

LA NUEVA RELACIÓN CLÍNICA

José LÁZARO* y Diego GRACIA**

* *Profesor de Historia y Teoría de la Medicina. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.*

** *Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.*

En el año 1964, Pedro Laín Entralgo (1908-2001) publicó un amplio y minucioso libro titulado *La relación médico-enfermo*, que hoy está considerado como uno de los grandes clásicos de la historia de la medicina. Cinco años más tarde realizó una preciosa síntesis (*El médico y el enfermo*) que ofrecía, para un público más amplio, una visión general del tema. Su primera edición apareció simultáneamente en siete lenguas.

La presente reedición se publica sin cambio alguno en el texto, con una nueva colección de ilustraciones (para cuya selección y comentarios se ha contado con la colaboración del profesor López Piñero) y un índice analítico elaborado por José Lázaro (con la aprobación, aunque no la supervisión, de Laín Entralgo).

Como es habitual en el autor, la obra tiene una parte de carácter histórico en la que se apoya otra, dedicada al análisis teórico del tema. El recorrido histórico parte de la Grecia clásica y llega hasta la época en que Laín escribió el libro, los años sesenta del siglo veinte. Se estudia así la forma en que ha evolucionado la relación entre médico y enfermo a lo largo de veinticinco siglos. Quedan claras las diferencias que, en el curso del tiempo, han ido produciéndose en la asistencia sanitaria y en la forma peculiar de «amistad» (con sus rasgos específicos de benevolencia, beneficencia y confianza) que se establece entre médico y enfermo. Pero queda claro también lo que en la estructura de esa relación se ha mantenido constante desde la época hipocrática hasta la segunda mitad del siglo veinte.

Un buen historiador no actúa como un mal profeta. Cuando, en los años sesenta, Laín Entralgo analizaba la historia de la relación médico-paciente a lo largo de 2.500 años, no podía adivinar lo que iba a ocurrir en el tercio de siglo que faltaba para el final del milenio. De hecho, en aquel momento nadie podía imaginar que en los treinta años siguientes la medicina (en general) y la relación médico-enfermo (en particular) iban a cambiar más que en los veinticinco siglos anteriores, magistralmente estudiados por Laín (Gracia, 1989b y 1989c).

El presente libro puede hoy ser entendido como un texto que retrata, analiza y a la vez cierra un período histórico. Precisamente en el momento en que fue escrito, la relación médico-enfermo entraba en una nueva etapa, de duración muy inferior a la que aquí se estudia pero de características esencialmente distintas. Tan profundas son las diferencias entre ambos tipos de relación que ni siquiera se pueden llamar de la misma forma. Cuando el libro fue escrito, hablar de «relación médico-enfermo» era algo evidente e incuestionable; hoy resulta inexacto, inadecuado e injusto, como luego se verá.

Para ilustrar la metamorfosis de esa relación en las tres décadas largas que han transcurrido entre las dos ediciones de este libro (1969-2003), revisaremos brevemente el cambio que se ha producido en cada uno de los polos de la relación (el enfermo y su médico), así como el cambio de la relación misma.

EL ENFERMO: DE PACIENTE A AGENTE

A lo largo de la historia se ha pensado siempre que el enfermo está incapacitado desde el punto de vista biológico porque la enfermedad le pone en una situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia y, en definitiva, de infantilización (Laín Entralgo, 1986). Pero, además, desde los escritos hipocráticos los médicos antiguos han defendido una y otra vez la tesis de que el desvalimiento del enfermo no afecta sólo al cuerpo sino también al alma, a la voluntad y al sentido moral. Las pasiones oscurecen el entendimiento; los deseos acuciantes, las sensaciones

de placer intensas, las tentaciones irresistibles han sido siempre enemigas de la serenidad y del recto juicio moral. Las grandes emociones enturbian la conciencia y relajan la voluntad y el control de los impulsos. Lo mismo ocurre con las pasiones negativas: la angustia, el miedo, el sufrimiento o la desesperación resultantes de una enfermedad grave son mulas consejeras a la hora de realizar juicios de realidad y llegan a incapacitar al sujeto para actuar con lucidez y prudencia.

Es difícil, por tanto, que un enfermo pueda tomar decisiones complejas, como es difícil que pueda hacerlo un niño. Y así como el niño confía en que su padre elegirá siempre lo mejor para él, el enfermo ha de confiar en su médico, que con sabiduría, rectitud moral y benevolencia elegirá siempre el mejor tratamiento posible. El médico ha de decidir en lugar del paciente y por el bien del paciente. 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 puntualmente las indicaciones del padre/médico y no hace demasiadas preguntas.

Laín Entralgo ha desarrollado de forma clara en varios textos (entre ellos el que aquí se presenta) la tesis de Viktor von Weizsacker según la cual la medicina del siglo veinte está profundamente marcada por la introducción en ella del sujeto humano, por el reconocimiento y la toma en consideración de la persona concreta que el paciente es.

