

## La práctica de la Medicina

*Diego Gracia*

La velocidad de cambio de la Medicina ha ido acelerándose con el paso del tiempo. De hecho, los cambios acaecidos en los últimos veinticinco años han superado con mucho a los de cualquier otra época anterior. Sus transformaciones han afectado no sólo a los contenidos, sino también a los marcos de referencia, a la propia estructura de la Medicina clínica. Si la repercusión de lo primero se ha dejado sentir sobre todo en el ámbito de la Patología especial, lo segundo ha afectado de lleno a la llamada Patología general, que ha visto cómo sus grandes temas, la relación médico-enfermo, la enfermedad, la lógica del diagnóstico, la historia clínica, etc. j cambiaban rápida y drásticamente de fisonomía. Por ejemplo, la lógica del diagnóstico ha pasado en las últimas décadas del viejo determinismo decimonónico, a la nueva teoría de la decisión racional en condiciones de incertidumbre. Es una revolución de enormes consecuencias, que obliga a un cambio de mentalidad. Otro ejemplo es la transformación que ha sufrido la vieja deontología profesional, de casi nula incidencia en la práctica clínica, hasta convertirse en la actual Bioética clínica. Son tan nuevos los enfoques que los clásicos tratados de «Patología general», de inspiración francesa, han ido perdiendo vigencia, sustituidos por los capítulos que en la actual Medicina anglosajona se denominan de «Introducción a la práctica clínica», cada vez más presentes en los tratados de medicina interna. A continuación estudiaremos, desde este nuevo enfoque, lo que son la clínica, la relación médico-enfermo, y dentro de esta relación, el papel que desempeñan el médico, el paciente y la enfermedad.

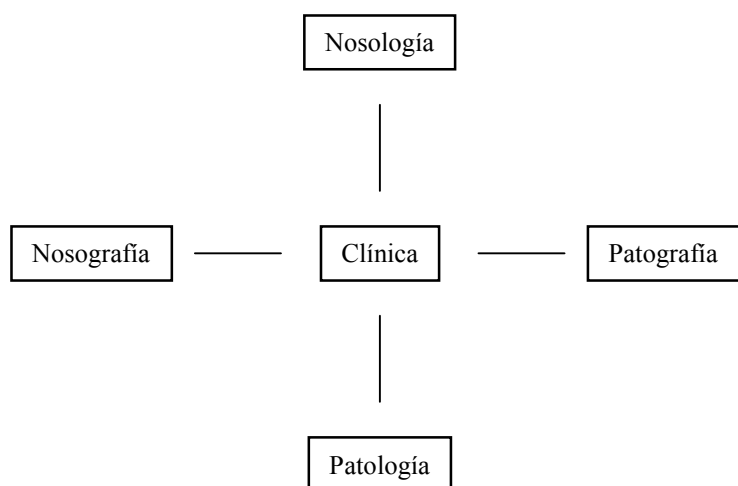
### LA CLINICA MÉDICA

La palabra «clínica» procede del sustantivo griego *kline*, que significa lecho, cama. Este nombre, a su vez, procede del verbo *klino*, cuyo sentido es el de acostar, yacer, caer, recostarse, apoyarse, etc. De él provienen los vocablos castellanos «inclinarse» y «reclinarse», que traducen perfectamente el sentido de *klino*. También se derivan de él otras palabras, como «triclinio» (lecho inclinado, capaz para tres personas, en que los griegos y romanos se recostaban para comer) y «clima» (inclinación de cualquier lugar del hemisferio norte respecto de la estrella polar; en el polo norte, la visual con la estrella polar es perpendicular a la tierra, y por tanto la inclinación y el clima son nulos; por el contrario, cuanto más se desplaza el observador hacia el ecuador, mayor es la inclinación y, en consecuencia, el clima, la temperatura).

La Clínica no consiste en el estudio abstracto y teórico de las enfermedades y de su curación, sino en la actividad que el médico realiza con personas concretas, las que están enfermas o en cama. En esto se diferencia la Clínica de la Patología. El objeto de estudio de esta última es «la enfermedad», en tanto que la Clínica centra su atención en «el enfermo», intentando determinar qué enfermedad es la que padece y cómo tratarla. A diferencia de la Patología, el problema de la Clínica no es conocer la tuberculosis

## DIEGO GRACIA

pulmonar como especie morbosa, sino si un paciente concreto, X, padece o no tuberculosis pulmonar. A su vez, dentro de la Patología hay niveles distintos: uno es el de la tuberculosis en tanto que enfermedad de X (que es de lo que propiamente se ocupa la Patología), y otro es el de la especie morbosa tuberculosis en toda su generalidad (objeto de una disciplina distinta, generalmente denominada Nosología). La Nosología es el conocimiento científico de las especies morbosas, y la Nosografía su descripción; por su parte, la Patología es el conocimiento científico de las enfermedades concretas, y la Patografía su descripción estructurada en forma de historia clínica. El punto de convergencia de todos estos saberes es, obviamente, el hombre enfermo, de ahí que todos ellos puedan representarse en un sistema de ordenadas cartesianas, cuyo punto de intersección sea la clínica. El eje de las ordenadas expresa el conocimiento científico de la enfermedad (de ahí que en las disciplinas de ese eje se utilice como sufijo una palabra derivada del término griego *lógos*, que significa razón o ciencia), y el de las abscisas su descripción meramente notativa (para lo que se recurre a la raíz griega *graphé*, descripción). El resultado es una gráfica como la representada en la figura 1.



