obra de Morgagni, Bichat, Bernard, Virchow. Su idea básica es que se trata de una lesión de algún tipo: físico, como en Bichat, fisiológico, como en el caso de Bright. En este sentido es completamente objetiva. Enfermedades son: la tuberculosis pulmonar, la diabetes, la sífilis, el sida, etc.

A pesar de la innegable utilidad del concepto de enfermedad, parece ser que algunos aspectos de los fenómenos que experimentan los humanos enfermos quedan fuera de esta noción puramente biológica. Razón por la cual se ha acuñado la idea de Padecimiento, es decir el



fenómeno subjetivo, social, histórico. Un decir, un fenómeno de la persona, no meramente biológico. Un padecimiento puede entenderse de la siguiente manera:

Hemos denominado padecer médico personal al impacto subjetivo y objetivo que produce la enfermedad al funcionar simbólicamente en la Persona que sufre. No se trata de qué es la enfermedad propiamente dicha, ni de las molestias y limitaciones que producen los síntomas, sino de lo que todo esto simboliza o significa para la Persona que es el paciente y sus consecuencias psíquicas y conductuales en él (Martínez, 2010, p. 13).

También puede entenderse de la siguiente manera:

El padecer médico es algo muy personal. Suele presentarse como ansiedad, angustia o depresión. Puede expresarse en formas más directas como miedo al dolor, a la impotencia, a la soledad, al abandono, a la mutilación, a la muerte. O bien como temor de ya no poder cumplir con determinadas obligaciones o gozar de ciertos planes o proyectos. Otras veces el padecer médico se vive como venganza, ira, sentimiento de inferioridad, tristeza y desesperanza (Martínez, 1983, p. 42).

Con lo que se establece una diferencia fundamental entre el padecer, y la enfermedad. La enfermedad puede ser objetivada, pero el padecer no:

Recordemos, porque ello tiene mucha importancia para entender al padecer médico, que los síntomas son datos subjetivos de enfermedad que al médico solamente le es posible conocer de manera indirecta, o sea por la información que sobre ello proporciona el paciente quien es nada menos que la persona que los está sintiendo y sufriendo. Los signos, en cambio son datos objetivos de enfermedad que el médico detecta porque sabe cuáles son y cómo buscarlos (Martínez, 1983, p. 35).

Otra definición de padecer es la siguiente:

El padecer de carácter médico es una vivencia o serie de vivencias, de sensaciones, de preocupaciones, de molestias, de cambios, de cambios en el comportamiento habitual, en



la función o morfología corporales, que quien los vive los incluye en el ámbito de la medicina, al considerarlos, desde su punto de vista, como enfermedad o falta de salud (Martínez, 1979, p. 13).

Lo mismo dicen otros teóricos:

Los clínicos han de tener en cuenta la experiencia de dolor y sufrimiento de sus pacientes, su respeto por sí mismos, sus objetivos en la vida, etc., y han de aprender a tratar con este tipo de fenómenos no biológicos en forma racional. De hecho, quizá sea éste el mayor reto planteado a la medicina contemporánea (Wulff, *et al*, 1986, p. 94).

Nótese que algunos de los elementos del padecimiento son personales, otros sociales, otros biográficos e incluso algunos de significado: qué significa la enfermedad en mi vida, con lo que se estaría incluyendo incluso aspectos semióticos, culturales y propiamente filosóficos.

Martínez y otros defensores del concepto biomédico no pensarían que los elementos biológicos de la enfermedad (concepto biomédico) no sean importantes o un elemento necesario que debe atender el médico. En este sentido, a mi juicio, ellos tendrían en mente una idea más cercana a la complementariedad del concepto biomédico y del biopsicosocial.

La idea es que la enfermedad o lesión meramente biológica como la “lesión psíquica” forman parte del objeto de la medicina. También que el concepto de enfermedad debe ampliarse para incluir al padecimiento:

Aceptamos que el modelo mecánico constituye una *parte* indispensable del concepto de enfermedad y tan sólo nos oponemos a la pretensión de que ofrece una descripción *completa* del mismo. Desde luego no negamos la importancia de la biología porque desde un punto de vista realista, tanto los fenómenos biológicos como las regularidades que observamos han de ser explicados en términos de mecanismos biológicos” (Wulff, *et al*, 1986, p. 94).



Según estos autores, lo que habría que agregarse al concepto biológico para que constituyera una descripción completa es el concepto de padecimiento.

Estos críticos del concepto biológico de la enfermedad entienden dicho concepto de la siguiente manera:

El modelo biomédico o biológico lesional de la enfermedad es el esquema mental según el cual la enfermedad es fundamentalmente una alteración, anormalidad o “lesión” de las moléculas o demás estructuras que componen el cuerpo humano. A este núcleo “lesional” se agregan dos elementos: las causas de tal alteración y, por otra, los efectos de estas, llamados síntomas o signos (Martínez, 1983, p. 3).

