

---

## La relación médico-enfermo a través de la historia\*

### *The doctor-patient relationship in history\**

---

J. Lázaro<sup>1</sup>, D. Gracia<sup>2</sup>

---

#### RESUMEN

En las últimas décadas del siglo veinte la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores. El paso del modelo paternalista al autonomista supuso una transformación con escasos precedentes históricos. La evolución de este fenómeno a lo largo del tiempo afectó a los tres elementos involucrados: 1. El enfermo, que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre y por su bien, llegó a finales del siglo veinte transformado en un agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen, pero ya no se le imponen. 2. El médico, que de ser padre sacerdotal (como correspondía al rol tradicional de su profesión) se fue transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume. 3. La relación clínica, que de ser bipolar, vertical e infantilizante, se fue colectivizando (con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios), se fue horizontalizando y se fue adaptando al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas.

**Palabras clave.** Médico. Enfermo. Relación clínica. Historia clínica. Autonomía.

#### ABSTRACT

In the final decades of the XX century the way doctors and patients related to each other changed more than in the twenty-five preceding centuries. The change from a paternalistic to an autonomous model represented a transformation with few historical precedents. The evolution of this phenomenon over time affected the three elements involved: 1. The patient, who had traditionally been considered as a passive receiver of the decisions that the doctor took in his name and for his benefit, was transformed at the end of the XX century into an agent with well-defined rights and a broad capacity for autonomous decision-making on the diagnostic and therapeutic procedures, which were offered to him and no longer imposed on him. 2. The doctor, from being a priestly father-figure (as corresponded to the traditional role of his profession) was transformed into a technical adviser to his patients, to whom he offered his knowledge and advice, but whose decisions were no longer taken for granted. 3. The clinical relationship, from being bipolar, vertical and infantilising, became more collective (with the involvement of numerous health professionals), more horizontal and better adapted to the type of relationship appropriate to adult subjects in democratic societies.

**Key words.** Doctor. Patient. Clinical relationship. Clinical history. Autonomy.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 7-17.

- 
1. Profesor de Historia y Teoría de la Medicina. Universidad Autónoma de Madrid
  2. Catedrático de Historia de la Medicina. Universidad Complutense de Madrid

\* Este texto es una versión revisada del publicado con el título La nueva relación clínica. En: Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003: 9-36.

#### Correspondencia:

jose.lazaro@infonet.es

Puede afirmarse que, en el último tercio del siglo veinte, la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores<sup>1</sup>. Y para justificar esta llamativa afirmación es necesario analizar brevemente el cambio que se ha producido en cada uno de los polos de la relación (el enfermo y su médico), así como en 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<sup>2</sup>. 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 malas 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 la tesis de Víctor von Weizsäcker 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".

## **La rebelión del sujeto**

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<sup>3</sup>. 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<sup>4</sup>. 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 Weizsäcker, 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.

## La rebelión de los pacientes

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 época en que apareció este documento es también la del desarrollo de una serie de nuevas técnicas sanitarias (diálisis renal, unidades de cuidado intensivo, técnicas de soporte vital, 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, ha de regirse por su propio sistema de valores y, 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 culpable 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<sup>5</sup>.

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 ya hemos dicho, el paciente pidió claramente la palabra para que su subjetividad personal fuese tenida en cuenta por el médico. Y sólo en el último 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. Pero para llegar a él tuvieron que producirse antes muchos cambios en el otro polo de la relación (el médico) y en la relación misma.

### **EL MÉDICO: DE PADRE SACERDOTAL 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<sup>6</sup> ha escrito que “en una sociedad sin especializar, el chamán era el único especialista”. 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 deno-

minar (por el rol social que le corresponde) “médico-sacerdote”. Existe, con variaciones locales y temporales, desde que existen sociedades humanas.

En la cultura israelí 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.

### **La profesionalización del 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 jura-

mento 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 el rito de la ordenación 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).

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"<sup>7</sup>.

### **El médico-filósofo**

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 sobrenaturales) elaborando una teoría lógica y 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.

### **La medicina monástica**

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<sup>8</sup>. “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)”<sup>9</sup>. 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.

### **La secularización de la medicina**

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 univer-

sidades, 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 son todavía herederos de la ética hipocrática. Sus planteamientos irán evolucionando hacia la formación de los modernos códigos deontológicos de los colegios médicos. En estos códigos, así como en la mentalidad predominante entre los profesionales de la medicina, el rol sacerdotal del médico se refleja en la firmeza con que se mantiene que la medicina no es una ocupación más, que no tiene un carácter mercantil ni artesanal, y que por su naturaleza altruista y la importancia de su misión exige un estatuto especial y un rígido monopolio. Con estos argumentos se enfrentarán los médicos, en el siglo dieciocho, a los defensores del liberalismo que ponían en cuestión todos los monopolios corporativos en nombre del libre mercado y la libre iniciativa.