**Figura 1: Estructura de la Clínica humana.**

### LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación clínica es la que tiene lugar entre alguien que considera que su salud está amenazada, y un profesional sanitario. Clásicamente se ha conocido este encuentro con el nombre de relación médico-enfermo (REM). Hoy, sin embargo, se utilizan preferentemente otras denominaciones debido a que la anterior es poco precisa. En primer lugar, porque el médico no es el único sanitario que hay, y la relación puede establecerse con cualquier tipo de profesional de la salud. Por otra parte, tampoco ha de ser necesariamente un enfermo el que consulta. El objeto de su consulta es, precisamente, determinar si el que acude está o no enfermo, de ahí que también los sanos puedan tomar parte en esa relación. Esto ha hecho que se sustituyera el término enfermo por el más genérico de paciente. Pero tampoco tal vocablo parece del todo idóneo, ya que coloca a quien consulta en una situación meramente pasiva, frente al papel activo del médico. Por eso hoy suele utilizarse de preferencia el término «usuario» frente a los de paciente y enfermo. Se habla, así, de la «relación sanitario-usuario» (RUS). Los ciudadanos son

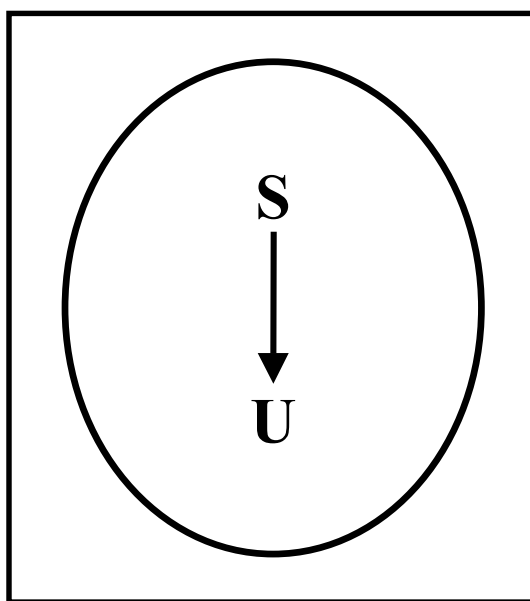
## LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

usuarios del servicio de salud, y entran en un tipo de relación con el personal sanitario que no es necesariamente la de enfermos ni la de pacientes. También el término usuario ha sido muy criticado, ya que procede de las asociaciones de consumidores, y parece reducir al enfermo a la categoría de «consumidor» de salud. En cualquier caso, hoy por hoy no se ha encontrado otro que pueda sustituirlo con ventaja.

En la REM o en la RUS intervienen, al menos, dos tipos de personas, el sanitario (S) y el usuario (U). Ciertamente hay más, aunque muchas veces estén sólo presentes bajo forma de ausencia. A estas últimas se las engloba en el grupo heterogéneo de las denominadas «terceras partes» (O). Son terceras partes todas aquellas personas que intervienen en la RUS y son distintas del sanitario y del usuario. A este grupo pertenecen la familia, los amigos y allegados, y la propia sociedad, que en casos extremos se hará presente en la RUS por medio del juez, etc. El hecho de que estas diferentes personas se puedan hacer o se hagan presentes en la relación, demuestra que de algún modo están siempre presentes en ella. De lo que se deduce que en la RUS hay por definición tres tipos de individuos, que podemos representar por las siglas S, U y O. Además, hay un cuarto factor. Todas esas personas entran en relación porque el sanitario considera que alguien, U, tiene necesidad de sus servicios, o porque alguien considera que necesita de los servicios sanitarios. Puede llamarse a este requerimiento, sin mayor compromiso, necesidad. La necesidad más significativa es sin duda la enfermedad (↓). Según esto, en la RUS intervienen siempre cuatro factores, que son: S, U, O y ↓.

### LA RUS «PATERNALISTA»

Esos cuatro factores pueden ordenarse de diferentes maneras. De hecho, el orden ha ido variando a lo largo de la historia. Durante muchos siglos, prácticamente hasta hace veinticinco años, la estructura de la relación ha sido del tipo representado en la figura 2.



**Figura 2: Estructura de la RUS «monárquica» o paternalista.**  
S = sanitario; U = usuario; la enfermedad está representada por una flecha y las terceras partes por una elipse.