Entre los siglos diecinueve y veinte se habría producido una auténtica «rebelión del sujeto» que obligó a los médicos a introducir en su pensamiento y en su práctica los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad: es la denominada «introducción del sujeto en medicina».

Esta rebelión del sujeto, que provocó su introducción en el pensamiento y en la práctica médica, tiene dos aspectos diferentes: el social y el clínico.

El primero se refiere a la lucha del proletariado contra las condiciones miserables en que se desarrollaba su vida a raíz de la revolución industrial. En las minas, en los altos hornos y en las grandes industrias se producía una elevada morbilidad, que se veía agravada por el exceso y la dureza del trabajo, junto a las deficiencias en la alimentación, en la higiene y, en general, en todas las condiciones de vida. En el terreno sanitario, estas condiciones suponían una distancia abismal entre la «medicina para ricos» y la «medicina para pobres», a cada una de las cuales correspondía un tipo diferente de relación médico-enfermo.

Frente a esta situación (denunciada inicialmente por algunos médicos y reformadores sociales) se producirá una rebelión social, unida a la historia del movimiento obrero, que luchará contra la desigualdad asistencial e impulsará la aparición y el desarrollo de sistemas colectivos de asistencia sanitaria de carácter público, basados en la idea de que la atención médica a los trabajadores no puede seguir siendo lo que ha sido a lo largo de los siglos (un acto de beneficencia otorgado por los poderes públicos en condiciones precarias), sino que ha de entenderse como un derecho exigible por razones de justicia.

Junto a este amplio movimiento social que se desarrolla en el escenario histórico europeo a lo largo de más de un siglo, hay otro movimiento mucho menos ruidoso que se desarrolla en la intimidad de los consultorios y que, en un plano completamente distinto, tiene sin embargo un profundo paralelismo: la rebelión del paciente que quiere ser reconocido en su condición de sujeto personal, que quiere ser escuchado en su condición de sujeto lingüístico y quiere ser comprendido en su condición de sujeto biográfico.

En este aspecto clínico, la patología positivista que pretendía reducir al enfermo a puro «objeto natural» se vio invadida por la práctica diaria que evidenciaba los múltiples elementos subjetivos y personales que influían, e incluso determinaban, la aparición y las características de cada caso clínico. El ejemplo paradigmático es el de los trastornos neuróticos; leyendo desde esta perspectiva los *Estudios sobre la histeria*, publicados por Freud y Breuer en 1895, se ve la forma en que Freud es obligado por sus propias pacientes (rebeldes hasta convertirse en agentes) a

renunciar a los distintos métodos de diagnóstico y tratamiento vigentes en la época (baños calientes, masajes, sugestión hipnótica, etc.), y es orientado después hacia otra forma de practicar la medicina: una escucha atenta de cuanto las pacientes quieren decir (y, sobre todo, de cuanto dicen sin querer); una comprensión profunda de sus recuerdos, sus frustraciones, sus deseos, sus fantasías; una reconstrucción, en suma, de su biografía subjetiva capaz de iluminar el sentido simbólico de los síntomas.

En definitiva, una auténtica introducción en la patología de la subjetividad, la personalidad y la biografía del enfermo (o, como en este caso, de la enferma) capaz de llegar a dar cuenta de la psicogénesis y las peculiaridades de su enfermedad. De aquí derivarán la medicina antropológica de Weizsacker, la medicina psicosomática anglosajona y, en definitiva, la conciencia creciente entre los médicos del siglo veinte de que la atención a los aspectos personales y sociales es parte inexcusable de cualquier práctica clínica.

Pues bien, el año 1973 puede tomarse como símbolo de una nueva rebelión, la «rebelión de los pacientes». En esa fecha, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es. La aparición de este documento coincidió, significativamente, con el desarrollo de una serie de nuevas técnicas sanitarias (diálisis renal, técnicas de soporte vital, unidades de cuidado intensivo, trasplantes, etc.) destinadas a pacientes muy graves y de las cuales dependía su supervivencia, a veces en condiciones precarias. La decisión sobre cuándo y a quién aplicarlas era tan compleja como trascendental (sobre todo cuando el número de plazas disponibles era menor que el de candidatos a ocuparlas) y no es extraño que los interesados quisiesen participar en semejante decisión. A partir de este momento, el enfermo deja de ser paciente (es decir, pasivo) para convertirse en agente. Deja de ser un niño dependiente y asume su condición de adulto responsable que (salvo en determinados casos excepcionales) tiene que tomar las decisiones que afectan a su propio cuerpo.

La influencia de esta primera Carta de Derechos del Paciente ha sido grande, quizá porque recoge de forma concreta una mentalidad que se ha convertido en hegemónica en las sociedades democráticas desarrolladas: la mentalidad autonomista. La idea ahora predominante es que cada uno ha de asumir las decisiones que le afectan, que ha de regirse por su propio sistema de valores y que, por tanto, la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo porque antes de hacerle al prójimo el bien hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que tenemos nosotros.