En el siglo diecinueve, médicos generales, especialistas y cirujanos se integran en la clase burguesa y asumen los valores tradicionales de la profesión (lo que hemos llamado, tan solo en sentido sociológico, su “rol sacerdotal”). El médico, considerándose un árbitro de la vida del hombre, cree que ha de ejercer en régimen de monopolio la alta misión que le fue confiada, regido por sus propios códigos de ética profesional, obligado a respetar el secreto médico y cobrando por su actuación unos honorarios que él mismo fija libremente. Es muy característica del siglo diecinueve esta concepción de la medicina como una profesión de ejercicio liberal (y no como un oficio propio de asalariados, ni tampoco, salvo excepciones, de funcionarios).

Este espíritu se recoge en el primer gran código de ética médica, *Medical Ethics* de Thomas Percival, publicado en 1803. Y en la misma línea se van situando los códigos de ética elaborados por los colegios y las asociaciones profesionales. Las instituciones de este tipo se convertirán en el

principal instrumento de defensa de los valores y los privilegios tradicionales de la clase médica.

### **La medicina al servicio de la comunidad**

El siglo veinte supone para la profesión médica una profunda transformación, que va a poner en cuestión definitivamente su ejercicio liberal.

La aparición de los seguros sanitarios de carácter público y ámbito nacional había sido precedida por las "sociedades de socorros mutuos" que florecieron en Inglaterra, tras la revolución industrial, como una tercera vía entre la costosa asistencia privada y las misérrimas instituciones de beneficencia<sup>10,11</sup>. Pero fue en la Alemania de Bismarck donde apareció el primer sistema moderno de seguridad social, concebido como un seguro obligatorio, unificado y centralizado. Con particularidades diversas, los sistemas colectivos de asistencia sanitaria con carácter público surgieron también en la Rusia zarista y en otros países europeos, hasta culminar a mediados del siglo veinte en el *National Health Service* inglés, considerado ejemplar durante mucho tiempo por la amplitud y la universalidad de sus prestaciones. Obviamente, los médicos que se fueron integrando en todos estos sistemas sanitarios perdieron (en gran medida) el estatuto tradicional de profesionales liberales para acercarse al de funcionarios o asalariados distinguidos.

Pero además, y en parte como consecuencia de la proliferación de especialidades, se va a imponer el trabajo en equipo. El médico general ya no puede hacerse cargo de enfermedades muy específicas y ha de recurrir al especialista. Pero éste, a su vez, al no tener competencia más que sobre una parcela de la persona enferma, precisará de otros especialistas que se encarguen de las enfermedades intercurrentes, sin olvidar tampoco al médico de familia que ha de ocuparse del control rutinario del enfermo, del tratamiento de las enfermedades más habituales y de la coordinación con los especialistas. Se va estructurando así un sistema de atención en tres niveles: un nivel primario, de medi-

cina general, higiene y prevención sanitaria; un nivel secundario, de consultas especializadas en régimen ambulatorio, y un nivel terciario que es el que corresponde a los grandes centros hospitalarios. En éstos, por otro lado, la complejidad de las técnicas que se aplican y de la propia estructura hospitalaria requiere también una forma de trabajo organizada en equipos sanitarios.

Esta colectivización de la medicina actual ha acabado casi por completo con la concepción tradicional de la medicina como profesión liberal y con lo que hemos llamado el "rol sacerdotal del médico". El ejercicio libre de la profesión es hoy excepcional (al menos como dedicación exclusiva) y el médico ha pasado a estar, en la mayoría de los casos, al servicio de las compañías de seguros o de los grandes sistemas sanitarios de asistencia colectivizada. Ha dejado también de gozar de impunidad jurídica, y cada vez es más frecuente que tenga que responder de su práctica profesional ante los tribunales. De hecho, las demandas judiciales de pacientes insatisfechos han crecido de forma exponencial en las últimas décadas, precisamente cuando la formación científica de los médicos y su eficacia diagnóstica y terapéutica es muy superior a la de cualquier otra época de la historia<sup>12</sup>. El secreto médico se ha diluido entre los múltiples miembros del equipo sanitario que reciben información del enfermo. En definitiva, la figura del médico ha dejado de estar socialmente privilegiada para pasar a ser la de un profesional más entre otros muchos análogos.

### **El médico como asesor**

Sin embargo, puede decirse que el rol sacerdotal del médico no ha desaparecido sino que se ha transformado y, en cierto sentido, se ha potenciado incluso. Mientras que los sacerdotes de las religiones tradicionales han ido perdiendo influencia en unas sociedades cada vez más laicas y pluralistas, el médico ha ido asumiendo funciones que le confieren un nuevo tipo de rol sacerdotal, sociológicamente hablando. Los valores de virtud y pecado han ido perdiendo terreno, a la vez que lo han ganado los valores de

salud y nocividad. Como consecuencia de ello puede decirse que el médico se ha ido convirtiendo en el nuevo sacerdote de la sociedad del bienestar. Muchos hombres, que no siguen ningún tipo de preceptos religiosos, tienen en cuenta las opiniones del médico a la hora de decidir lo que deben o no deben comer, las sustancias que pueden consumir y las que deben evitar, las costumbres higiénicas y actividades físicas que deben cultivar o las precauciones que deben tomar en sus relaciones sexuales. En la práctica profesional, el médico se ha ido encontrando con que las decisiones técnicas que debe tomar están indisolublemente unidas a decisiones éticas. Se ha dicho muchas veces que el psicoanalista y el psiquiatra han sustituido al sacerdote como figura a la que se consulta ante conflictos o crisis existenciales. No es menos significativo el hecho de que la decisión de un juez sobre un acusado pueda depender de un dictamen forense.