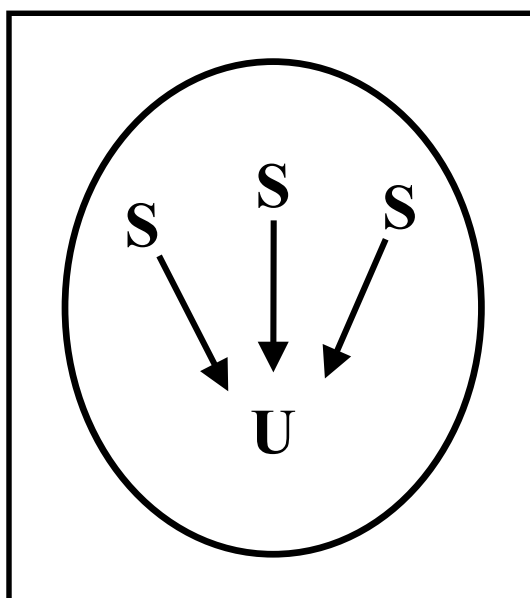
## DIEGO GRACIA

Se trataba, por tanto, de una relación vertical y asimétrica, con el sanitario en el polo superior y el usuario en el inferior. El primero ejercía un rol activo, autoritario, y el segundo pasivo, de obediencia. Por eso se configuraba conforme al patrón «mandato-obediencia» o «poder-desposesión». Algunos psicoanalistas la han descrito también como relación «sádico-masoquista». En la literatura médica, esta estructura se conoce hoy con el nombre de «paternalismo». El término alude al tipo de vínculo que establecen los padres con sus hijos menores de edad. Se supone que los padres quieren siempre lo mejor para los hijos, pero sin contar con su voluntad. De ahí que en la REM clásica el enfermo estuviera sometido a un fuerte proceso de infantilización. Se creía que la enfermedad hacía al paciente vulnerable no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el moral por el propio hecho de la enfermedad, pues todo enfermo debía ser considerado un incompetente moral. No podía ni debía tomar decisiones, y la única virtud moral exigible al paciente era la «obediencia». El buen médico era el que mandaba con autoridad, y el buen paciente el que sabía obedecer. El mandato del médico se ha basado clásicamente en dos principios morales, hoy conocidos con los nombres de No-maleficencia y Beneficencia. La tradición médica nunca los distinguió claramente, como se advierte ya en la famosa sentencia hipocrática que pide al médico «favorecer (beneficencia) o al menos no perjudicar (no-maleficencia)». En esa identificación de no-maleficencia y beneficencia estuvo la raíz de su paternalismo. Naturalmente, la relación es paternalista cuando el médico se guía por estos principios, y busca el máximo bien para su paciente aun en contra de su voluntad. Puede suceder, y de hecho ha sucedido innumerables veces en la historia, que el médico anteponga sus intereses personales a los del paciente. En ese caso, su verdadero móvil ya no son los principios éticos de No-maleficencia y de Beneficencia, razón por la cual la relación tampoco merece ya el título de «paternalista». Aristóteles dice en su *Política* que cuando la relación paternalista se pervierte, y el que manda busca su propio beneficio en vez del de sus súbditos, aparece la «tiranía». No hay duda de que la estructura vertical o de dominación de la REM ha estado oscilando secularmente entre estos dos extremos, el positivo del paternalismo y el negativo de la tiranía.

### LA RUS «OLIGÁRQUICA»

De cualquier modo, en nuestro siglo este modelo de RUS «paternalista» ha entrado en franca regresión. Y ello aunque sólo sea porque el ejercicio de la Medicina en equipo ha hecho que la dominación del paciente se halle compartida por un grupo de profesionales más o menos numeroso. La relación ya no es, por eso, «monárquica», dado que el poder no está en una sola mano, sino, por seguir utilizando la metáfora política, «oligárquica», toda vez que el poder sobre el paciente se concentra en pocas manos, las de los profesionales de la salud. En la Medicina en equipo, propia de la compleja organización sanitaria del siglo xx, la estructura es, por ello, la que representa la figura 3.

## LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA



**Figura 3: Estructura de la RUS «oligárquica», propia de la medicina en equipo.  
S = sanitario; U = usuario; la enfermedad está representada por una flecha  
y las terceras partes por una elipse.**

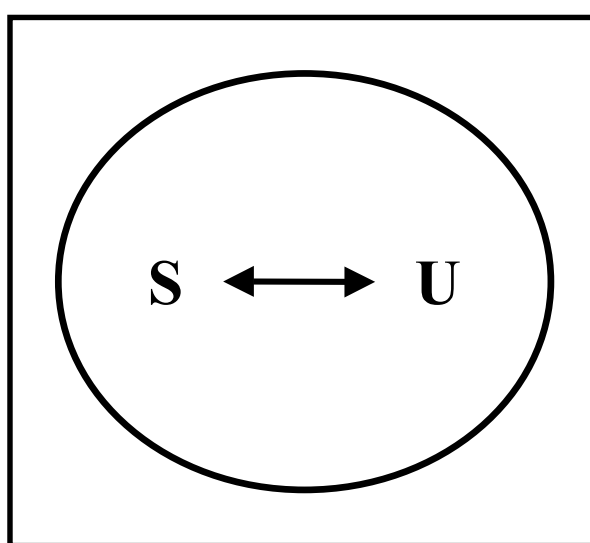
Naturalmente, las características básicas de la relación paternalista no desaparecen por el hecho de que el médico comparta su poder con otros médicos y sanitarios. Su estructura sigue siendo vertical y paternalista (o tirana). Lo que sí sucede es que se relajan o desaparecen algunas notas muy peculiares de la fase anterior. La más evidente es, sin duda, la pérdida de valor de la confidencialidad y el secreto. A lo largo del período de vigencia del primer modelo, ese principio se respetó escrupulosamente, en tanto que en este segundo, quizá por el propio proceso de dilución de las responsabilidades, la conciencia del secreto ha ido debilitándose progresivamente, hasta casi desaparecer. De ahí que, como se ha denunciado tantas veces, la RUS haya tenido algunos caracteres más negativos en nuestro siglo que en la época de la clásica relación paternalista.

