

## **Médicos que han estado a la sombra del poder bajo gobiernos totalitarios y democráticos durante el siglo XX.**

*Flavio Salgado Bustillos y Marinelly Díaz Lira*

---

### **Resumen.**

El presente artículo tiene como objetivo examinar el rol del médico durante el tratamiento de las enfermedades físicas y psicológicas de hombres de Estado que han ejercido el poder en el siglo XX. En cuanto a la metodología se hizo una revisión de fuentes primarias y secundarias relativas a siete gobernantes; tres de ellos con un perfil totalitario y cuatro de tendencia demócrata. En torno a los resultados de la investigación, se observó que es la confianza, la base de la relación entre médico y paciente, en un contexto donde el galeno cumple el rol de confidente y proveedor de drogas. No obstante, se evidenciaron situaciones en la que esta franqueza se veía quebrantada luego del fallecimiento de los gobernantes, cuando el médico decidía hacer público los detalles de la enfermedad que aquejaban a sus pacientes, generando molestias en los familiares. Por otro lado, se observó que este rompimiento podía significar la tortura e incluso la muerte del médico, en el caso de los regímenes totalitarios.

**Palabras clave:** salud, enfermedad, confianza, relación médico-paciente, secretismo, paradigma paternalista.

Universidad Tecnológica de Chile/Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

E-mail: flaviosalgado2013@gmail.com  
marinellyf1@gmail.com

Recibido: 04/04/2020 - Aceptado: 11/06/2020.

---

---

## **Physician who have been in the shadow of the power under totalitarian and democratic governments during the 20th century.**

---

### **Abstract.**

This article aims to examine the role of the physicians during the treatment of the physical and psychological illnesses of statesmen who have exercised power in the 20th century. Regarding the methodology, a review was made of primary and secondary sources related to seven leaders: three of them with a totalitarian profile and four with a democratic tendency. Concerning the results of the investigation it was observed that trust is the basis of the relation between doctor and patient, in a context where the physician plays the role of confidant and provider of drugs. However, it was observed the trust was broken when the doctors decided to make public the details of the disease that suffered their patients, generating discomfort in the relatives. On the other hand, it was observed that this break could mean torture and even the death of the doctor, in the case of totalitarian regimes.

Keywords: Health, disease, trust, relation doctor-patient, secrecy, paternalistic paradigm.

### **Introducción.**

Históricamente, la relación médico-paciente en los países occidentales ha tenido sus cimientos en la concepción hipocrática, bajo la luz del paternalismo médico, en un contexto en el que el médico gozaba de autoridad y respeto y a su vez los pacientes y familias, le tenían plena confianza.

El modelo de relación existente tenía su énfasis en los deberes profesionales para con el paciente bajo el Juramento Hipocrático: “un modo de vida dedicado a la beneficencia y no maleficencia, (...) protección de la confidencialidad (...) con un fuerte compromiso ético por el cuidado del enfermo” (Rodríguez, 2006, 3) y que obliga a quién cura a no revelar al mundo los males que su paciente sufre (Crasnianski, 2017).

De acuerdo con Rodríguez (2006) la relación médico-paciente viene dada por el voto de confianza que el paciente le da al médico. Este último tiene en cuenta la vulnerabilidad en que se encuentra el paciente, por tanto, no se trata de una relación de igual a igual. Para autores como Castro (2014), esta asimetría se encuentra arraigada en prácticas sociales que han fortalecido el modelo médico hegemónico de tecnificación y medicalización.

No obstante, para Laín (1964), se establece una relación interpersonal, que tiene como fundamento lo que podría considerarse una cuasi amistad, en la cual una de las partes pone su saber y su voluntad de ayuda técnica y la otra su fe y confianza en la medicina y por supuesto, en el médico que lo atiende. Agrega que, esta relación es dinámica y los roles que se asumen

varían en el tiempo. De este modo, cuando se trata de médico de cabecera o de familia, este autor afirma: *“el paciente suele considerar al doctor como amigo de la casa», lo cual hace que la realidad de ese enfermo aparezca a los ojos del clínico como la suma de un objeto científicamente cognoscible y una persona conocida y amiga”* (Laín, 194, 210).

Esta relación cercana entre médico y paciente se ha hecho aún más evidente cuando se trata de enfermos que han sido Jefes de Estado y de Gobierno. Al respecto Crasnianski (2017) resalta que lo que está en juego en este tipo de relación es el poder, por considerar que el rol del profesional excedería sus funciones habituales y los fundamentos de su profesión se verían debilitadas frente al imperativo de la eficacia. Para la autora, el médico debe habituarse al respeto, la dignidad y el secreto.

En opinión de Crasnianski (2017), los gobernantes mientras que ejercen el poder han necesitado la presencia de un médico a su lado, bien sea como confidentes, consejeros, proveedores; con la clara misión de permitir que el hombre de Estado al que atendían pudiese ejercer ese poder durante el mayor tiempo posible.

En el presente artículo se examinará el rol del médico durante el tratamiento de las enfermedades físicas y psicológicas de hombres de Estado que han ejercido el poder en el siglo XX. Para lograr este objetivo se utilizó como técnica de recolección de información la revisión exhaustiva de fuentes primarias y secundarias, evidenciándose que, en algunos de los casos estudiados, fueron los propios médicos, quienes han ejecutado acciones que han ido en contra de sus propias convicciones profesionales y personales. Todo ello, con la finalidad de mantener a toda costa a sus pacientes ilustres en funciones. Y en otros casos se observó cómo los médicos que le tomaron gusto al poder, optaron por traicionar ese juramento hipocrático, revelando detalles de las enfermedades que aquejaron a estos Jefes de Estado una vez que habían fallecido.

En virtud de lo antes expuesto, las preguntas que guiarán la presente investigación serán: ¿Cuál ha sido el rol del médico en el tratamiento de Jefes de Estado como pacientes?; ¿Cuáles han sido las estrategias empleadas por los médicos para mantener a los Jefes de Estados ejerciendo plenamente sus funciones sin afectar su imagen ante la opinión pública? En un contexto donde el médico sabe mucho ¿ha sido el secretismo en torno a las dolencias de los gobernantes una práctica de los galenos para prolongar la estadía de ambos en el poder?

Para responder a estas interrogantes, partiremos de la premisa de que existen elementos que el médico debió ponderar al momento de develar o mantener en secreto las enfermedades que aquejan a los Jefes de Estado, por considerar que acarrearán riesgos en el ámbito político, así como también la posible pérdida de privilegios tanto de sus pacientes que se encuentran en el poder, como de ellos mismos.

A lo largo de este estudio examinaremos las relaciones médico-pacientes con perfiles totalitarios y democráticos que se han mantenido en el poder. Se tomaron como casos de estudio, a gobernantes europeos y estadounidenses, siendo estos Hitler, Franco, Mitterrand, Churchill, Stalin y Eisenhower y Kennedy, respectivamente.