Lo que resulta históricamente más chocante de esta irrupción de los derechos de los pacientes es que haya sido tan tardía. Es como un último paso del movimiento emancipatorio que se inició, en el ámbito religioso, con la vindicación de la libertad de conciencia por parte del protestantismo, y en el ámbito político con las revoluciones democráticas del mundo moderno. Esa emancipación fue definida por Kant como «la salida de los hombres de su culposa minoría de edad». Las revoluciones liberales emanciparon a los ciudadanos del absolutismo y los hicieron mayores de edad al proporcionarles los derechos civiles y políticos básicos: el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad (Gracia, 1989a).

Fuese por el prestigio del médico, por la eficacia de las estructuras de poder profesional o por el estado de real desvalimiento en que se encuentra el enfermo, lo cierto es que transcurrieron doscientos años desde la eclosión de los derechos humanos fundamentales hasta la aparición formal de los derechos de los enfermos. Sólo al iniciarse el siglo veinte, como se ha visto, el paciente pidió claramente la palabra para que su subjetividad personal fuese tenida en cuenta por el médico.

De ambas figuras van a proceder los dos tipos de clínicos que se mantienen estrictamente diferenciados a lo largo de la historia: por un lado, el profesional médico de alto nivel intelectual y social; por otro lado, el practicante sin formación teórica que realiza actividades clínicas de

carácter manual (como lo fue el cirujano hasta que en el siglo dieciocho se integró en la medicina académica). El papel del primero corresponde sociológicamente a una de las formas más arquetípicas de profesión. El segundo, en cambio, a una ocupación u oficio artesanal.

En este sentido sociológico, una profesión tiene tradicionalmente unas características bien definidas:

- Preparación específica y estrictamente reglamentada.
- Pruebas de ingreso en el grupo (que solían culminar con el ritual del juramento y permitían controlar el número de nuevos miembros).
- Posibilidad universal de acceso a estos procedimientos específicos de formación y entrada en la profesión, que no está condicionada a la pertenencia a una cierta familia o grupo social.
- Monopolio en la realización de las actividades que le son propias (y renuncia a otros tipos de actividades).
- Liturgia propia (rituales codificados en lugares especiales, vestuario específico, etc.) que aunque se atenúe con el tiempo sigue expresándose en algunos elementos simbólicos.
- Fuerte cohesión interna del grupo profesional y lucha enérgica contra el intrusismo.
- Relación profesional con los clientes o usuarios no supeditada a los vínculos personales o afectivos.
- Altruismo y sentido social del trabajo.
- Privilegio social y económico dentro de la comunidad (el profesional no cobra un salario sino unos «honorarios» que tienen un sentido simbólico de honor).
- Código deontológico propio, que establece una serie de deberes y derechos pero otorga de hecho impunidad jurídica. Las profesiones tradicionales tenían capacidad legislativa, ejecutiva y judicial autónoma.

Una profesión supone siempre un determinado papel social; no hay profesiones privadas. El propio término «profesión» y el verbo correspondiente («profesar»), con expresiones como la de «hacer profesión de fe», tienen el sentido de confesar o declarar públicamente un compromiso; sólo es profesional el que está socialmente reconocido como tal. Por eso, para profesar, es decir, para acceder a una profesión, es necesario realizar un cierto rito que tiene un sentido de asunción social del compromiso y de las atribuciones propias de la profesión. Mediante un rito se accede al sacerdocio y mediante la ceremonia solemne del juramento hipocrático se accedía tradicionalmente a la profesión médica.

Las profesiones prototípicas de la sociedad antigua son la de sacerdote, la de gobernante o juez y la de médico (no es, por tanto, casual que en las primeras universidades medievales las tres Facultades Mayores fuesen las de Teología, Derecho y Medicina). La pertenencia a una profesión supone el ejercicio de un cierto poder. El sacerdote es el representante de Dios, señor del macrocosmos (universo); el rey, el gobernante y el juez rigen el mesocosmos (la nación, la sociedad); el médico tiene poder sobre el microcosmos (el cuerpo).

tercio del siglo pidió algo más: el poder de decidir (o al menos de participar en la decisión) sobre las técnicas diagnósticas y terapéuticas de las que va a ser objeto, y de las que quiere también ser sujeto.

La forma en que se concretó la respuesta médica a esta demanda de los enfermos fue el consentimiento informado. Describiremos sus características tras esbozar los cambios ocurridos en el otro polo de la relación (el médico) y en la relación misma.