### LA RUS «DEMOCRÁTICA»

De todos modos, la estructura que hemos denominado «oligárquica» tampoco sirve para interpretar y explicar correctamente la situación actual. El proceso de emancipación de los pacientes que se inició en la segunda mitad de la década de los años 60, y que desde entonces ha progresado ininterrumpidamente, ha hecho la relación progresivamente más horizontal. Si los códigos de derechos de los enfermos han significado algo, ha sido la ruptura del viejo principio de que la enfermedad supone necesariamente la incapacidad moral, y que, por tanto, la única salvación no sólo física sino también moral del enfermo está en la obediencia de los mandatos del médico. Lo que esos códigos han reivindicado es el derecho y hasta la obligación de todo usuario de los servicios de salud que posee suficiente capacidad o competencia, para tomar las decisiones sobre su propio cuerpo, en función de su propio proyecto de vida. Ahora ya no hay sólo una ética, la del médico, regido por el principio de No-maleficencia, sino también otra, la del enfermo, basada en el

## DIEGO GRACIA

principio ético de Autonomía. No existe uno, sino dos códigos morales, que muchas veces no entrarán en conflicto, pero otras sí, precisamente porque la toma de decisiones es un proceso ahora compartido, común: No se trata de ver la decisión final como un equilibrio entre las opiniones del médico y del paciente, sino como el punto final de un largo proceso de adaptación y convergencia entre la información que el médico posee y los deseos y los valores de que es depositario el paciente. En ese proceso, por tanto, las dos partes son activas. No hay un polo «agente» y otro «paciente». Por eso se puede decir que ahora la estructura se ha horizontalizado, y que como todos son ya beligerantes en el proceso de toma de decisiones, éste ha dejado de ser monárquico y oligárquico, para convertirse en claramente «democrático». Su representación gráfica es la propia de la figura 4.



**Figura 4: Estructura de la RUS horizontal o «democrática», propia de la medicina actual.**

**S = sanitario; U = usuario; la enfermedad está representada por una flecha y las terceras partes por una elipse.**

Naturalmente, esta horizontalidad no puede ser nunca total, dado que el sanitario se encuentra siempre en una relación de poder y privilegio respecto del paciente. Por eso sería más correcto representarla con un cierto grado de inclinación, variable según los casos. Es una utopía pensar que los roles del médico y del paciente acabarán estando alguna vez en condiciones de absoluta paridad, y ello no por motivos coyunturales o históricos, sino por la propia condición de cada uno de esos roles.

### EL MÉDICO

Es frecuente definir la Medicina como una ciencia, y al médico como un científico. Pero esto no resulta correcto, aunque sólo sea porque no sirve para caracterizar al conjunto entero de la Medicina, ya que ha habido médicos a todo lo largo de la historia de la humanidad, en tanto que el origen de la ciencia es muy reciente.

## LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

En principio, el médico no es un científico, ni puro ni aplicado, sino un agente social cuyo papel es cuidar de la salud de los miembros de un grupo humano. El médico sólo existe en tanto que la sociedad lo reconoce como tal. Este «reconocimiento» o «ratificación» pública y social es lo que significó en sus orígenes el término latino *professio*: «profesar» o «confesar» públicamente a alguien como médico, sacerdote, obispo, vestal o prostituta. El médico no es primaria ni formalmente un científico, sino un profesional.

El rol de médico es uno de los innumerables que coexisten en toda sociedad mínimamente organizada. Cualquier grupo social necesita de múltiples roles profesionales, desde los tradicionalmente más elevados, como el del rey y el del sacerdote, hasta los ínfimos. Pero no todos tienen la misma categoría o detentan el mismo poder. Por eso Max Weber diferenció las ocupaciones en dos grupos, que denominó, respectivamente, «negativamente privilegiadas» y «positivamente privilegiadas». En la tabla 1 se esquematizan sus principales características diferenciadoras.