### **Aproximaciones conceptuales de la relación médico-paciente.**

En la Europa del siglo XIX, la relación médico-paciente se configuró bajo un paradigma eminentemente paternalista, en el que el médico era el poseedor del conocimiento; al tiempo que al paciente se le posicionaba como incompetente y con falta de capacidad de juicio por el hecho

de estar enfermo. Era entonces, la perspectiva médica la que interesaba, independientemente de los resultados y sus implicaciones para el paciente (Cañete, Guilhem, & Brito, 2013).

Para el sociólogo Talcott Parsons (1984) el rol del médico se asocia con un alto grado de especialización, competencia técnica y neutralidad afectiva, atributos que le permitirían “hacer todo lo posible para la recuperación completa, pronta y sin dolor de sus pacientes” (Parsons: 288), mientras que el rol del paciente estaría definido por una necesidad manifiesta de buscar ayuda técnicamente competente ante la incapacidad de curar su enfermedad por sus propios medios. De allí, que el paciente necesita de los servicios técnicos que le proporciona el médico “porque ni él ni sus asociados inmediatos o familiares conocen la cuestión ni lo que hay que hacer para su tratamiento” (Parsons: 289). Según el sociólogo norteamericano, esta situación de vulnerabilidad, interdependencia y falta de experticia técnica, convierten al enfermo en un objeto susceptible a la explotación que apenas puede alcanzar una apreciación racionalmente objetiva de su situación.

En consecuencia, los médicos han sido responsables de sus pacientes, asumiendo una postura paternalista; es decir una medicina centrada en el médico, donde el paciente es un elemento pasivo, en estado de vulnerabilidad ante el facultativo, correspondiéndole a este último protegerlo y brindarle alternativas que solucionen su mal. Para Lázaro y Gracia “la concepción clásica de un “buen enfermo” es la de un enfermo sumiso, confiado y respetuoso; lo mismo que un niño bueno, no es reivindicativo, mantiene una actitud dócil, obedece las indicaciones del padre/médico y no hace demasiadas preguntas” (2006, 8).

El paternalismo en principio y por definición se auto justifica: “se limita la libertad de alguien con vistas a su bien. Lo cual permite suponer que ciertas personas poseen un saber o competencia que les autoriza a intervenir en una felicidad que no es la suya” (Camps, 1998, 197).

De acuerdo con Gerald Dworkin citado por Sartorius (1983, 107) para que exista paternalismo “debe haber una violación de la autonomía de la persona (...) Debe haber una usurpación de la toma de decisiones, ya sea evitando que la gente haga lo que había decidido o interfiriendo con el modo en que llegan a sus decisiones”. De este modo, se esperaría que el paciente asuma una aptitud de cooperación que facilite al médico desplegar su saber científico-técnico con miras a curar la enfermedad. En esta situación de interdependencia funcional también subyace una relación de dominancia – subordinación donde: “el agente A ejerce paternalismo sobre B sólo si: A ejerce poder sobre B, con la finalidad de evitar que B no haga algo (...) que le daña a sí mismo y/o le supone un incremento del riesgo de daño” (Alemany, 2011, 755). Por lo tanto, en la relación médico-paciente, se configura una relación asimétrica, con nula participación del paciente en el proceso de toma de decisiones en torno a su enfermedad, prevaleciendo solo la opinión del médico, la cual además es avalada institucionalmente bajo el velo de la neutralidad afectiva. (Parsons, 1984).

Este poder social (Zimmerling, 2006) y simbólico (Bourdieu, 2000) ostentado por el gremio médico hicieron que los dominantes y los dominados, creyeran que es necesario someterse a los mandatos médicos sin cuestionar este saber, dando paso a la actividad normativa y controladora de la medicina dotada de un poder autoritario. En consecuencia, la medicina moderna cumple un papel constitutivo en la producción de las personas, forjándose como el portavoz de la autoridad sobre los seres humanos, a través de un discurso afirmativo de su cientificidad (Rose, 2012). Esta invención del hombre moderno por la medicina se debe por un lado, al pro-

ceso de producción de las prácticas de saneamiento que crearon cuerpos que son disciplinados en relación a la salud y por otro, a la composición de la medicina con otras diversas formas de experiencia, en un contexto donde las relaciones de poder y producción de la subjetividad se evidencian en la práctica médica. Por ello la importancia “(...) *de traer a la luz los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para determinar en qué medida es posible rectificar o duplicar el modelo*” (Foucault, 1976. 169).

No obstante, Laín (1964) aborda la relación médico-enfermo como una relación interpersonal sostenida entre dos personas iguales “coejecutivas”, basada en:

*la confianza anhelante o agradecida del inválido en quien puede devolverle o está devolviéndole su validez normal. (...) y respecto del médico, desea (...) su buen éxito en la empresa de imitar y ayudar a la naturaleza; lo cual es amistad real, porque es deseo del bien del amigo y de la utilidad que la relación con el amigo pueda procurar* (Laín, 1964, 53).

A juicio de Rodríguez y Zurriaga (1997), la confianza es la piedra angular del rol que relaciona al paciente con el médico. Se basa en la entrega de uno y la vocación del otro. “El médico es amigo del enfermo a través de su amor a la medicina, y amigo de la medicina a través de su amor al hombre, de su filantropía. El enfermo, es para él la suma de un objeto valioso” (Laín, 1964, 212).

De acuerdo con esta perspectiva, la relación médico-paciente se fundamenta en lo que pudiera considerarse una “amistad”, en la cual las partes ponen su saber y su voluntad de ayuda técnica y la otra su confianza en la medicina y en el médico que lo atiende. No obstante, Laín resalta: “*cuando la profesión del «naturalismo» ha sido consecuente, entonces la amistad ha dejado de existir como tal y se ha convertido en camaradería, en asociación para la conquista de un bien objetivo de carácter público o privado*” (1964, 200).

Contrario a este enfoque, Foucault (1990, 2011) y Freidson (2009), apuntan que la expansión del conocimiento científico en la medicina otorgó a los médicos influencia y prestigio a fines de los siglos XIX, derivado de un campo institucional que permitió a los galenos definir lo que es norma y lo que es desvío; al tiempo que dotó a la profesión médica de autonomía y monopolización del conocimiento. En consecuencia, el poder médico se basa en la autoridad técnico-científica de la profesión, a partir de la legitimidad científica de sus conocimientos y de la dependencia de la sociedad de esos mismos conocimientos (Starr, 1982). Esta opinión es compartida por Rodríguez (2004), quien sostiene que en la interacción médico-paciente, se configura una relación de poder-dominación-sumisión que supone como prerrequisito funcional, la cosificación y autocosificación del actor paciente por parte del saber médico.

Desde el enfoque de Crasnianski (2017), en la relación médico-paciente lo que está en juego es el poder cuando se trata como paciente a un hombre de primer plano de la política, ya que considera que el rol del profesional excedería sus funciones habituales y los fundamentos de su profesión se ven debilitadas frente al imperativo de la eficacia. En esta relación, el paciente quiere mantenerse en la cima del poder y el médico quiere conservar su lugar. Para Crasnianski (2017), ambos están inexorablemente unidos; si uno cae, el otro también. Los dos consagran la vida al poder y ninguno está dispuesto a renunciar a él.