EL MÉDICO: DE PADRE SACERDOTAE A ASESOR DEMOCRÁTICO

En las culturas primitivas y arcaicas la figura del médico se confundía con la del chamán o sacerdote, y muchas veces con la del gobernante y el juez. Bullough ha escrito que «en una sociedad sin especializar, el chamán era el único especialista» (Bullough, 1966: 6). Éste es el origen remoto de la profesión médica: un personaje privilegiado, respetado, poderoso e impune

ante la ley común, ya que él mismo era, en el fondo, la Ley. Es el tipo de figura que se puede denominar «médico-sacerdote», existente desde que existen sociedades humanas.

En la cultura israelita es a veces difícil distinguir la función sacerdotal y la médica. Múltiples textos bíblicos muestran que la religión, la moral y la medicina se entrelazaban hasta confundirse: un diagnóstico de lepra era a la vez la constatación de una impureza; la curación se identificaba con el perdón del pecado, y las normas morales se superponían con las prescripciones médicas.

Frente a la figura del médico-sacerdote aparece también desde la Antigüedad la del médico-artesano, de formación puramente empírica y practicante de maniobras curativas elementales en los niveles inferiores de la sociedad. Se trataba de un simple práctico que curaba heridas, reducía fracturas o administraba hierbas, desde una posición social similar a la de un carpintero o un herrero. Carente de poder y autoridad, estaba sometido a una reglamentación tan estricta que en algunos casos (como en el Código de Hammurabi o en el antiguo Israel) era una auténtica ley del talión.

Toda esta tradición, hoy en gran parte desaparecida, o al menos profundamente transformada, es lo que permite hablar, en un sentido estrictamente sociológico, del «rol sacerdotal del médico» (Gracia, 1983).

En la medicina hipocrática se produce una espectacular evolución de médicos que parten de la situación típicamente artesanal para ascender intelectual, social y profesionalmente, si no a la categoría de médicos-sacerdotes (que existen de forma pura en los templos de Asclepio) sí al menos a la de médicos-filósofos. El médico hipocrático se separa del sacerdote (ya no considera ni pretende utilizar fuerzas sobre-naturales) elaborando una teoría natural de la salud y la enfermedad, y aplicándola en su práctica. Conserva, sin embargo, rasgos típicamente sacerdotales, como lo es el de no estar sometido al derecho ordinario y disponer de su propio código ético, plasmado, entre otros textos, en el célebre juramento, que impone la beneficencia (dos veces aparece en el texto del Juramento hipocrático la norma de actuar en beneficio del enfermo), la conservación de la pureza y santidad en la vida y en el arte, la obligatoriedad del secreto profesional, etc.

El médico-filósofo hipocrático es por tanto el heredero del antiguo médico-sacerdote.

Su elevada posición social fue lograda mediante un extraordinario proceso de superación cultural, a partir de la cirugía artesanal que ejercían los primeros hipocráticos. Pero no todos los practicantes de la medicina alcanzaron en Grecia ese elevado nivel: en las capas sociales inferiores había también, como es habitual, una gran cantidad de empíricos dedicados a realizar curas de forma artesanal mediante la cirugía o, a veces, también mediante ceremonias de fondo supersticioso.

Con las invasiones germánicas se pierde para Europa Occidental la tradición grecorromana y se inicia la Alta Edad Media, que supone una profunda regresión cultural. Los saberes médicos quedan reducidos a los manuscritos que se conservan en los monasterios. Los monjes van a ser, en este período, los que conservan los escasos restos de la medicina clásica; se habla por ello de «medicina monástica». Y serán también los monjes quienes, en las enfermerías anexas a los monasterios, se encarguen del cuidado de los enfermos que, según la regla benedictina, «debe ser ante todo practicado como si, dispensándolo a los enfermos, al mismo Cristo se le dispensase».

Medicina y religión vuelven a cruzar su desarrollo histórico.

La Baja Edad Media va a suponer un inicio de recuperación de la cultura grecorromana, fundamentalmente a través de la traducción de textos clásicos. Con ellos se desarrolla la profesión médica, a la vez que se va haciendo más laica; en los siglos doce y trece la Iglesia trata de restringir las prácticas clínicas de los clérigos (Schipperges, 1972). «Varios concilios prohibieron a los monjes el aprendizaje de la medicina, la asistencia fuera de sus propios monasterios o la dedicación de mucho tiempo a esta ciencia laica (y lucrativa); estas prohibiciones se repitieron con frecuencia (y se violaron con frecuencia)» (Nutton, 1995). Las

prohibiciones eclesiásticas fueron particularmente dirigidas hacia la realización de técnicas quirúrgicas, quizá por el riesgo de que los monjes se vieran involucrados en intervenciones con resultado de muerte.

Las reticencias de la jerarquía eclesiástica coinciden con una tendencia más general a la secularización de la práctica clínica, favorecida por la inclusión de la enseñanza médica en las nacientes universidades, y por la promulgación de normas (inicialmente en Sicilia) que regulan la práctica profesional (a la que sólo se podía acceder tras superar un examen en la prestigiosa Escuela de Salerno).