**Tabla 1: Tipos de ocupaciones**

NEGATIVAMENTE PRIVILEGIADAS	POSITIVAMENTE PRIVILEGIADAS
Oficios	Profesiones
Libre mercado	Monopolio
Acceso libre	Acceso restringido
Heterorregulación	Autorregulación
Control jurídico	Control deontológico
Quien paga manda	Quien paga obedece
Salario	Honorario

Lo que ese cuadro comparativo demuestra es que la sociedad privilegia a unas determinadas ocupaciones sobre otras. Esto se debe, obviamente, a su importancia social. Dicha importancia está directamente relacionada con su poder sobre la vida y la muerte. En las sociedades más primitivas parece que todo ese poder estuvo concentrado en una sola persona, que a la vez detentaba los caracteres de sacerdote, gobernante y médico. Después esos poderes se han dividido. En las culturas clásicas es frecuente encontrar la metáfora de los tres mundos, el macrocosmos o Universo, el mesocosmos o República, y el microcosmos, o cuerpo humano, aplicada a esas tres profesiones, el sacerdocio, el derecho y la medicina. Por una parte estaría el sacerdote, como representante y portavoz de Dios, que perdona o no los pecados y con ello dispone sobre la vida y la muerte. Por otra parte está el poder del rey, que en las sociedades tradicionales también disponía sobre la vida y la muerte de las personas. Más tarde, cuando los tres poderes que en principio detentó la monarquía absoluta, el legislativo, el ejecutivo y el judicial se autonomizaron, cada uno de ellos ha heredado algo del antiguo propio del monarca. Por último, está el poder sobre el microcosmos o cuerpo humano, que detenta el médico. Él dispone de alguna manera sobre la vida y la muerte de las personas, y también él, como los dos anteriores, ha utilizado clásicamente ese poder de modo paternalista.

De todo lo anterior cabe concluir que las ocupaciones positivamente privilegiadas están configuradas conforme a un rol sociológico que puede denominarse «sacerdotal», ya que en los pueblos primitivos era el sacerdocio quien mejor lo representaba. Las notas de este rol son; cuando menos, las cinco siguientes: «elección» (quien detecta ese rol aparece

## DIEGO GRACIA

ante el grupo social como superior a los demás, y por tanto como elegido dentro del grupo para realizar una misión excepcional), «segregación» (esa elección le segrega del grupo social), «privilegio» (la segregación le coloca en una situación positiva o de privilegio), «impunidad» (sus actos no están sometidos a penas jurídicas, ya que él es la fuente de la legalidad) y «autoridad» (especialmente moral, de modo que normativiza la vida de los demás miembros del grupo).

Las profesiones positivamente privilegiadas han de ser siempre muy pocas, y de hecho a lo largo de muchos siglos se han reducido a las tres citadas, el sacerdocio, la monarquía y la medicina. No es un azar que en las universidades medievales no hubiera más que tres facultades mayores, Teología, Derecho y Medicina, pues son los tres órdenes clásicos del privilegio social y de la excelencia. Todos ellos siguen vigentes en la actualidad, pero sólo la Medicina ha sido capaz de asumir el hecho de la ciencia moderna. Por esto, se puede decir que la medicina es el paradigma moderno de la profesión, y el modelo que han de imitar todas aquellas ocupaciones u oficios que quieren convertirse en profesiones.

Naturalmente, ninguna de esas profesiones clásicas, ni el sacerdocio, ni la realeza, ni la medicina han permanecido invariables a lo largo de la historia. Max Weber distinguió en la evolución de todo poder de dominio tres fases, que denominó «carismática», «tradicional» y «burocrática». La fase carismática suele ser la primera, y se caracteriza porque en ella aparece una persona investida por una gracia o un don especiales, que le distinguen del resto del grupo social y le hacen superior a él, Las notas de elección, segregación, privilegio, impunidad y autoridad vienen legitimadas, pues, por el carisma. Una característica del carisma es que siempre es personal e intransferible; no se hereda, muere con la persona que lo detenta. Por eso la legitimación del poder de los seguidores del líder carismático ya no puede ser, paradójicamente, carismática, sino de otro tipo, que Max Weber llamó «tradicional». Sin embargo, sí puede heredarse el poder que acompañaba al carisma. Este es el tipo de dominación propia de los «herederos». Herederos se dice en griego *kléroi*, razón por la que podría llamarse dominación «clerical», a diferencia de la primitiva dominación sacerdotal. Esto es obvio en el caso de las tradiciones religiosas, pero también acontece en el poder real o monárquico, que de esa forma se constituye en hereditario. Y sucede también en el poder médico, que deviene en grupo o cuerpo unido por una tradición. En la medicina occidental se trata de la tradición propia de los descendientes del carismático Hipócrates.

Max Weber considera que la característica más propia de la sociedad moderna es la burocratización de los roles de poder, de tal modo que éstos se ejercen no carismática ni tradicionalmente, sino «burocráticamente». Es la tercera fase del ejercicio del poder, que de este modo se independiza máximamente de las personas en favor de las estructuras. Los médicos actuales suelen comentar su absoluta carencia de poder, en comparación con los de épocas anteriores; sin embargo, la sociedad es consciente del poder cada vez mayor de la medicina, de la estructura sanitaria. De hecho, el poder médico es hoy mayor que nunca en la historia, si bien reside directamente en la institución y no en los individuos, que ahora se limitan a administrarlo.