Bajo esta perspectiva, la autora del libro “*Locura y poder. Los enfermos que gobernaron el siglo XX*”, destaca como principal misión del médico, la de permitir que el hombre de Estado enfermo ejerza el poder durante el mayor tiempo posible. En este contexto, se hace evidente el

conflicto entre el deber y el interés y es el secreto médico el cimiento de la relación entre el enfermo y su médico sobre todo a la hora de mantener las dolencias físicas o trastornos psicológicos, si fuera el caso, bajo secreto para no debilitar el poder del gobernante (Crasnianski, 2017).

A lo largo de la historia, líderes se han mantenido en el poder con ayuda de sus médicos, siendo estos últimos en muchas ocasiones sus confidentes, guardianes y en algunos casos proveedores cuando los líderes eran adictos a las drogas.

### **Metodología.**

La presente investigación se trabajó bajo una perspectiva cualitativa que se enfocó en la recolección y análisis de datos de fuentes primarias y secundarias. Ello implicó la utilización y selección de una gran variedad de material bibliográfico, artículos de prensa y textos históricos, que dan cuenta de las rutinas, las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (García y Rodríguez, 1999; Gibbs, 2007). Bajo esta premisa, se afirma que nuestra investigación se caracterizará por ser no probabilística, debido a que la elección de los elementos no dependía de la probabilidad sino de las características de la investigación (Flicker, 2007).

La técnica empleada para analizar la información fue inspirada en algunos aspectos del análisis crítico del discurso, el cual relaciona los actos del habla con la estructura social y con el contexto histórico del cual emergen los discursos (Van Dijk, 2016). Además, se empleó el análisis temático reflexivo con la finalidad de tratar de comprender cómo se representan los objetos sociales en contextos particulares (Braun y Clarke, 2014).

Para fines de la investigación, el análisis temático fue gran utilidad para generar criterios de clasificación a partir tanto de la información compilada como de las categorías conceptuales utilizadas para construir el objeto de estudio. Esta clasificación y obtención de códigos implicó familiarizarse con los datos; leer y releer los datos; identificar características importantes de los datos que son relevantes para responder la pregunta de investigación; explorar dominios, intereses sectorizados en los datos, identificar el interés particular, desarrollando un análisis detallado de cada tema y por último escribir, analizar y discutir los datos (Braun y Clarke, 2006).

El presente estudio tomará como muestra los casos de siete gobernantes; tres de ellos con un perfil totalitario y cuatro de corte demócrata, que estuvieron en el poder durante el siglo XX.

### **Análisis y presentación de resultados.**

Las dolencias de algunos gobernantes no sólo se derivan de su salud física, también se han suscitado numerosos casos en el que los trastornos de personalidad han prevalecido en estos líderes y sobre los cuales se sabe poco. En algunos casos, se habla en público cuando se trata de dolencias físicas, pero no tanto cuando se trata de trastornos mentales y esto se explica porque la opinión pública está menos dispuesta a aceptar el diagnóstico, sobre todo si el líder en cuestión se ha convertido en un héroe nacional.

Bajo esta premisa, se ha observado en algunos de estos dirigentes, el padecimiento del trastorno narcisista, que se manifiesta en las personas por un desmedido sentido de importancia personal y estar convencidos de poseer características superiores. Presentan una autoestima sobredimensionada, suelen ser muy sensibles a la crítica y se les dificulta tolerar frustraciones. Para estar a su lado es necesario adularlos o serán rechazados por su círculo. El narcisismo

suele llevar a la megalomanía y al desarrollo de estados que colocan al individuo que lo sufre fuera de la realidad.

En el siguiente segmento, se examinarán las relaciones médicos-pacientes; caracterizados estos últimos por ser personajes que han lidiado con la enfermedad durante su período de gobierno.

### **La relación médico -paciente en el contexto de los regímenes totalitarios.**

Son varios los casos emblemáticos en el que la relación médico-paciente ha trascendido hacia una relación de lealtad y de complicidad, en un contexto en el que el secretismo en cuanto a las condiciones de salud ha prevalecido en esta relación, a fin de postergar el relevo del dirigente enfermo y mantenerlo a toda costa en el poder.

En este escenario, los médicos no solo se han enfrentado a las dolencias físicas que han aquejado a sus pacientes mientras han estado en el poder, sino también a los trastornos de personalidad, entre ellos, el síndrome de hybris (Owen, 2010) que lo sufren quienes ostentan el poder, caracterizado por una confianza exagerada en ellos mismos y a una percepción equivocada de la realidad.

### **Caso Adolf Hitler (1934-1945).**

En la Alemania de la Segunda Guerra, Hitler se proyectaba como un líder de salud física y mental ejemplar; sin embargo, se dice que era adicto a las pastillas, a las drogas, a la cocaína y a estimulantes, además de sufrir constantes crisis nerviosas. En 1936, Hitler, preocupado por sus problemas intestinales y por sus piernas comidas por un eczema, aceptó ser revisado por el Dr. Theodore Morell, quién fue recomendado por su fotógrafo personal, Heinrich Hoffman (Bitar y Borda, 2012; Crasnianski, 2017; Musmanno, 2005).

A partir de entonces, Morell le prometió curarlo en menos de un año. El galeno creía que el Führer padecía de agotamiento nervioso, por lo que le administró vitaminas, sustancias variadas y cápsulas con cepas bacterianas para acelerar la curación, logrando desaparecer el eczema y las dolencias estomacales. Complacido Hitler lo recompensa y es así como Theodore Morell se ganó su confianza convirtiéndose en 1937 en el médico oficial de Hitler (Da Mota, 2009; Crasnianski, 2017; Ohler, 2016)

De acuerdo con Crasnianski (2017), Theodore Morell, fue el médico personal durante 9 años y era considerado un genio siendo apodado el médico de las inyecciones. Le tenía alrededor de 28 tratamientos al dictador, además le administraba un cóctel de polifármacos (Da Mota, 2009; Ohler, 2016): opiáceos, morfina, barbitúricos, anfetaminas con el objetivo de combatir sus trastornos intestinales y para mantenerlo siempre en estado de alerta (Da Mota, 2009).

En cualquier caso, Theodore gozaba de la total confianza del Führer (Da Mota, 2009) y se convirtió en un íntimo; en una de las pocas personas en las que Hitler, de naturaleza tan desconfiada, se sentía seguro, situación que derivó en un apego por quién lo curaba. De allí Morell se convirtió en la sombra del dictador y de esta relación el médico de Hitler también salió beneficiado, logrando expropiar sociedades farmacéuticas, laboratorios, comprar acciones de empresas relacionadas con el rubro y aumentar su clientela (Crasnianski, 2017).

La relación entre el paciente Hitler y su médico Morell se fue afianzando en el transcurrir del tiempo y el miedo a las enfermedades, por cierto, percepción extendida entre los poderosos,

también se fue acrecentado; sobre todo por la temprana muerte de sus padres. Hitler estaba convencido de que su vida era corta y que su misión era la de restaurar la gloria de Alemania y era el doctor Morell quien lo ayudaría en esta tarea (Crasnianski, 2017). No obstante, Morell no tenía aceptación unánime del entorno de Hitler y la lluvia de críticas a sus prescripciones venían incluso desde la propia Eva Braun, pareja de Hitler.