En la Europa moderna aparecen nuevas instituciones profesionales, como el Royal College of Physicians inglés, que en sus estatutos incluye unos «preceptos morales» que el secreto tradicional, que era un deber profesional más, ha pasado a ser uno de los derechos del paciente: el derecho a la confidencialidad de sus datos sanitarios.

En el riguroso respeto a la autonomía del enfermo competente, e incluso en el estímulo de esa autonomía, tiene el médico actual el mejor recurso para evitar que los rasgos autoritarios del viejo sacerdote recaigan ahora también sobre él.

LA RELACIÓN CLÍNICA: DE LA ISLA DESIERTA AL EQUIPO SANITARIO

En la última parte de esta obra (cap.5, p.187) comenta Laín Entralgo la frase del clínico decimonónico Schweninger: «Cuando yo veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta».

Hoy no se le ocurriría a nadie una metáfora semejante. Hoy un enfermo no se relaciona tan solo con su médico, sino también con otros especialistas, personal de enfermería, auxiliares, asistentes sociales, administrativos, etc. Si a algo no se parece un centro sanitario actual es a una isla desierta. Ésta es una de las razones por las que ha perdido vigencia la expresión tradicional «relación médico-enfermo», pues habría que hablar más bien de «relación sanitario enfermo».

Pero también el otro término de la relación es inadecuado. No todas las personas que acuden al sistema sanitario están enfermas; muchas van precisamente a descartar que lo estén (las primeras consultas, de hecho, suelen dedicarse a determinar si hay o no una enfermedad identificable) o a prevenir la posibilidad de estarlo. El término alternativo de «paciente» también es criticable, pues como antes quedó apuntado, el debate se produce precisamente en el momento en que éste está dejando de ser pasivo para convertirse en sujeto agente de la relación. Se ha propuesto el término «cliente», de cierto éxito en Estados Unidos pero totalmente inapropiado en la tradición médica europea. Hay quien se inclina por el término «usuario» (con lo que se habla de «relación usuario-sanitario», RUS), pero tiene también connotaciones que parecen reducir al enfermo a consumidor de servicios sanitarios.

En un polo de la relación ya no está sólo el médico y en el otro no hay acuerdo sobre la forma adecuada de denominar al que está. Pero además se ha criticado el hecho de concebir la relación como bipolar, pues en ella no intervienen dos únicos elementos sino también las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, administración del hospital, asistentes sociales, psicólogos, consejeros espirituales, la sociedad misma personificada por el juez en caso de conflicto, etc.

Se ha llegado así a hablar de «relación clínica» (o de «relación sanitaria»), quizá el término menos inadecuado, ya que es el que mejor responde a la mayoría de estas críticas al evitar con su carácter abstracto los personalismos de las anteriores denominaciones (Gracia, 1992).

La estructura de la relación clínica (con todas sus variantes) ha sido ilustrada con diversas metáforas, como la parental, la de camaradería, la contractual, la de amistad, la técnica (Childress y Siegler, 1984) y con diversos modelos, como el paternalista, el informativo, el interpretativo o el deliberativo (Emanuel y Emanuel, 1992).

Sintetizando mucho el problema, se pueden distinguir tres grandes tipos: la relación clínica «paternalista», la «oligárquica» y la «democrática».

La relación clínica «paternalista», hegemónica en todo el amplio período estudiado por Laín Entralgo, estaba ya formulada en el juramento hipocrático: «Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré». Son la capacidad y el recto entender del médico los que tienen que preservar del daño y la injusticia al paciente; nada nos dice el célebre texto de la capacidad y el recto entender del enfermo. Se establece así una relación vertical y asimétrica en la que el médico ordena como un padre benévolo y el paciente se deja llevar hacia el bien (que él no ha elegido) como un niño sumiso. Esta clásica relación de beneficencia, y su desarrollo en el mundo occidental a lo largo de veinticinco siglos, es la que queda magníficamente descrita y analizada en el libro de Laín.

La relación clínica «oligárquica» es la consecuencia de la medicina en equipo que se ha ido generalizando en el siglo veinte. Es una relación vertical, como la anterior, pues el paciente sigue estando sometido a decisiones que se toman sobre él. La diferencia está en que ahora ya no es un solo médico, sino todo un equipo sanitario, el que las toma. De la monarquía se ha pasado a la oligarquía (por seguir utilizando la metáfora política) y el poder se ha fragmentado, pero no ha llegado a manos del paciente, que sigue siendo pasivo. Con respecto al modelo paternalista, tiene la ventaja de que las decisiones no se toman desde una única perspectiva, con lo que suelen ser más contrastadas, pero tiene también el inconveniente de que es más conflictiva (como siempre que se fragmenta el poder) y de que la confidencialidad y discreción tradicionales se relajan irremediablemente.