En cualquier caso, sigue siendo verdad que la Medicina es una profesión que detenta un gran poder. El médico no puede renunciar al poder que tiene sobre la vida y la muerte de las personas. Lo que sí debe hacer es compartirlo con el paciente, evitando las actitudes tanto despóticas como paternalistas. De ahí que ahora debamos analizar el papel del enfermo, el paciente o el usuario en el interior de la RUS.



## LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

### EL PACIENTE

Dado que el poder médico y el poder político son muy similares, es lógico pensar que en Medicina acabaría produciéndose la misma revolución que hace ya dos siglos aconteció en el mundo de la vida civil y política; se trata de la emancipación de los ciudadanos. Por los años de la Revolución francesa, Emmanuel Kant definió ese proceso como «la salida de los hombres de su culposa minoría de edad». Las revoluciones liberales fueron, en efecto, la emancipación de los ciudadanos de la tutela del monarca absoluto, y el logro de su mayoría de edad civil y política. A partir de entonces, han exigido participar en el poder legislativo y en el ejecutivo, e indirectamente también en el judicial. Todos los poderes emanan del pueblo soberano, y por tanto es lógico que éste quiera ejercerlos o controlarlos. Pues bien, con dos siglos de retraso, lo mismo ha sucedido en Medicina. Los pacientes han comenzado a emanciparse y a exigir ser tratados como mayores de edad; lo cual, si por una parte es un evidente logro, por otra plantea una nube de problemas.

Las revoluciones liberales fundaron la vida social y política en el respeto de los derechos civiles y políticos. Estos derechos residen en todo ser humano, y ningún gobierno puede considerarse legítimo si no los respeta. Entre estos derechos están, como es bien sabido, los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad. Se les llama también derechos humanos negativos, porque no obligan a hacer algo positivo a los demás, sino a evitarles daños. El derecho a la vida sólo significa que nadie puede quitársela, y el derecho a la salud, que nadie está autorizado a vulnerar la integridad física de las demás personas. La formulación positiva llevaría al absurdo de afirmar que los seres humanos podemos exigir la vida o la salud cuando éstas se hallen comprometidas por factores ajenos a la voluntad de las personas. Nadie tiene, pues, derecho positivo a la vida o a la salud, aunque sí derecho negativo. Lo mismo cabe decir de la propiedad o de la libertad de conciencia.

Pues bien, el descubrimiento de estos últimos años es que los seres humanos; tenemos otro derecho civil y político directamente relacionado con la salud, además del ya citado derecho a la integridad física. Se trata del «derecho al consentimiento informado». Todo usuario de los sistemas de salud tiene derecho a que el profesional le dé la información necesaria y suficiente para que él pueda hacerse una idea objetiva y correcta de su estado de salud, y sea capaz de decidir sobre los procedimientos que habrán de seguirse en su caso concreto.

El derecho al consentimiento informado es tan reciente, que no conocemos bien sus límites. La Medicina tenía una gran experiencia en el manejo de la relación paternalista, pero se encuentra prácticamente inerte ante esta nueva situación. Surgen varias preguntas muy difíciles de contestar certeramente: ¿qué se entiende por informar al paciente? ¿Supone decirle todo lo que el médico sabe, o leerle íntegramente la descripción que de la enfermedad hace un buen tratado de patología? A quien contestara afirmativamente a estas preguntas cabría recordarle la crítica que Platón hizo ya del proceder de ciertos médicos de su época: «Insensato, no estás curando al enfermo, lo que a fin de cuentas haces es instruirle, como si él quisiera ser médico y no ponerse bueno».

El derecho al consentimiento informado obliga a poner en conocimiento del paciente todo aquello que pueda serle relevante en su proceso de toma de decisión. El problema está en que no resulta fácil definir qué se entiende por información «relevante». Cabría pensar en una especie de modelo, en un paciente ideal, e informar de aquello que a éste le hiciera falta. ¿Pero qué es un paciente ideal? ¿Se corresponde con los pacientes reales de nuestras consultas? Por otra parte, unos pacientes pueden considerar relevantes cosas que

## DIEGO GRACIA

para otros no lo son. ¿Cómo saber qué es información relevante para cada uno de ellos? Esta pregunta, como otras varias, no tiene aún una respuesta clara. Sólo se puede decir que debe informarse de todo aquello que el paciente considere necesario para tomar su propia decisión.

Otro problema es que no todo paciente puede decidir. Si hay límites en la información, también los hay en el consentimiento; esto es obvio. Existen varias excepciones al principio del consentimiento informado, que el médico debe conocer muy bien. Una es la incapacidad (por minoría de edad, o por disminución del sensorio o de la conciencia). Otra, el grave peligro para la salud pública (hay obligación de informar sobre ciertas enfermedades, aunque el paciente no consienta en ello, cuando ponen en peligro la vida o la salud de otras personas). La tercera excepción es el imperativo legal (en el caso, por ejemplo, de las enfermedades de declaración obligatoria). La cuarta excepción es la urgencia (ante una necesidad urgente es obligatorio actuar, ano sin consentimiento informado). Y la quinta es el llamado «privilegio terapéutico», según el cual puede no revelarse la verdad cuando se tienen fundadas sospechas que ésta producirá al paciente un grave daño físico o mental. Es importante tener en cuenta que este último es un «privilegio», que no debe convertirse en norma o regla. Por eso la carga de la prueba estará siempre del lado de quien quiera utilizar el privilegio terapéutico para hacer una excepción, no de quien respete la voluntad del paciente. ,

La Ley General de Sanidad, aprobada en 1986, recoge en su artículo 10 los derechos de los pacientes con vigencia legal en nuestro medio (v. Apéndice 24, *infra*, p. 327-8).