Este concepto y su aplicación a través de la clínica y la terapéutica ha tenido grandes logros, dicen, pero también han conducido a algunos problemas, entre ellos el siguiente:

El ejercicio de la medicina basada en el modelo biológico-lesional de enfermedad da lugar a dos hechos de consecuencias muchas veces negativas: la disociación o separación del paciente de la enfermedad que sufre, y la centralización del interés y actos del médico exclusivamente alrededor del diagnóstico y tratamiento de ésta (Martínez, 1983, p. 8).

Según Martínez los problemas de este concepto de enfermedad se originan en el llamado giro copernicano de la medicina. Dicho término fue acuñado por Laín Entralgo (1950) para referirse al momento, a principios del siglo XIX, en el que la escuela de médicos de *La Charité*, en París, sustituyó en el diagnóstico al síntoma por el signo físico. Dicha sustitución resultó ser de una importancia decisiva para el desarrollo de la medicina. Entre otros efectos, permitió modificar la vieja taxonomía de las enfermedades y sentó las bases de nuestra actual clasificación. Pero, según Martínez, trajo como efectos negativos la siguiente cuestión:

[...] cuando se cae en la cuenta de que los síntomas y los signos físicos no son la enfermedad propiamente dicha sino más bien sus expresiones, sus efectos, el interés de la inquisición médica experimenta un viraje: deja en segundo lugar a los problemas de



salud tales como estos son vividos por el paciente, desplaza a los síntomas y signos a un segundo término, para interesarse mayormente en la lesión o alteración biológica que afecta órganos, tejidos o células humanas (Martínez, 1983, p. 52).

Y también lo siguiente:

Al síntoma o al signo solitario, al dato clínico que no podemos enlazar a otros datos que en conjunto constituyen los cuadros clínicos o los síndromes que hemos aprendido a reconocer; a ese síntoma o signo solitario, repito, los médicos lo ignoramos, lo negamos más bien, y aunque el paciente nos diga y repita que se siente cansado, por ejemplo, le decimos que “no tiene nada”. En efecto, esa persona no tiene nada que nosotros sepamos reconocer, interpretar, darle nombre; y por una peculiarísima piroeta cerebral, acabamos diciéndole que él, el paciente, es el que no tiene nada (Martínez, 1983, p. 108-109).

Para Martínez el modelo biomédico presenta otro problema:

En el modelo biológico lesional de enfermedad, tanto los síntomas como los signos están determinados por el plano lesional según una relación causa-efecto. En consecuencia, los límites y caracteres del plano clínico los marca la lesión en forma de conjuntos de síntomas y signos a que da lugar determinada lesión o patología. Por eso para el médico que fundamenta su práctica en dicho modelo, solamente tienen sentido estos conjuntos; ellos constituyen la única información que recoge y descodifica durante la consulta médica. Cíerrese así un círculo que *deja fuera aquello que está sintiendo el paciente*, lo que le molesta, le inquieta, preocupa, le duele, pero que no se explica según una relación de carácter causa-efecto con el plano lesional. En el mejor de los casos, los médicos arrojan este rico material al ancho y profundo campo de lo psicológico, el cual, según la errónea opinión de la gran mayoría de estos, corresponde a otros profesionistas (Martínez, 1983, p. 35).



Tal como reconoce Martínez, a pesar de estas diferencias, la mayoría de los médicos que trabajan bajo el modelo biomédico se comportan humanamente con sus pacientes, pero este comportamiento es un componente extra, que no se encuentra en el modelo y que por ello mismo podría ser eliminado sin que el modelo sufriera o resultara por ello reducido.⁵

Debo aclarar que solamente en casos graves de anormalidad emocional o ética del médico, éste no toma en cuenta de alguna manera al enfermo como persona. Sobre lo que quiero llamar la atención es que, ya en estos terrenos, el médico actúa como “Dios le da a entender”, como se lo dicta su “corazoncito”, porque carece de una base teórica en la que sustente su acción. Por eso es tan difícil o hasta imposible, en la medicina que hoy ejercemos, la enseñanza de la tan llevada y traída relación médico-paciente (Martínez, 2003, p. 27).

Algunos de los que defienden el modelo biopsicosocial lo presentan como diferente del modelo biomédico, si bien esto último no se da en todos los autores, pues Martínez lo ve como una ampliación del modelo biomédico: *“La medicina humanística es la biomedicina, ampliada de tal modo que el centro de su interés ya no es la enfermedad sino el hombre en su calidad de persona con problemas de salud”* (Martínez, 2003, p. 35, cursivas mías).