La relación clínica «democrática» es la que ha supuesto la auténtica (y polémica) innovación del último tercio de siglo. Con la consolidación de los derechos de los enfermos la relación se ha horizontalizado. Ha triunfado la tesis de que todo usuario de servicios sanitarios que no sea declarado incompetente puede y debe tomar libremente las decisiones que se refieren a su cuerpo, de acuerdo con el sistema de valores en que se basa su proyecto de vida. Si antes regía en exclusiva el código ético que el médico aplicaba para actuar en beneficio del enfermo, ahora rige el sistema de valores que el paciente ha asumido para orientar su existencia. La toma de decisiones no resulta de un diálogo entre iguales, pues la relación no es perfectamente simétrica, ni horizontal siquiera (sólo se ha horizontalizado con respecto a la vertical paternalista).

La decisión final resulta de un proceso (a veces largo y conflictivo) en el que convergen y se ajustan la información técnica que el médico proporciona con los deseos y valores personales del paciente (dentro del marco formado por las terceras partes). Ambos polos son ahora activos, pero de diferente manera. Uno aporta conocimiento científico, experiencia clínica, información técnica, consejos. El otro escucha cuanta información recibe y la contrasta con sus creencias, sus proyectos, sus deseos... El médico propone y, por primera vez en la historia, el enfermo dispone. En treinta años, por tanto, en las sociedades democráticas desarrolladas, el enfermo ha reivindicado (y obtenido) el derecho a la autonomía, el médico se ha visto desposeído de su tradicional poder de decisión y la relación entre ambos se ha transformado profundamente. El procedimiento concreto en que se ha plasmado el cambio es lo que se denomina «el consentimiento informado» (Simón, 2000).

El consentimiento informado se considera en la actualidad un derecho moral básico de los enfermos, un reconocimiento de su carácter de adultos autónomos con capacidad de decisión sobre sus propias vidas. Es la base de la nueva relación clínica: el médico explica a su paciente las características de la enfermedad, el tipo de indicación terapéutica que él considera adecuada con sus expectativas, sus efectos secundarios y sus riesgos, así como las posibles alternativas. El enfermo pregunta, pide aclaraciones y finalmente decide y firma el correspondiente documento. Un enfermo adulto, en pleno uso de sus facultades mentales, puede rechazar un tratamiento eficaz y elegir una alternativa científicamente desacreditada. Puede rechazar un hospital moderno

y marcharse al curandero. Es un adulto que decide libremente lo que va a hacer con su vida. El médico ya no puede hacerle el bien a la fuerza.

Para que un procedimiento de consentimiento informado sea idóneo se requieren al menos cuatro elementos: 1) competencia; 2) voluntariedad; 3) información sobre el diagnóstico y las distintas posibilidades de tratamiento, y 4) comprensión de la información por parte del paciente. Estos elementos son imprescindibles para que el consentimiento sea válido. Sólo un paciente competente puede aceptar o rechazar un procedimiento, y cuanto más compleja o anómala sea la decisión, mayor es el grado de competencia que se requiere; cuanto mayores sean los beneficios esperables de un determinado tratamiento, mayores serán los requisitos que se exijan a un enfermo para aceptar su rechazo del mismo (Drene, 1985). Sólo se puede consentir en ausencia de toda coerción (lo que plantea el problema de la legitimidad de las presiones y la persuasión que puedan ejercer el médico o los familiares). Sólo es aceptable el consentimiento cuando se realiza tras una información adecuada y adecuadamente comprendida.

La validez del consentimiento o, si se prefiere, su autenticidad, depende también de la coherencia interna de la decisión con el sistema de valores que el sujeto ha elaborado, asumido y defendido a lo largo de su vida. Una ruptura clara entre ambas cosas puede indicar un estado mental alterado que obliga a cuestionar la solidez de la decisión tomada.

La obtención de un consentimiento correcto ha de superar varios problemas, entre los que destacan dos de diferente orden:

—El criterio con que fijar el tipo y la cantidad de información que hay que dar al paciente. Se han propuesto tres (el criterio de la práctica médica habitual, el de la persona razonable y el subjetivo), pero todos ellos son vulnerables a objeciones teóricas y presentan dificultades de aplicación práctica.

—La incertidumbre del diagnóstico y de los resultados terapéuticos. Toda la patología del siglo diecinueve trataba de establecer especies morbosas bien definidas (ya fuese a partir de la lesión, de la disfunción o de la etiología) con el fin de disponer peticiones de los enfermos injustificadas desde el punto de vista terapéutico; dificulta la comunicación con el paciente al tener que exponerle aspectos complejos del diagnóstico o del tratamiento, y al dejarle ver dudas y vacilaciones del médico, que pueden ser interpretadas como un intento de evitar responsabilidades...

Estas argumentaciones y otras similares (que se presentan como una forma de resistencia frente a la implantación avasalladora del consentimiento informado) concluyen a veces con una abierta reivindicación del principio de beneficencia paternalista (Barcia, 1993: 302-3).