Es importante recordar que además de los derechos humanos civiles y políticos, o derechos negativos, hay otros, conocidos con los nombres de positivos, de segunda generación, o derechos económicos, sociales y culturales. Entre estos últimos hay uno de especial importancia sanitaria, el «derecho a la asistencia sanitaria». Una característica de este segundo grupo de derechos es que la iniciativa de su realización no depende de los individuos, sino del Estado, y que sólo son exigibles en los límites marcados por las leyes positivas. Finalmente, en las últimas décadas ha surgido un tercer tipo de derechos humanos, los llamados derechos ecológicos o de las futuras generaciones. Entre ellos están el derecho a un medio ambiente no deteriorado, el de las futuras generaciones a una calidad de vida no inferior a la nuestra, etc. Naturalmente, todos estos derechos están muy relacionados con la Sanidad. Los derechos humanos de carácter sanitario pueden ordenarse según el esquema de la tabla 2.

### LA ENFERMEDAD

La RUS se inicia cuando una persona siente una necesidad de salud. Viktor von Weizsacker definió al enfermo como aquel que tiene una necesidad y acude al médico. No hay relación sanitaria sin enfermedad real o posible. De ahí que en la dinámica de esa relación tengan gran importancia los conceptos de salud y enfermedad que manejen el médico y el enfermo; sobre todo, si los de ambos no son coincidentes. Existe la falsa idea de que salud y enfermedad son términos de límites precisos y fijos, unívocos, de tal modo que tienen el mismo sentido para todos los seres humanos. Sin embargo, hay pocos términos más difíciles de definir y de mayor variabilidad histórica.

**Tabla 2: Sanidad y derechos humanos**

- Civiles y políticos**
  - Vida
  - Salud o integridad física
  - Consentimiento informado
- Económicos, sociales y culturales**
  - Asistencia sanitaria
- Ecológicos**
  - Medio ambiente no deteriorado
  - Calidad de vida de las futuras generaciones

La historia de la medicina demuestra que los conceptos de salud y enfermedad han ido variando continuamente de significado. En los pueblos primitivos, la salud se consideró siempre como un «don» o una «gracia», en tanto que la enfermedad fue vista como «deuda» o «pecado»; era, a la postre, una interpretación «sobrenatural». El concepto «naturalista» de salud no adquirió caracteres bien definidos hasta la época de la Grecia clásica. Entonces se identificó la salud con el «orden natural» o «fisiológico» y la enfermedad con el «desorden contranatural» o «patológico» (tan contranatural, que acaba produciendo a veces la muerte, es decir, la destrucción del orden entero de la naturaleza que la sufre). El griego pensó que las cosas, en tanto que naturales, son siempre unas, verdaderas, buenas, bellas y sanas, y su problema estuvo siempre en buscar una explicación al porqué de la falsedad, la maldad, la fealdad y la enfermedad; es decir, de lo antinatural. Hubo que esperar a la época moderna para que se produjera un cambio total de perspectiva. Fue en el siglo XVII cuando los filósofos y los científicos empezaron a pensar que la naturaleza no estaba tan ordenada, ni era tan buena, bella y sana como los griegos supusieron. De hecho, las enfermedades parecen fenómenos tan naturales como la propia salud, si no más. Es natural que al tropezar con un obstáculo pueda partirme una pierna, y lo es también que los miasmas me contagien la enfermedad que padece otra persona. De ahí que a partir de entonces se iniciara el estudio natural de la enfermedad, con los métodos propios de los naturalistas. Igual que los botánicos y los zoólogos catalogaban las especies vegetales y animales, los médicos empezaron a ordenar las especies morbosas, que por principio debían considerarse tan naturales como aquellas. Surgió así la expresión «historia natural de la enfermedad», absolutamente inconcebible en cualquier otra época anterior.

Cada una de estas concepciones de la salud y la enfermedad anuló en cierto modo a las anteriores. Pronto fueron a su vez anuladas por otras posteriores. A la fiebre descriptiva y taxonómica — nosográfica — propia de los siglos XVII y XVIII, le sucedió en el siglo XIX otra nosológica. No todos los datos que se recogen en esas descripciones — empieza a decirse entonces — tienen idéntica importancia: hay algunos que son esenciales, y otros que tienen un carácter meramente accidental. Para los secuaces de la mentalidad anatomoclínica del siglo pasado, el dato esencial fue la «lesión» anatomopatológica. Enfermedad era igual a lesión, y el sistema de las enfermedades debía hacerse superponible al sistema de las lesiones anatomopatológicas. En consecuencia, salud se identificó con ausencia de lesión. Poco después, los fisiopatólogos doctrinarios identificaron enfermedad con «disfunción», y los microbiólogos de las últimas décadas del

## DIEGO GRACIA

siglo hicieron lo mismo a partir del concepto de «infección». De hecho, en los tratados de finales de siglo coexistían especies morbosas construidas de estas tres formas distintas.

