

Valores permanentes de la práctica clínica

P. León

Departamento de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Correspondencia:

Pilar León Sanz

Departamento de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Campus Universitario

31080 Pamplona

(mpleon@unav.es)

La "autonomía del paciente" es una de las expresiones más repetidas hoy en día por los teóricos de la relación médico-paciente; los cuales, además, suelen presentarla como oposición y conquista frente a un peyorativo "paternalismo" que hasta hace poco habría caracterizado la actitud del médico con relación a la persona a la que presta su auxilio.

Se trata de un término que ha conseguido dar nombre a una Ley. La Ley 41/2002, que "tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica"¹.

El Diccionario de la Real Academia Española dice que la "autonomía" es la "condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos"². ¿Es nueva la consideración de la autonomía del paciente? ¿Desde cuándo se usa en Medicina el llamado "consentimiento informado"? Además, ¿se da en los enfermos esa no-dependencia, esa libertad de actuación a la que se refiere el término "autonomía"? ¿Ha de ser el médico un simple ejecutor de los deseos del paciente? ¿Es la decisión del enfermo el criterio último de actuación para el médico? ¿Qué implicaciones tiene esto en la práctica médica? Son, como puede apreciarse, muchos los interrogantes que plantea esta cuestión.

En estos momentos nos encontramos en una situación similar a la descrita, a finales del primer tercio del siglo XX, por Peabody, uno de los grandes clínicos de los EE.UU. Llamaba él la atención sobre la profunda disociación que se daba en aquellos momentos entre la formación científica de los médicos y los problemas que iban a encontrar en su práctica médica; la diferencia entre lo aprendido en las Facultades de Medicina y lo adquirido en la dura escuela de la experiencia. En este sentido, afirmaba Peabody: "Numerosos recién graduados encuentran en la práctica actual muchas situaciones para las que no habían sido formados ni preparados para poder resolverlas"³.

Eso sigue sucediendo hoy; pero quiero llamar la atención sobre los peligros que supone una repetición acrítica de construcciones de origen teórico. La comparación de las características de la relación médico-paciente actual con las del pasado exige conocer mejor la realidad vivida por profesionales y pacientes. Habrá que tener en cuenta la práctica asistencial y

también atender a la evolución de la organización sanitaria y profesional, para poder conocerla y comprenderla mejor.

Los márgenes de un editorial no son los más adecuados para tratar esta cuestión, por lo que nos vamos a limitar a introducir algunos aspectos que intervienen en la llamada autonomía de los pacientes, con ánimo de plantear su análisis en otros foros. Es este, por tanto, el inicio de una serie de comentarios sobre cuestiones de innegable repercusión en la medicina, ya que "la aplicación de los principios de la ciencia al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades es sólo un aspecto limitado de la práctica médica. La práctica de la medicina en su más amplio sentido incluye la entera interrelación del médico con su paciente"⁴.

Una de las hipótesis de la investigación que estamos llevando a cabo sobre esta línea es la que reivindica, en la práctica médica, la continuidad de una actitud ante la dignidad de la persona humana, manifestada en el respeto a la autonomía de la voluntad y al de la intimidad de los pacientes. Advirtiendo las importantes diferencias que se dan entre la práctica asistencial actual y la del pasado reciente. Es decir, nuestra tesis es que no se puede plantear el nacimiento *ex novo* de la Bioética americana; hay que tener en cuenta una tradición profesional previa.

A lo largo de los siglos se constata un claro signo del respeto a la dignidad del paciente: la percepción de que todos estamos obligados a cuidar de nuestro cuerpo, ya que la vida es un don recibido. Si ni siquiera el propio sujeto es dueño de su vida, mucho menos podría serlo el facultativo, cuyos servicios se solicitaban. De la visión religiosa de la vida, que tanto ha influido en la Ética Médica, se deriva la obligación de salvar el propio cuerpo y la propia alma.

Entre los aspectos que se pueden analizar para estudiar la evolución de la relación médico-paciente en cuanto a la autonomía de éste último, señalaremos los siguientes:

- La constitución de la Medicina como ciencia. La medicina en el pasado ofrecía una mayor posibilidad de elección a los enfermos, por la coexistencia de diversos sistemas o teorías médicas que fueron perdiendo vigencia a favor de un único modelo: la Medicina oficial. Al constituirse la medicina científica, más centrada en la enfermedad y en los medios diagnósticos y terapéuticos, que en el mismo paciente, y expresada en un

lenguaje científico. se incrementó la distancia del paciente y de sus familias respecto del médico. El paciente, cada vez sabía menos y confiaba menos en sí mismo, mientras que el médico, por el contrario, cada vez contaba con más datos, con mejores medios diagnósticos y terapéuticos, por lo que incrementaba su capacidad de decisión⁵.