CONCLUSIÓN

El bioeticista norteamericano Mark Siegler ha establecido, con llamativa precisión, que la era del paternalismo (o era del médico) se extendió «desde el año 500 a. C. hasta el año 1965» (justamente el período que abarca este estudio de Laín Entralgo). Tras ella vendría la era de la autonomía (o era del paciente), que a su vez desembocaría (en los Estados Unidos, desde luego, pero también en otros países desarrollados) en la actual era de la burocracia (o de los contribuyentes). Esta última se caracterizaría, según Siegler, por una serie de obligaciones: 1) contener el gasto y administrar con eficiencia los recursos sanitarios; 2) analizar los riesgos y posibles beneficios de cada intervención clínica en un marco social, y 3) equilibrar las necesidades y los deseos del paciente con la justicia social de la comunidad de la que forma parte.

«El paternalismo del médico y la autonomía del paciente, particularmente con respecto a las decisiones médicas, se verán reemplazados por consideraciones sobre la eficiencia y conveniencia a nivel social e institucional, basadas principalmente en razones económicas y necesidades sociales. [...] En contraste con las dos etapas anteriores, los deseos tanto de médicos como de pacientes estarán subordinados a los deseos de los administradores y burócratas». Ésta

sería la nueva relación de médico y paciente en la era actual de la «medicina gestionada» (Siegler, 1997).

Este planteamiento de Siegler es un esquema teórico útil, siempre que se entienda con la necesaria flexibilidad. Los fenómenos sociales de la complejidad de los que aquí se analizan no pueden esquematizarse demasiado sin caer en un reduccionismo empobrecedor. El respeto a la autonomía del paciente es una conquista histórica de las sociedades más avanzadas que no implica el que en ellas los médicos hayan renunciado a promover el bien de los pacientes.

El debate en el interior del equipo sanitario sobre la toma de decisiones clínicas no se produce nunca al margen de unas determinadas circunstancias históricas, sociales y económicas.

Entre el paternalismo más tradicional, el autonomismo más extremo y la burocratización más rígida se encuentra un amplio abanico de posibilidades en las que se desarrolla, de hecho, la práctica clínica. No es frecuente encontrar hoy textos teóricos que defiendan el paternalismo, y cuando lo hacen suele tratarse de un paternalismo limitado y tendente a restablecer la autonomía del paciente (Komrad, 1983 y 2002).

Pero no es raro escuchar en privado opiniones de clínicos de amplia experiencia que justifican o añoran el viejo planteamiento. Hay teóricos de la medicina (como Thomas Szasz) y pensadores sin actividad clínica que defienden el autonomismo radical como la única opción adulta en una sociedad democrática. Pero en la práctica diaria de ambulatorios y hospitales son muchos los factores que intervienen en la relación clínica (el nivel cultural, la actitud y el carácter del enfermo; la personalidad más rígida o más dialogante del médico; la intervención cada vez mayor de otros profesionales sanitarios; para cada una de ellas de un tratamiento específico. Si se hubiese podido realizar ese sueño, se habría alcanzado un conocimiento cierto del tratamiento indicado para cada enfermedad, una auténtica medicina basada en la evidencia, en el sentido español del término «evidencia» («certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar», según la definición de la Real Academia) y no en el sentido inglés de *evidence* (pruebas a favor de una cierta tesis), que es el que tiene esa difundida expresión.

Pero la medicina actual ha renunciado, muy a su pesar, a ese antiguo anhelo de certidumbre para reconocer que el conocimiento médico sólo puede ser probabilístico, que el diagnóstico y la elección terapéutica no pueden nunca alcanzar la seguridad absoluta, que no existen evidencias en medicina y que, por tanto, la mejor decisión médica es la que tiene más *probabilidades* de acertar, es decir, la decisión más racional en condiciones de incertidumbre.

Si para la medicina ha resultado difícil de aceptar este hecho, también para el paciente es a veces duro el que la información que se le proporciona sobre sus perspectivas tenga que estar formulada en términos estadísticos (Lázaro, 2000).