Todo esto demuestra la enorme dificultad de definir con precisión los conceptos de salud y enfermedad. Pero, por si esto fuera poco, nuestro siglo ha añadido una complicación más. La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud como «un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad». Según esta definición, cabe distinguir tres niveles: el de enfermedad, el de ausencia de enfermedad y el de salud. Los dos primeros, el de enfermedad y el de ausencia de enfermedad, la OMS parece entenderlos en el sentido de la medicina del siglo XIX, es decir, como presencia (o ausencia) de lesión, disfunción o infección; en última instancia, como alteración «biológica». Pero la OMS añade que la salud no consiste sólo en eso, de carácter meramente negativo, sino en algo positivo y de nivel superior, el «perfecto bienestar físico, mental y social». Cuando menos, esto quiere decir que en el concepto de salud intervienen dos tipos de ingredientes, unos «objetivos» o «biológicos» y otros «subjetivos» o «biográficos». Porque, en efecto, el concepto de bienestar no es completamente objetivable, del mismo modo que la lesión, la disfunción o la infección, sino que tiene un gran componente subjetivo. De hecho, en la idea de bienestar influye mucho el sistema de valores de cada persona, y su propio proyecto de vida; es decir, el objetivo de felicidad y perfección que se haya propuesto. No tienen la misma idea de bienestar un budista que un mormón, ni un hombre de Togo que otro de Manhattan. Tampoco está claro que el sistema de valores de una misma persona permanezca idéntico a lo largo de toda su vida, con lo cual resulta que la idea de bienestar también va cambiando en los propios individuos.

Lo anterior puede resumirse diciendo que el concepto de salud es tan complejo que no puede ser definido unidimensionalmente. Al menos son necesarios dos niveles de análisis, uno relacionado con la realidad «natural» del hombre, y otro con su sistema de valores, es decir, con el orden «axiológico». El primero es el orden de los «hechos» y el segundo el de los «valores». En la enfermedad ambos son inseparables. También cabe decir que la salud tiene siempre dos dimensiones, una «física» y otra «moral», y que es un error grave querer limitarla sólo al primer plano, ya que ello genera gran insatisfacción, y a la postre conflictos. Una de las razones del actual auge de la bioética es ésta, la constatación de que la asistencia sanitaria exige siempre tener en cuenta estos dos niveles, y que el descuido del segundo revierte negativamente sobre el conjunto de ambos. Con esto volvemos al principio. Decíamos que la profesión médica ha tenido siempre un gran poder, el cual no es sólo físico sino también — y quizá principalmente — moral. Es obvio. El médico trata con seres humanos, y en ellos es imposible separar completamente los hechos biológicos de sus valores personales y sus proyectos de vida. El hombre, el hombre que sana y enferma, es una unidad indisoluble. Todo médico es un moralista, lo mismo que es un educador. Este es un poder al que no puede renunciar. Lo vituperable no es emplear ese poder, sino hacerlo de modo técnicamente incorrecto o moralmente inaceptable. Hoy como ayer, el ideal del médico no puede ser otro que el del *vir bonus medendi peritus*, el hombre moralmente bueno, y a la vez técnicamente diestro en el arte de curar y cuidar a sus pacientes.

## LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

### BIBLIOGRAFÍA

1. **Beeson PE.** On becoming a clinician. En: *Beeson-McDermott, editores. Cecil's Textbook of Medicine. 14.a ed. Filadelfia: WB Saunders Co; 1975. p.1-3.*
2. **Gracia D.** Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc) 1989; 93: 100-2*
3. **Gracia D.** Fundamentos de bioética. *Madrid: Eudema; 1989.*
4. **Gracia D.** *Primum non nocere.* Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1990.
5. **Gracia D.** Procedimientos de decisión en ética clínica. *Madrid: Eudema; 1991.*
6. *Harrison's Principles of Internal Medicine. 12.a ed. N.Y.: McGraw-Hill; 1991;1:1-5.*
7. **Kassirer JP.** Diagnostic reasoning. *Ann Intern Med 1989; 110: 893-900.*
8. **Lain Entralgo P.** Antropología médica. Barcelona: *Salvat; 1984.*
9. **Lain Entralgo P.** La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. *3,a ed. Madrid: Triacastela; 1998.*
10. **Rozam C, Erill S y Gracia D.** Principios de la práctica médica. En: *Farreras-Rozman, editores. Medicina Interna. 12.a ed. Barcelona: Doyma; 1991; 1: 3-22.*
11. **Weber M.** Economía y sociedad. *2 a ed., 4,a reimpr. México: F.C.E.; 1979.*
12. **Weed LI.** Medical Records, Medical Education, and Patient Care. *The Problem-Oriented Record as a Basic Tool. 5,a ed. Cleveland:Press of Case Western Reserve University; 1971.*