Para terminar esta sección podemos decir que Martínez presenta su propuesta resumida en los siguientes puntos

1. El centro de interés de la medicina es el hombre, en su calidad de persona.
2. Las ciencias en que se basa la práctica médica son principalmente las ciencias biomédicas que exigen un paradigma biomédico, así como otras ciencias del hombre y

⁵ En el imaginario colectivo existe la idea de que el médico puede llegar a deshumanizarse sin que esto afecte su práctica profesional, reducida al diagnóstico de la enfermedad sin incluir el consuelo, la ayuda y el acompañamiento a los enfermos. Un personaje ficticio que en los últimos años expresa esta idea se halla en la serie televisiva Dr. House. House es un médico deshumanizado que no siente la más mínima simpatía por sus pacientes. Para él, todos los pacientes mienten o no saben nada. Dicha serie es muy popular y ha contribuido a la difusión de la imagen del médico como un ser sin sentimientos, frío y cruel, ocupado sólo del diagnóstico como si se tratara de un mero juego.



de la sociedad, además de la filosofía, integradas en una *antropología médica de aplicación clínica*.

3. El acto central en el ejercicio de la medicina llamado usualmente consulta médica, debe ser un encuentro y una relación interpersonal del médico con el paciente como persona.
4. Los factores que determinan dicho encuentro son, por parte del paciente, una necesidad para resolver un problema de salud; y, por parte del médico, la disposición afectiva y la preparación científica y técnica necesarias para resolver esa necesidad.
5. Lo que determina el sentido de la consulta médica y lo que orienta al médico en su desarrollo, es aquello por lo que el paciente ha acudido al doctor. Salvo excepciones obvias, es la palabra el medio por el que el paciente expresa dicho motivo. Esto es lo que hemos denominado el *padecer* de ese paciente.
6. El médico cuya actividad se guía por el modelo biológico-lesional de la enfermedad (paradigma biomédico) sólo ve en el relato del padecer, síntomas que le permitan diagnosticar una enfermedad. En cambio, el paradigma antropomédico o humanista, además de síntomas de enfermedad, ve en dicho relato datos sobre la manera como esa persona vive, siente, sufre, teme su problema de salud.
7. En consecuencia, el paradigma antropomédico exige del doctor el diagnóstico de la enfermedad y el conocimiento de lo que ésta significa para el paciente (Martínez, 2001, p. 40-41).

¿Por qué necesitamos un concepto distinto del de enfermedad?

Porque desde el concepto de enfermedad no puede traducirse un programa de acción que permita aliviar a los humanos enfermos, que es el principal interés de la atención sanitaria. Es decir, para poder cumplir con los objetivos de la medicina que ve pacientes, que cura seres humanos enfermos, se requiere de otro concepto, además del concepto biológico de la enfermedad. El concepto de enfermedad, en tanto que biomédico, no está vinculado a conceptos sociales, psicológicos, históricos, tales como pobreza, opresión, clasismo y otros, sin embargo, éstos últimos son



conceptos muy útiles para organizar programas de acción, que son los que se emplean en la atención sanitaria.

Esto de ninguna manera quiere decir que en el nivel ontológico sean cosas distintas. La falta de vinculación es sólo una cuestión conceptual, sin implicación alguna con tesis ontológica o metafísica. Por un lado, parece tratarse de un caso de inconmensurabilidad de los conceptos. Sin que yo pueda dar una razón de a que se deba, pues ésta podría ser solucionada con mejores desarrollos científicos o tecnológicos, o quizá no. Hasta que eso no se lleve a cabo, será necesario usar otro modelo.

Quizá este modelo no durará demasiado y sea sólo una cuestión de tiempo que el avance de la tecnología consiga traducir el concepto de enfermedad en otros conceptos útiles para la atención sanitaria. Pero mientras tanto, si el objetivo es ayudar a las personas que sufren, será necesario desarrollar otros conceptos que puedan articular la práctica médica de las personas.

Animal humano y persona

La enfermedad y su padecimiento (o su ausencia de él) es un fenómeno personal. Por eso resulta de importancia clarificar el concepto de persona. Lo primero que hay que decir es que ser humano y persona no son lo mismo. Como es bien sabido, el término “persona” suele derivarse de la palabra griega que significa máscara, en particular la que usaban los actores en las representaciones. Pero su sentido filosófico más profundo aparece gracias a Boecio en torno al siglo VI d.C., quien la entiende como una “*substancia individual de naturaleza racional*”. Su uso fue fundamental en las disputas trinitarias católicas. Su sentido filosófico estuvo inicialmente pensado para Dios, la persona por excelencia, el otro por antonomasia, aunque después, por un acto de originalidad, se aplicó a otros seres, en particular a los animales humanos. Hoy día se aplica sobre todo a personas no divinas, tales como las personas humanas (e incluso algunos, por ejemplo en la India, lo aplican a personas no humanas, tales como los delfines, en este caso, personas animales no humanas). En parte por esta razón de su historia, el concepto de persona ha quedado ligado a la actividad



creadora, al libre albedrío (capaz de escapar del determinismo del mundo material) y a otras nociones de inicial contenido teológico.