El mejor consentimiento posible es el que se va elaborando en el intercambio de información entre el enfermo y el equipo sanitario desde el inicio de la relación hasta el momento mismo de la firma del formulario escrito de consentimiento. Sin este proceso las condiciones impuestas por las «terceras partes»: familia, juez, administración, compañías de seguros; la disponibilidad de recursos y de tiempo...). Cada día, el médico y el enfermo dialogan, condicionados por todos estos factores. A lo largo de ese diálogo, el médico, con sus cualidades y sus deficiencias (profesionales y personales), se va moviendo entre la intención de ayudar al enfermo y la convicción de respetarlo como sujeto adulto que es. El logro de un equilibrio entre ambos polos depende en cada caso de la amplitud de su formación y de su criterio (para el manejo riguroso de los hechos biológicos desde luego, pero también para el reconocimiento de los valores personales). A veces el médico añora en secreto aquellos viejos tiempos en que al enfermo se le podía guiar como a un niño; las cosas eran entonces ciertamente más sencillas. Pero la infancia del enfermo ha concluido, tras haberse prolongado durante muchos siglos. Acabó de forma brusca hace tan solo unas décadas. Y a veces no es fácil para el enfermo asumir su nuevo poder. Y a veces no es fácil para el médico asumir su reciente pérdida de poder. A veces no es fácil, ni es cómodo, ser adulto.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Barcia, D. (1993):** «Ethical aspects of the doctor-patient relationship», *The European Journal of Medicine*, 2 (5): 301-4.
2. **Bullough, V. L. (1966):** *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*, Basilea Nueva York, S. Karger.
3. **Childress, J. F.; Siegler, M. (1984):** «Metaphors and models of doctor-patient relationships: their implications for autonomy», *Theoretical Medicine*, 5: 17-30.
4. **Couceiro, A. (1991):** «La información al paciente», *Jano, Medicina y Humanidades*, 41 (extra): 77-82.
5. **Couceiro, A. (ed.) (1999):** *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela.
6. **Drane, J. F. (1985):** «The many faces of competency», *The Hastings Center Report*, (april): 17-21. [Trad. cast.: (1999): «Las múltiples caras de la competencia», en Couceiro, A. (ed.): *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, pp. 163-76].
7. **Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992):** «Four models of the physician-patient relationship», *JAMA*, 267 (16): 2.221-6. [Trad. cast.: (1999): «Cuatro modelos de la relación médico-paciente», en Couceiro, A. (ed.): *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, 109-26].
8. **Gracia, D. (1983):** «¿Profesión o sacerdocio?», *Jano*, (extra): 38-52.
9. **Gracia, D. (1989a):** *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema.
10. **Gracia, D. (1989b):** «La relación médico-enfermo en España: balance de los últimos veinticinco años», *Todo Hospital*, 62: 23-6.
11. **Gracia, D. (1989c):** «Los cambios en la relación médico-enfermo», *Medicina Clínica*, 93: 100-2.
12. **Gracia, D. (1992):** «La relación clínica», *Revista Clínica Española*, 191 (2): 61-3.
13. **Komrad, M. S. (1983):** «A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy», *Journal of Medical Ethics*, 9: 38-44. [Trad. cast. (2002): «En defensa del paternalismo médico: potenciar al máximo la autonomía de los pacientes», *Ars Medica, Revista de Humanidades*, 1 (2): 151-65].
14. **Kornrad, M. S. (2002):** «En defensa del paternalismo médico. Reflexiones hechas veinte años después», *Ars Medica, Revista de Humanidades*, 1 (2): 266-8.
15. **Laín Entralgo, P. (1964):** *La relación médico-enfermo*, Madrid, Revista de Occidente. [2.a ed., Madrid, Alianza, 1983].
16. **Laín Entralgo, P. (1969):** *El médico y el enfermo*, Madrid, Guadarrama. [2.a ed., Madrid, Triacastela, 2003].
17. **Laín Entralgo, P. (1986):** «Qué es ser un buen enfermo», en *Ciencia, técnica y medicina*, Madrid, Alianza, pp. 248-64.
18. **Lázaro, J. (2000):** «De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica», *Archivos de Psiquiatría*, suplemento 3: 5-26.
19. **Lidz, C. W.; Appelbaum, P. S.; Meisel, A. (1988):** «Two models of implementing informed consent», *Archives of Internal Medicine*, 148: 1.385-9. [Trad. cast.: (1999): «Dos modelos para la aplicación del consentimiento informado», en Couceiro, A. (ed.): *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, pp. 151-62].
20. **López Piñero, J. M. (2000a):** *Breve historia de la medicina*, Madrid, Alianza.
21. **López Piñero, J. M. (2000b):** *Introducción a la medicina*, Madrid, Crítica.
22. **Morgan, M. (1991):** «The doctor-patient relationship», en Scambler, G. (ed.): *Sociology as Applied to Medicine*, 3.ª ed., Londres, Bailliere Tindall, pp. 47-64.
23. **Nutton, V. (1995):** «Medicine in Medieval Western Europe, 1000-1500», en Conrad, L. I.; Neve, M.; Nutton, V.; Porter, R.; Wear, A.: *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 147.
24. **Schipperges, H. (1972):** «La medicina en la Edad Media latina», en Laín Entralgo, P. (ed.): *Historia universal de la medicina*, vol. 3, Barcelona, Salvat, p. 197.
25. **Shorter, E. (1991):** *Doctors and their Patients. A Social History*, New Brunswick, Transaction Publishers.
26. **Siegler, M. (1997):** «La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión», en AA.VV.: *Limitación de prestaciones sanitarias*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, pp. 44-64.
27. **Simón, P. (2000):** *El consentimiento informado*, Madrid, Triacastela.
28. **Szasz, T. (1981):** *La teología de la medicina*, Barcelona, Tusquets.