Paradójicamente, el desarrollo científico, como afirmaba Peabody, empeoró la relación médico-paciente en un momento en que la medicina mejoró sensiblemente. Desde este punto de vista, a lo largo del siglo XX, los enfermos tuvieron menos autonomía que cien años atrás⁶.

- El desarrollo de las especialidades y los cambios en la organización asistencial producidos a lo largo del s. XX. La medicina hospitalaria, la consolidación de los seguros de enfermedad y de los procesos de colectivización, como la Seguridad Social, todos ellos han modificado el modelo de la profesión médica y han favorecido la aparición de conflictos de interés derivados del hecho de tener que responder, sobre una misma actuación, ante distintos sujetos -el pagador o contratante y el paciente- con intereses diferentes.
- La consideración de cuál ha sido la evolución de la práctica médica con relación a la información médica, condición imprescindible para que el enfermo pueda consentir a una actuación clínica. Es éste un aspecto en el que el parecer, por parte de los profesionales, no ha sido unánime, y que nos ofrece una interesante evolución a través del tiempo.
- A lo que hay que unir los cambios de una sociedad basada en el respeto a los derechos humanos y cada vez más intervencionista. Estamos en un tiempo de desarrollo de las responsabilidades sociales, tanto por parte de los médicos, como de los pacientes y sus familias. El derecho a la información epidemiológica, la no tolerancia de la irresponsabilidad ante la propia salud -tabaquismo, obesidad, etc.- y el desarrollo de la medicina preventiva, son ejemplos de ello.
- Un aspecto ineludible en el actual debate sobre la autonomía del paciente es la cuestión económica, ya que el racionamiento en las prestaciones sanitarias condiciona la posibilidad de elección del paciente.

Autonomía y confianza

Con independencia de las cuestiones antes enunciadas, el hecho de contar con el enfermo en la asistencia médica no es nuevo: en la relación médico-paciente, el respeto mutuo es

esencial. Ni el paciente, ni la familia pueden imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer de un profesional.

Con relación al respeto al paciente, ya en 1952, Laín Entralgo manifestaba: "El médico de hoy ha llegado a plantearse con relativa lucidez intelectual la antinomia que entrañan sus dos actos principales, el terapéutico y el diagnóstico, en cuanto referidos a un ser -el hombre enfermo- que es a la vez naturaleza sensible y persona, principio de operaciones materiales y supuesto racional, paciente de acciones necesarias y autor de acciones libres"⁷. Es decir, "el tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente personal"⁸.

El cuidar al paciente como misión, ¿es una actuación paternalista? Parece más bien una de las manifestaciones propias de la actividad clínica en la que "no es posible tratar de forma abstracta sino concreta e individual"⁹.

La significación de la interrelación entre el médico y el paciente ha de ser fuertemente acentuada; ya que, en gran medida, el diagnóstico y el tratamiento dependen directamente de ella y el fallo del médico en establecer esta relación conlleva una gran pérdida de efectividad en el cuidado de los pacientes¹⁰.

Son muchas las cuestiones que quedan abiertas. Es tiempo de intentar responder a los interrogantes que antes enunciamos. Es momento para reconsiderar la autonomía del enfermo, algo que no es nuevo en la práctica médica y que afecta directamente a los profesionales y a los enfermos, ya que está intrínsecamente unido a la relación médico-paciente.

Bibliografía

1. Capítulo I, Principios generales, Artículo 1. Ámbito de aplicación.
2. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua española. Madrid 1992.
3. Peabody FW. The care of the patient. Cambridge: Harvard University Press, 1927, p. 8. Se trata de una reimpresión de una publicación aparecida ese mismo año en the Journal of the American Medical Association, Vol. 88, p.877-882, March 19, 1927.
4. Peabody FW, o. Cit., p. 10.
5. Wear A, The meaning of illness in early modern England, in History of the doctor-patient relationship: proceedings of the 14th International Symposium on the Comparative History of Medicine - East and West. Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica, c1995, p. 1-29.
6. Peabody FW, o. Cit., p. 12.
7. VV.AA. El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo. Madrid: Editora nacional, 1952, p. 14.
8. Peabody, F. W., o. Cit., p. 12.
9. Peabody, F. W., o. Cit., p. 41.
10. Peabody, F. W., o. Cit., p. 45.