En cuanto al tratamiento que el doctor Morell aplicaba en su paciente, Bitar y Borda (2012), Mussano, (2005) y Ohler (2016), coinciden en que la administración de inyecciones de oxicodona o Eukodal, explicaban las conductas erráticas del dictador, su distanciamiento con la realidad, su aparente confianza en la victoria a pesar de las múltiples evidencias en sentido contrario y su ensimismamiento en absurdas ilusiones.

Crasnianski (2017) es más enfática al destacar que Hitler nunca estuvo enfermo si no que fue víctima de un envenenamiento progresivo planificado por su médico personal, ya que antes de Morell el dictador no sufría de nada. En concordancia con esta tesis Mussano (2005) señala:

El genio del doctor Morell consistía en la curación de enfermedades que su magno paciente nunca padeció y, gracias a los medicamentos que le suministraba, le provocó dolencias más graves. Pero ¿qué había en esta repulsiva personalidad para cautivar de esa forma a Hitler? El Führer, que no entendía nada de medicina ni fisiología, creía que, a base de evitar el tabaco, el alcohol y la carne podía proteger su salud y procurarse la vitalidad que necesitaba para su continuo ajeteo, para su trabajo, para su creciente vehemencia y sus ataques de cólera. Morell confirmó esta intuición y le ayudó mediante inyecciones, drogas y medicamentos que llevaba apuntadas en su recetario de curandero. Si el dictador se encontraba cansado, una inyección en el brazo acababa con todo el agotamiento y renovaba sus energías. (...) Hitler, para curar algunas enfermedades bien definidas se dejaba tratar por otros médicos, pero la posición de Morell siempre permanecía inamovible, incluso cuando se comprobó con absoluta seguridad que sus tratamientos eran más perjudiciales que beneficiosos para la salud del dictador (Mussano, 2005, 52).

Los cuestionamientos hacia el doctor Morell también provenían de otros médicos tratantes de Hitler. Tras el atentado contra el dictador en julio de 1944, el doctor Von Hasselbach, como médico del servicio del cuartel general de Rastenburg en Prusia del Este, “observó algunas píldoras en el dormitorio de Hitler que contenían 4 miligramos de estriquina y 0,4 miligramos de atropina” (Mussano, 2005:53) dosis que, según los médicos otorrinolaringólogos, Hasselbach, Brandt y Giesing, excedía de lo permitido.

La relación servil de Morell hacia Hitler la describió muy bien Mussano (2005) en el siguiente fragmento extraído de su libro “Los últimos testigos de Hitler”:

*Hitler está tumbado en el sofá de su habitación del bunker; sus ojos permanecen cerrados, su cuerpo se sacude de un lado a otro a causa del ruido causado por las explosiones de los proyectiles (...) a este santuario entra, de puntillas, un hombre tosco y descuidado (...) en una de sus manos se balancea una jeringuilla de inyecciones (...) coloca su equipo en el suelo, (...) para poder descubrir el brazo (...) Pero este salta con un grito: “¡Usted, traidor! ¡Usted también forma parte de la partida!”. (...) pero esta vez en esa inyección ha puesto usted morfina. Quiere dormirme para que ellos me puedan sacar de Berlín”. Pero ¿Quiénes son ellos? ¡Lo único que sé, y usted también lo sabe, es que yo sólo soy su fiel Morell! (...) ¡Mi Führer, no me hable así, soy su fiel doctor Morell, el que ha cuidado en cientos de en-*



Tabla N°1. Ficha clínica del paciente Hitler.

Médico tratante	Diagnóstico	Prescripción
Theodor Morell, era el único al que Hitler permitía que le pinchara las venas para ponerlo de nuevo en pie. Fue el primero que le diagnosticó episodios de angustia y fuerte depresión.	Depresión, histeria, esquizofrenia, sadismo, bipolaridad, accesos de cólera. Algunos de su entorno consideran que la ingesta de productos químicos (tomaba 16 comprimidos al día) habría contribuido a trastornar aún más la mente del dictador.	Derivados de la morfina, cocaína, amfetaminas y varias pociones desconocidas, vitamultin-calcio, cuyos ingredientes exactos se ignoran. También hormonas masculinas y esteroides para luchar contra la depresión.

Elaboración propia en base a (Crasnianski,2017; Da Mota, 2009; Ohler, 2016)

### Caso Francisco Franco (1939-1975).

En España el dictador Francisco Franco, asumía los cargos como Jefe de Estado y como generalísimo de las fuerzas militares sublevadas, el 1 de octubre de 1936. Su gobierno totalitario inicia en 1939, tras el fin de la guerra civil. El mismo contó con el apoyo de Hitler y Mussolini, por quién guardaba “una gratitud sincera” (Nourry,1976:403).

Fue en la primavera de 1960, cuando en Madrid se comienza a hablar que El Caudillo habría sufrido un ataque cardíaco. Fueron tantos los rumores que los funcionarios de su Casa Civil emitieron un desmentido oficial (Preston, 2011). Para 1964 Franco tenía ya setenta y un años. Fusi (2011) destaca que, con cierta periodicidad, el médico de Franco, Vicente Gil, decía a los medios de comunicación que la salud de Franco era “magnífica”. Para Fusi (2011) tales afirmaciones sobre la salud de Franco eran muy sospechosas y estaban orientadas a salir del paso de rumores insistentes sobre supuestas enfermedades del dictador.

Herrero (2015), Payne y Palacios (2014) y Preston (2004), coinciden en resaltar la lealtad del doctor Vicente Gil hacia Franco. De acuerdo con una reseña del hijo del doctor Vicente Gil, realizada por Herrero (2015), durante un acto en el Desfile de la Victoria de 1971 en el que Franco debía estar de pie toda la cita, su doctor de confianza y de cabecera en vista en que esto no era recomendable para la salud del dictador, encargó una silla adaptada para que permaneciera semi sentado sin que nadie lo notase. La complicidad y la leal amistad en la que se convirtió esta relación médico-paciente, es destacada por el hijo del galeno en el siguiente fragmento:

*Mi padre vivía por la salud de Franco. Iba y venía continuamente al Pardo, daba igual que fueran las seis de la tarde que las tres de la mañana. No vivíamos muy lejos para poder estar siempre en alerta, se conocía la carretera de memoria. De hecho, no tenía casi vacaciones, siempre iba con él. La relación fue tan personal que no tenía vida más allá. Lealtad que llevó al doctor a cuidar a su paciente en todo momento. Aunque no fuese su especialidad, sí tenía algunos conocimientos de fisioterapia, por lo que cuando Franco lo necesitaba no dudaba en darle masajes tonificantes en las piernas (Herrero, 2015: parr.3).*

Vicente Gil, fue su médico de cabecera durante casi toda su permanencia en el poder, salvo en su enfermedad final. Payne y Palacios (2014) lo describen como un falangista de la vieja guar-

dia y un populista radical disgustado con la nueva España moderna, ostentosa y materialista, en el que el dictador tenía plena confianza:

Franco no tenía duda de su lealtad y le tenía mucha confianza de hecho, a menudo lo encontraba divertido, por lo que su única respuesta era ocasionalmente una sonrisa pícaro y un leve reproche como “no seas grosero” (Payne y Palacios, 2014:389).