En la medida en que la sociedad actual ha ido sustituyendo el valor de la virtud por el de la salud, y la búsqueda de la perfección se ha ido concretando para muchos en la búsqueda de la perfecta salud, el médico ha ido dejando de ser una figura sociológicamente análoga a la del sacerdote para transformarse en el gran regulador de la vida de muchos hombres<sup>13,14</sup>. Quizá sea el enorme poder que esto pone en sus manos lo que ha hecho que la bioética actual insista en recordar al médico que además del principio de no-maleficencia (lo primero es no hacer daño), el de justicia (no discriminar por factores extrasanitarios) y el de beneficencia (actuar en bien del enfermo) hay también un principio de autonomía según el cual el médico no debe tomar las decisiones que puedan ser tomadas por sus pacientes, sino informarles de cuanto necesiten saber para que ellos mismos decidan con el mayor fundamento posible. Debe renunciar definitivamente a su modelo histórico de padre sacerdotal para transformarse en algo más parecido a un asesor democrático. Debe asumir el hecho de que el secreto tradicional, que era un deber profesional más, ha pasado a ser uno de los derechos del paciente: el dere-

cho 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

Laín Entralgo<sup>15</sup> ha comentado la frase del clínico decimonónico Schweningen: "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<sup>16</sup>.

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<sup>17</sup> y con diversos modelos, como el paternalista, el informativo, el interpretativo o el deliberativo<sup>18</sup>. Sintetizando mucho el problema, se pueden distinguir tres grandes tipos: la relación clínica “paternalista”, la “oligárquica” y la “democrática”.

La relación clínica “paternalista” 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.

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 sólo 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 del siglo veinte. 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”<sup>19</sup>.

## CONCLUSIÓN

El bioeticista norteamericano Mark Siegler ha establecido, con sorprendente precisión, que la era del paternalismo (o era del médico) se extendió “desde el año 500 a.C. hasta el año 1965”. 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”<sup>20</sup>.

El 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 abiertamente el paternalismo, aunque no es raro escuchar en privado opiniones de clínicos de amplia experiencia que lo justifican o lo añoran. Hay teóricos de la medicina –como Thomas Szasz<sup>21</sup>– 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; 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<sup>22</sup>. 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 sólo 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. GRACIA D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela, 2004.

2. LAÍN P. Qué es ser un buen enfermo. En: Ciencia, técnica y medicina. Madrid: Alianza, 1986: 248-264.
3. LÁZARO J. De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica. Archivos de Psiquiatría 2000; (Supl. 3): 5-26.
4. LÁZARO J. Supervivencia del psicoanálisis en el siglo XXI. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Update Psiquiatría. Barcelona: Masson, 2003: 71-90.
5. GRACIA D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989.
6. BULLOUGH VL. The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine. Basel-New York: S. Karger, 1966.
7. GRACIA D. ¿Profesión o sacerdocio? Jano 1983; (extra): 38-52.
8. SCHIPPERGES H. La medicina en la Edad Media latina. En: Laín Entralgo, P. editor: Historia universal de la medicina. Vol. 3, Barcelona: Salvat, 1972: 181-241.
9. NUTTON V. Medicine in Medieval Western Europe, 1000-1500. En: Conrad LI, Neve M, Nutton V, Porter R, Wear A, editors. The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800. Cambridge: Cambridge University Press, 1995: 139-205.
10. LÓPEZ JM. Breve historia de la medicina. Madrid: Alianza Editorial, 2000.
11. LÓPEZ JM, TERRADA ML. Introducción a la medicina. Barcelona: Crítica, 2000.
12. SHORTER E. Doctors and their Patients. A Social History. New Brunswick: Transaction Publishers, 1991.
13. CRIBB A. Health and the Good Society. Setting Healthcare Ethics in Social Context. Oxford: Oxford University Press, 2005.
14. ROTHMAN SM, ROTHMAN DJ. The Pursuit of Perfection. The Promise and Perils of Medical Enhancement. New York: Pantheon Books, 2003.
15. LAÍN P. El médico y el enfermo. 2.ª ed., Madrid: Triacastela, 2003.
16. GRACIA D. La práctica de la Medicina. En Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999: 95-108.
17. CHILDRESS JF, SIEGLER M. Metaphors and models of doctor-patient relationships: their implications for autonomy. Theoretical Medicine 1984; 5: 17-30.
18. EMANUEL EJ, EMANUEL LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999: 109-126.
19. SIMÓN P. El consentimiento informado. Madrid: Triacastela, 2000.
20. SIEGLER M. La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión. En: AA.VV. Limitación de prestaciones sanitarias. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1997: 44-64.
21. SZASZ T. La teología de la medicina. Barcelona: Tusquets, 1981.
22. LÁZARO J. Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría. En: Baca E, Lázaro J, editores. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Triacastela, 2003: 117-142.