Para la filosofía de la medicina de corte biopsicosocial se entiende como:

[...] persona es lo que existe en tal forma que pese a la multiplicidad de las partes constituye una unidad real, peculiarísima y de valor propio, y que como tal, a pesar de funciones parciales, realiza una actividad unitaria y dirigida a un fin” (Rof Carballo, citado en Martínez, 2010, p. 57).

Otra manera de entender a la persona es: *“El concepto filosófico de Persona recoge todo esto y lo hace unidad, existencia viviente, voz propia, sentimiento propio, conocimiento propio que va de aquí para allá por el mundo haciendo cosas, pensando, amando, creando, imitando, llorando, riendo, enfermando y muriendo”* (Martínez, 2010, p. 20).

Es decir, la persona *“es una actividad vivida de autocreación, comunicación y adhesión”* (Mounier citado en Martínez 2010, p. 25). En este sentido la persona no es una parte de su cuerpo, ni siquiera el cuerpo completo, sino la unidad de todo el ser humano, con sus aspectos biográficos, psicológicos y sociales. Y es por eso que la medicina que se ocupa de la persona, y no de una parte del cuerpo no considera a la enfermedad como un mero fenómeno biológico. En este sentido para los médicos biopsicosociales, la persona no puede descomponerse, es una unidad real, metafísica.

En este sentido, el concepto de persona es un concepto primitivo: *“El concepto de persona es lógicamente previo al de una conciencia individual. El concepto de persona no ha de analizarse como el de un cuerpo animado o el de un ánima encarnada”* (Strawson, 1959, p. 106). Y dice también que

Todo lo que he dicho acerca del significado de decir que este concepto es primitivo es que no ha de ser analizado de cierto modo o modos. No hemos, por ejemplo, de concebirlo como un género secundario de entidad en relación a dos géneros primarios, a saber, una conciencia particular y un cuerpo humano particular (Strawson, 1959, p. 107).



Es decir, la persona no es la suma de un cuerpo y una conciencia. Una persona es la unidad primitiva, o entidad primaria, de una conciencia particular y un cuerpo humano particular.

En este sentido, Strawson iría por la misma línea de pensamiento que los autores anteriores, en el sentido de afirmar que la persona no es algo separable, disociable de su cuerpo o de su conciencia. Una persona no es la mera conciencia o el mero cuerpo. Una persona es la unidad de la conciencia y el cuerpo. En este sentido, una medicina de personas es una medicina que trata de una unidad de cuerpo y mente, no una medicina centrada en cuerpos, porque los cuerpos por sí solos, no son personas.

Dado que la enfermedad es de una persona, y que ésta tiene un padecer, el proceso cara a cara entre el médico y su paciente no puede ser meramente el del interrogatorio tradicional que se da a veces en la consulta médica: *“En la consulta médica basada en el modelo biológico-lesional de enfermedad tal como se lleva a cabo actualmente, el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduciendo a la persona a simple cuerpo humano”* (Martínez, 2003, p. 26). Y agrega: *“la relación que establece el médico no es con el paciente como persona sino con su cuerpo; y es, con ciertos matices, semejante a la relación que establece un científico con su objeto de estudio”* (Martínez, 2003, p. 27).

Si bien el concepto de persona no es original de este autor, su aplicación como agente explicativo para el padecer, sí resulta original, y en la clínica es de una utilidad que justifica considerarlo como una propuesta original y por ello merecedora de consideración para la historia de la filosofía de la medicina.

Referencias

- Engel, G. (1979) “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, reproducido en Caplan, A., Engelhardt, H. T. y McCartney, J. J., 1981, (ed.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Laín, P. (1950) *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Salvat.



Martínez, F. (1979) *Consulta médica y entrevista clínica*, México: editorial Medicina del hombre en su totalidad.

_____. (1983) *Enfermedad y padecer*, México, editorial Medicina del Hombre en su Totalidad.

_____. (2001) "La medicina y los médicos frente al siglo XXI", en Rodríguez de Romo, A. y Martínez Barbosa, X., (ed.), *Estudios de historia de la medicina: abordajes e interpretaciones*, México, UNAM.

_____. (2003) *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*, 2da edición, México, UNAM- Manual Moderno.

_____. (2010) *Médico de personas: Las ciencias humanas en la práctica médica*, México, UMSNH, Coordinación de Investigación Científica UNAM e Instituto de Investigaciones Históricas UNAM.

Wulff, H. R., Pedersen S. A., Rosenberg R. (1986) *Introducción a la filosofía de la medicina*, trad. Assumpta Mauri, Madrid, Triacastela, 2002.