Vicente Gil duró junto al dictador cuatro décadas lo que incluso derivó en un libro escrito por el galeno, titulado “Cuarenta años junto a Franco” publicado 6 años después del fallecimiento del dictador.

**Tabla N°2. Ficha clínica del paciente Francisco Franco.**

Médico tratante	Diagnóstico	Prescripción
Vicente Gil	Los primeros signos de enfermedad fue una flebitis en su pierna derecha y más tarde un Parkinson a consecuencia de la esclerosis de los vasos sanguíneos. En el caudillo era visible el síndrome de Hybris. Asumió un papel de Mesías tras su exaltación al poder supremo. Philippe Nourry (1976), opina que el culto a la personalidad con que se le saciaba sobrepasó en extravagancia al del Führer.	Pastillas para el dolor

Elaboración propia en base a (Payne y Palacios, 2014; Preston, 2004; Herrero 2015)

### **Caso Joseph Stalin (1924-1953).**

Entre tanto, en la URSS, es a partir de 1950 cuando la salud de Joseph Stalin, que ya tenía 70 años de edad, empezó a desmejorar. Su memoria fallaba, se agotaba fácilmente y su estado general empeoró. Vladímir Vinográdov, su médico personal, le diagnosticó una hipertensión aguda. Vinográdov propuso un tratamiento a base de pastillas o inyecciones y recomendó a Stalin que abandonase o al menos redujese sus funciones en el gobierno (Gordon, 1997; Rappaport, 1999). La reacción de Stalin fue tan exagerada al punto de despedirlo.

Su manía persecutoria se acrecentó poco tiempo después, cuando recibió una carta de la doctora Lidia Timashuk, una especialista que trabajaba en el policlínico del Kremlin, pero desconocida para él, en la que acusaba a Vinogradov y otros 6 médicos judíos de ser agentes de espionaje de Estados Unidos y conspirar para atentar contra su vida y de miembros públicos con la prescripción de un tratamiento médico (Gordon, 1997).

Entre el poder y la enfermedad los gobernantes europeos con sus dolencias físicas y trastornos psicológicos han confiado su salud a médicos que se han convertido en su sombra, otros en “traidores”; al revelar sus enfermedades una vez fallecidos y en algunos casos se han transformado en víctimas de sus propios pacientes.

Tabla N°3. Ficha clínica del paciente Joseph Stalin.

Médico tratante	Diagnóstico	Prescripción
El único en el que confiaba era Vladimir Vinogradov, judío, al que sin embargo Stalin ordenó detener acusándole de participar en el complot de los médicos para matarlo.	Paranoico, con arterioesclerosis a la altura del cerebro. También padecía psoriasis, artritis y era propenso a las amigdalitis. Para el catedrático, Donald Rayfield, Stalin era un psicópata, incapaz de sentir el menor remordimiento por nada, por ninguno de sus actos. Desde su punto de vista, nunca cometió un error: todas las culpas correspondían siempre a los otros. Y si los demás sufrían, era porque se lo merecían (Alfieri, 2004). Entre tanto Owen (2010), habla de que la paranoia de Stalin tendría sus raíces en Georgia. Muchos de sus rasgos implacables y brutales se explican mejor como propios de un "cacique caucasiano" que como originados en un marxismo dogmático.	Le aplicaban adrenalina para estimular su corazón y sanguijuelas en el cuello para bajar su presión sanguínea.

Elaboración propia en base a (Gordon, 1997; Rappaport, 1999)

### La relación médico-paciente en el contexto de gobiernos democráticos.

Durante el siglo pasado, la salud de varios presidentes de los Estados Unidos y Europa Occidental, se convirtió en un tema de importancia política. Fueron varios los casos en el que sus médicos emplearon como estrategia ocultar a la opinión pública, las enfermedades que estos Jefes de Estado padecían a pesar del riesgo que representaba para su salud y para el ejercicio del poder. En otras situaciones, los médicos mantenían a sus pacientes a base de anfetaminas y de inyecciones estimulantes en aras de "mejorar su salud" y mantenerlos vigorosos e infalibles ante la opinión pública. A continuación, se hará referencia a los casos de Eisenhower, Kennedy, Churchill, Mitterrand y el rol que jugaron sus médicos mientras que sus pacientes estuvieron en el poder.

#### Caso Winston Churchill (1939-1945/ 1951-1955).

El 10 de mayo 1940, Winston Churchill alcanzaba el ansiado poder como Primer Ministro. Junto con él, formando parte de su equipo, estuvo Sir. Charles Mc Wilson, convertido en Lord Moran, su médico personal. Era médico egresado de la Escuela de Medicina del Hospital St Mary's de Londres, en donde fue profesor y luego decano. Ocupó por varios años la Presidencia del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra y logró establecer con Churchill una relación cercana, llegando a ser no únicamente su médico personal, sino su amigo, su consejero no solamente en asuntos de salud sino de política, financieros y de familia (L. S., & Taylor, 2008).

Son numerosas las enfermedades que padeció nuestro ilustre paciente. Como enfermedad base, Churchill padecía de arteriosclerosis. La relación entre el paciente Churchill y su médico

se fueron afianzando. De acuerdo con Vidal (2012:263) *“las atenciones de su médico personal, lord Moran, se fueron haciendo cada vez más frecuentes y se le impuso una severa restricción en el consumo de alcohol y tabaco. Su peligrosa tendencia a las neumonías fue la principal causa”*.

Según Crasnianski (2017), Churchill se tomaba el pulso y la temperatura cada mañana, necesitaba la presencia constante de su médico, el doctor Moran, quién le administró una píldora a base de anfetaminas, cuya fórmula la habría pasado a Max Jacobson, el médico personal de John F. Kennedy. Esta píldora era un estimulante que había sido utilizado entre los años 1930-1940 para luchar contra la depresión. Churchill constató que esa píldora era “maravillosa”. *“Churchill le comentó a su médico, lord Moran: Las píldoras que me recetó son todo un éxito. Me despejan la cabeza y me dan una gran confianza”* (Becerra y Marin, s.f.:102)

Durante toda su vida Churchill padeció crisis de depresión grave (Owen,2010). El testimonio de quienes trabajaron estrechamente con él indica un aspecto maniaco además de depresivo en él. Al respecto L. S., & Taylor (2008) señalan:

las crisis depresivas a las que Churchill llamaba *“perro negro”* no solo eran una patología de la familia sino la fase negativa de la bipolaridad de la cual luchaba con el alcohol, el tabaco y su personalidad avasalladora, maníaca, viajera, de un continuo trabajo y lucha sin quedarse quieto; esa era su fase maníaca en donde actuaba. En alguna ocasión escribió: *“no deseo abandonar el mundo, pero me asaltan pensamientos, ideas desesperadas”*. Tenía condición psicológica congénita con estados depresivos y maníacos que no fueron diagnosticados como tales (L.S.& Taylor:52).

Lord Moran sirvió sobre todo al mejor interés de su paciente (Owen, 2010) y al igual que el médico de Hitler, optó al cóctel de medicamentos para mantener a su paciente ilustre, vigoroso e infalible a pesar de sus problemas físicos y mentales. El secretismo en torno al estado de salud por parte de Moran hacia el Primer Ministro Británico estuvo presente en varias ocasiones.

De acuerdo con Vale y Scadding (2017), en el invierno de 1941, un par de semanas después del ataque japonés a Pearl Harbor, Winston Churchill y Franklin Delano Roosevelt compartieron una cena de navidad en la Casa Blanca. Horas después, tuvo un dolor en el pecho tratando de abrir la ventana de la habitación. Su médico diagnosticó un ataque cardíaco, pero por razones políticas y personales decidió no decírselo a Churchill y por el contrario le hizo creer que todo había sido fruto de su esfuerzo a la hora de abrir una ventana de la residencia presidencial. El episodio se mantuvo en secreto durante 24 años, hasta que fue revelado de forma póstuma.

El secreto en torno a las enfermedades del Primer Ministro Británico fue lesionado por el propio doctor años más tarde. Owen (2010) destaca que Lord Moran perdió el respeto de la familia de Churchill, especialmente de su esposa, Clementine. Esta le dirigió una carta al enterarse de que el galeno estaba escribiendo un libro sobre las enfermedades de su marido, alegando que la relación entre un médico y su paciente estaba basada en la confianza, por tanto, no se justificaba esta acción.

**Tabla N°4. Ficha clínica del paciente Winston Churchill.**

Médico tratante	Diagnóstico	Prescripción
Charles Moran	Crisis cardíacas, neumonías; la enfermedad de base de Sir Churchill era la arteriosclerosis. Padece crisis de depresión grave. En 1947 fue operado de una hernia y en 1949 debió superar un ataque de afasia, que le dejó temporalmente incapacitado para hablar (Vidal, 2012). La familia de su padre tenía un historial de ella. Durante toda su vida, Churchill padeció crisis de depresión grave. La familia de su padre tenía un historial de ella. Su secretario privado. Destaca Owen (2010) que John Colville, describía el estado de ánimo de Churchill en febrero de 1941 como con aspecto viejo, cansado y muy deprimido. El testimonio de quienes trabajaron estrechamente con él, indica un aspecto maniaco además de depresivo.	Lord Moran le administró una pildora a base de anfetaminas.

Elaboración propia en base a (Becerra y Marin, s.f; Crasnianski, 2017; L. S., & Taylor, 2008; Owen, 2010)

### **Caso Dwight Eisenhower (1953-1961).**

Dwight Eisenhower; el presidente número 34 de los Estados Unidos durante el período 1953-1961, sufrió tres crisis médicas importantes durante sus dos mandatos en el cargo. A diferencia de otros presidentes optó por la franqueza a la hora de informar sobre su enfermedad ante la opinión pública. No obstante, su médico personal, Howard Snyder, en varias oportunidades escogió el secretismo para que estos detalles no salieran a la luz pública.

En junio de 1949, el expresidente norteamericano tuvo graves trastornos digestivos, pero de acuerdo con Owen (2010), su cardiólogo, del ejército, el doctor Thomas Mattingly, creía más bien que había tenido un leve ataque cardíaco y que Snyder lo había ocultado. En 1955, se presentó otro episodio cardíaco y su médico le inyectó morfina y otras drogas que no eran precisamente para tratar el infarto; puso a dormir al expresidente estadounidense hasta el otro día y fue hasta entonces cuando llamó a un cardiólogo para que le realizara un electrocardiograma (Altman, 2007) y le dijo al secretario de prensa que Eisenhower tenía indigestión (Gilber, 2008; Jordan, 1987).

En mayo de 1956, seis meses antes de las elecciones presidenciales, Eisenhower fue diagnosticado con la enfermedad de Crohn; un trastorno inflamatorio, que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo (Bradley y del Val, 2012). Su médico, el Dr. Snyder decidió no divulgar al público dicha información, pero un ataque de iliétis, que necesitaba de cirugía, sacó a la luz una vez más el delicado estado de salud de Eisenhower. En opinión de Owen (2010), esta manera de actuar rozó la imprudencia.

Al año siguiente en noviembre de 1957, sufrió un derrame cerebral mientras trabajaba en la Oficina Oval, sin embargo, se recuperó, pero quedó con un ligero impedimento para hablar. Un año después Eisenhower entregó a su vicepresidente Richard Nixon una carta en la que le otorgaba la autoridad de asumir el poder en caso de incapacidad (Owen, 2010).

**Tabla N°5. Ficha clínica del paciente Dwight Eisenhower.**

Médico tratante	Diagnóstico	Prescripción
Howard Snyder	Enfermedad de Crohn, crisis cardíacas, Ielitis	Morfina y otras drogas

Elaboración propia en base a (Gilber, 2008; Jordan, 1987; Owen, 2010)

### **Caso John Fitzgerald Kennedy (1961-1963).**

El 21 de enero de 1961, toma posesión del cargo de presidente, John Fitzgerald Kennedy. Marin (2016), destaca que cuando Kennedy se lanzó como candidato presidencial en 1960 había sido diagnosticado con la enfermedad de Addison; padecimiento de las glándulas suprarrenales, que le impedía a John generar adrenalina; además estaba siendo tratado con antiespasmódicos por una colitis crónica y antibióticos para las infecciones. Uno de los efectos secundarios de su tratamiento eran los cambios de humor, los cuales eran tratados con medicamentos antipsicóticos. Barnes (2007), habla de los fuertes dolores de espalda de los que padecía el expresidente norteamericano. Aunque no hay evidencias, Herer (1999) señala que el expresidente norteamericano fumaba habitualmente cannabis en la Casa Blanca para controlar los dolores de la espalda.

Lo que sí es cierto es que el doctor Max Jacobson, conocido como “doctor Feelgood”; una especie de Dr. Frankenstein (La Nación, 2013), que inyectó Dexedrina (anfetamina) a Kennedy antes de los debates televisivos frente a Richard Nixon (Rensberger, 1972) y que continuó haciéndolo durante su presidencia; lo que le hacía sentirse mejor (Barnes, 2007). Esto ya era bastante malo, pero peor aún era el hecho de que Kennedy ocultaba esta información a otros médicos. Todo esto lo mantenía en secreto al público desde luego. Se le atribuía los dolores de espaldas a una vieja herida de guerra. En efecto sus vértebras se iban deteriorando constantemente, y es posible que, de haber vivido y en caso de haber sido reelegido, hubiese tenido que estar en sillas de ruedas cuando su mandato hubiera finalizado en 1968 (Barnes, 2007).

El médico personal de Kennedy, Max Jacobson, era famoso por sus inyecciones milagrosas de estimulantes. Le llamaban el “genio de las anfetaminas” por sus fórmulas para mantener

estimulada a la pareja presidencial y a varias celebridades. Sus clientes eran tan distinguidos como Marlene Dietrich o el primer ministro inglés Winston Churchill (Rensberger, 1972). Kennedy decía de la pócima milagrosa: “No me importa que sea orina de caballo, pero eso funciona” (La Nación, 2013; Rensberger, 1972).

De acuerdo con Rensberger (1972), en 1975 las autoridades sanitarias le quitaron la licencia médica a Jacobson por el presunto envenenamiento anfetamínico de varios de sus pacientes.

### **Tabla N°6. Ficha clínica del paciente John Fitzgerald Kennedy**

**Tabla N°6. Ficha clínica del paciente John Fitzgerald Kennedy.**

<b>Médico tratante</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Prescripción</b>
Max Jacobson	Enfermedad de Addison, dolores de espalda.	Medicamentos antipsicóticos, Dexedrina (anfetamina), entre otros

Elaboración propia en base a (Barnes, 2007; Herer, 1999; Marin, 2016; Rensberger, 1972)

### **Caso Francois Mitterrand (1981-1995).**

El 21 de mayo de 1981 François Mitterrand asumió la presidencia de Francia. Seis meses más tarde comenzó a sufrir dolores en la espalda, en el brazo derecho y en las piernas. Su médico personal, Claude Gubler, con el mayor secreto, lo sometió a diversas pruebas en el hospital militar de Valde-Grace. El 16 de noviembre de 1981 ya se tenía el diagnóstico: cáncer de próstata en fase avanzada. Mitterrand ordenó que se guardara el más absoluto secreto y fue sometido a una terapia hormonal, menos debilitante que la quimioterapia.

Según, el exministro británico David Owen y estudioso del tema, en entrevista con RTVE, a Mitterrand se le diagnosticó a solo 6 meses de jurar su primer mandato de 7 años un cáncer de próstata del que ya había pruebas que se había extendido a los huesos y su expectativa de vida era probablemente inferior a dos años. Lo asombroso fue que, durante su primer mandato, que duró hasta 1988, desarrolló una actividad agotadora. Afirma Owen que Mitterrand publicó un informe, firmado por su médico, antes de que le diagnosticaran el cáncer, y después, durante 11 años, antes de que se hiciera público, cada seis meses, su médico publicaba un informe que jamás mencionaba su cáncer de próstata.

Durante más de 13 años Gubler, el médico personal del presidente francés firmaba partes médicos falsos y le recetaba cantidades de hormonas, con la venia de Mitterrand al no querer que sus socios europeos, sus rivales políticos en la oposición o en el propio Partido Socialista se enteraran que estaba al borde de la muerte.

El expresidente francés, falleció en enero de 1996, pocos meses después de concluir con su segundo mandato. La reseña de la revista *Semana* (1996), resalta que seis días después de su

funeral el médico personal del expresidente, el doctor Claude Gubler publicó un libro, *Le grand secret* (El gran secreto), en el que divulga que desde 1981 se conocía sobre la enfermedad del presidente y que desde 1992 ya no se hallaba en condiciones de ejercer el poder. En su libro Gubler afirma que sólo una vez Mitterrand consideró la posibilidad de mencionar públicamente su enfermedad. En junio de 1990 el presidente estaba contemplando la idea de renunciar, aparentemente por asuntos personales, y quería usar su enfermedad como pretexto. Pero con la crisis del golfo, desechó la idea y nunca más habló del tema.

Gubler fue condenado disciplinaria, civil y penalmente, por revelar después del fallecimiento de su paciente, la evolución del estado de salud de este, pues se consideró que este deber no podía lesionarse, ni siquiera en este caso, donde al parecer se pretendía hacer una contribución a la historia (Truchet, 2013).

**Tabla N°7. Ficha clínica del paciente François Mitterrand.**

Médico tratante	Diagnóstico	Prescripción
Claude Gubler	Cáncer de próstata en fase avanzada. Su expectativa de vida era probablemente inferior a dos años” (Cruz,2010, párr.3).	Fue sometido a una terapia hormonal, menos debilitante que la quimioterapia.

Elaboración propia en base a (Owen, 2010; Truchet, 2013)

### **Conclusión.**

Las enfermedades han estado presentes en los que han gobernado, tanto en gobiernos de corte totalitarios como democráticos. A partir de los casos examinados, se ha observado que estas enfermedades se han transformado en un secreto de Estado y que son los médicos los encargados de encubrir esta información a fin de mantener a los Hombres de Estado ejerciendo sus funciones por el mayor tiempo posible.

Lucha por el poder, riesgos para la estabilidad política, pérdida de credibilidad ante la opinión pública, así como la pérdida de privilegios; constituyen elementos de ponderación para develar o mantener en secreto el estado de salud de un presidente o Jefe de Estado.

Es así, como la plena confianza se transforma en el pilar de esta relación médico-paciente, en un contexto en el que el galeno dependiendo del caso, cumple el rol de confidente privilegiado, complaciente, proveedor de drogas o víctima de un tirano como lo vimos con Stalin, quién torturó a su médico por estar presuntamente implicado en un complot.

Los hombres poderosos del siglo XX; Hitler, Franco, Mitterrand, Churchill, Stalin, Eisenhower y Kennedy han sostenido relaciones estrechas y vínculos complejos con sus médicos. Todos manteniendo la discreción mientras estos líderes se mantenían en el poder. No obstante, en los casos de Mitterrand, Churchill y Franco, se evidenció que esta confianza fue quebrantada al publicar libros en torno a los detalles de las enfermedades que aquejaron a estos gobernantes, una vez estos fallecidos.

Para garantizar la capacidad de gobernar de estos Jefes de Estado, prescripciones iban y venían. Los médicos de Hitler y de Kennedy optaron por las anfetaminas y por un cóctel de medicamentos estimulantes para mantener vigorosos a sus pacientes gobernantes, mientras que



médicos como el de Stalin, le inyectaba adrenalina para estimular su corazón y sanguijuelas en el cuello para bajar su presión sanguínea.

Hemos visto como desde el poder se tiende a ocultar las dolencias para no mostrar debilidad. Y como prefieren estos Jefes de Estado terminar de destruirse con una excesiva actividad, en vez de tomar el descanso pertinente o simplemente retirarse de la contienda. Todos estos gobernantes se caracterizaron por mantenerse en el poder a pesar de sus diagnósticos, comprometiendo no solo aún más sus estados de salud, sino que también comprometiendo sus competencias en el cargo.

Finalmente, sin importar el régimen de gobierno; sea de corte totalitario o democrático, el rol que cumplen los médicos en la vida de estos gobernantes tienden a ser los mismos; como confidentes, complacientes, proveedores de drogas o víctimas.

## **Bibliografía**

ALEMANY, M. (2011) **El paternalismo médico** España: Universidad de Alicante.

ALTMAN, L. (9/06/2007) “El tiempo ya no es el peor enemigo en un infarto” **El Universal**. Disponible en: <https://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/151636.html> Consultado el 10/01/2020

ALFIERI, C. (2004) “Una epopeya del terror”. **Revista de occidente**. Nro. 272, 98-109.

BARNES, John (2009) **John F. Kennedy y su liderazgo** Estados Unidos: Grupo Nelson.

BECERRA, M. Y GUTIERREZ, I. (s.f) “El cannabis y las anfetaminas durante la II Guerra Mundial”. **Cannabis Magazine**. 96-103.

BITAR, J., & BORDA, F. (2012) “Theodore Morell: El médico de Hitler”. **Universitas Médica**. Volumen 53, Nro. 3, 333-334.

BRADLEY, I., & DEL VAL, J. (2012) “Definiciones, manifestaciones clínicas y diagnóstico de la enfermedad de Crohn”. **Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**. Volumen 11, Nro. 5, 257-265.

BRAUN, V., & CLARKE, V. (2006). “Using thematic analysis in psychology”. **Qualitative research in psychology**. Volumen 3, Nro. 2, 77-101.

CAMPS, V. (1988) “Paternalismo y bien común”. **Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho**. Nro.5,195-202.

CAÑETE VILLAFRANCA, R., GUILHEM, D., & BRITO PÉREZ, K. (2013). “Paternalismo médico”. **Revista Médica Electrónica**. Volumen 35, Nro. 2, 144-152.

CRUZ, E. (29/09/2010) “Lord David Owen explora las enfermedades de los líderes mundiales del último siglo” **RTVE**. Disponible en: <http://www.rtve.es/radio/20100929/da->

[vid-owen/357641.shtml](http://vid-owen/357641.shtml) Consultado el 05/02/2020.

DA MOTA, S. (2009) “La oftalmía que pudo cambiar la historia: la salud ocular de Adolf Hitler”. **Revista Mexicana de Oftalmología**. Volumen 83, Nro.1, 47-48.

FLICKR, U. (2007) **Introducción a la investigación cualitativa** Madrid: Morata

FREIDSON E. (2009) **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado** São Paulo: Editora UNESP, Sindicato dos médicos.

FREUD, S. (1914) **Introducción del Narcisismo** Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

FOCAULT, M. (1976) “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. **Educación Médica y Salud**. Volumen 10, Nro. 2, 152-170.

FOUCAULT M. (2011) **O nascimento da clínica** São Paulo: Forense Universitária.

FUSI, J. P. (2011) **Franco: autoritarismo y poder personal** España: Taurus.

GARCÍA, E., GIL, J., & Rodríguez, G. (1999) **Metodología de la investigación cualitativa** Málaga: Aljibe.

GRACIA D. (2004) **Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética** Madrid: Triacastela

GIBBS, G. (2007) **El análisis de datos cualitativos en la investigación cualitativa** Madrid: Ediciones Morata.

GILBERT, R. (2008) “Eisenhower’s 1955 heart attack: Medical treatment, political effects, and the “behind the scenes” leadership style”. **Politics and the Life Sciences**. Volumen 27, Nro.1, 2-21.

GORDON, R. (1997) **An Alarming History of famous and difficult patients** Nueva York: Martin’s Press.

JORDAN, M. K. (1987) “Presidential Health Reporting: The Eisenhower Watershed”. **American Journalism**. Volumen 4, Nro.3, 147-158

LAÍN ENTRALGO, P. (1964) **La relación médico-enfermo: historia y teoría** Madrid: Ediciones Castilla.

L. S. C., & TAYLOR, F. (2008) “Winston Spencer Churchill” **Órgano Informativo de la Academia Nacional de Medicina de Colombia**. Volumen 30, Nro. 1, 5-47.

LAZARO J. Y GRACIA D. (2006) “La relación médico-enfermo a través de la historia” **Anales del Sistema Sanitario Navarro**. Volumen 29, Nro. 3, 7-17.

- MARÍN GUTIÉRREZ, I. (2016) **Historia General del Cannabis** Madrid: Amargord.
- MUSMANNO, M. A. (2005) **Los últimos testigos de Hitler** Barcelona: Ediciones Robinbook.
- NOURRY, P. (1976) *La Conquista del poder. Crónica General de España* Madrid: Ediciones Júcar.
- OHLER, N. (2016) **El gran delirio: Hitler, drogas y el III Reich** Barcelona: Editorial Crítica.
- PARSONS, T. (1984) **El sistema social** Madrid: Alianza Editorial.
- PAYNE, S. G., & PALACIOS, J. (2014) **Franco: A personal and political biography** EEUU: University of Wisconsin Press.
- PRESTON, P. (2011) **Franco caudillo de España** España: Debolsillo.
- PRESTON, P. (2004) “El paciente español”. **Revista de libros de la Fundación Caja** Madrid. Nro. 93, 3-6.
- RAPPAPORT, H. (1999) **Joseph Stalin. A Biographical Companion** EEUU: ABC-CLIO, Inc, California.
- RENSBERGER B. (04/12/1972) “Amphetamines Used by a Physician to Lift Moods of Famous Patients” **The New York Times**. Disponible en: <https://www.nytimes.com/1972/12/04/archives/amphetamines-used-by-a-physician-to-lift-moods-of-famous-patients.html> Consultado el 03/03/2020.
- RODRÍGUEZ, A. (2006) “Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud” **ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas**. Volumen 35, Nro.1, 55-62.
- RODRÍGUEZ, F. (2004) “La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental”. **Espacio Abierto**. Volumen 13, Nro. 2, 229-247.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. & ZURRIAGA LLORENS, R. (1997) **Estrés, enfermedad y hospitalización** España: Escuela Andaluza de Salud pública.
- ROSE, N. (2012) **Biopolítica en el siglo XXI. Políticas de la vida** Buenos Aires: Unipe Editorial Universitaria
- SARTORIUS, R. E. (Ed.). (1983) **Paternalism** EEUU: U of Minnesota Press.
- STARR P. (1982) **The social transformation of American medicine** New York: Basic Books.

TRUCHET, D. (2013) **Droit de la santé publique** París: Dalloz.

VALE, J. A., & SCADDING, J. W. (2017) “Did Winston Churchill suffer a myocardial infarction in the White House at Christmas 1941?”. **Journal of the Royal Society of Medicine**. Volumen 110, Nro.12, 483-492.

VAN-DIJK, T. (2016) “Análisis crítico del discurso”. **Revista austral de ciencias sociales**. Volumen 10, Nro.30, 203-222.

VIDAL, J (2012) **Breve historia de Winston Churchill** Madrid: Editorial Nowtilu.

ZIMMERLING, R. (2006) **Influence and power: variations on a messy theme** Berlin: Springer Science & Business Media.

### **Otras Fuentes.**

LA NACIÓN (17/11/2013) “Página Negra John F. Kennedy: Jack ... el travieso” **La Nación**. Disponible en: <https://www.nacion.com/viva/television/pagina-negra-john-f-kennedy-jack-el-travieso/GF5GLNXUXFE7PNKPGV53RMIY2U/story/> Consultado el 12/02/2020.

SEMANA (03/04/1996) “El Gran Secreto” **Semana**. Disponible en <http://www.semana.com/gente/articulo/el-gran-secreto/27968-3> Consultado el 28/01/2020