

Se acaba de publicar en España el libro *Confesiones de un médico*, cuyo autor, Alfred Tauber, fué durante años director del Centro de Filosofía e Historia de la Ciencia de la Universidad de Boston. A una edad ya madura, Tauber ofrece al lector en sus reflexiones una equilibrada mezcla de introspección personal, referencias biográficas y argumentación racional. Sólo por eso, por el ejercicio reflexivo que conlleva y que todo médico debiera hacer acerca de su profesión y de la forma de llevarla a cabo, la lectura del libro merecería la pena.

1. La reflexión sobre lo que ocurre: el inicio del camino

Nada mas abrir este libro encontramos la narración de un caso que nos lleva de la mano hacia el concepto fundamental para el autor, que a manera de espina dorsal va a recorrer todo el libro, en diálogo continuo con esta afirmación inicial: la relación clínica *era* una relación de confianza, fundamentada en el compromiso ético de volver sano al enfermo a través del *cuidado*.

En el primer capítulo, titulado "convulsiones y desafíos", el autor desgana un poco más las causas que, según él, han socavado la relación de confianza: un entorno económico que ha convertido al médico en un empresario, que tiene que hacer de los costes un factor relevante a la hora de cuidar a los enfermos; una pragmática en la toma de decisiones médicas que absolutiza la lógica científica en detrimento de la dimensión biográfica y emocional del "estar enfermo"; y una base moral de la estructura ética de la medicina en torno a un valor abstracto, la autonomía.

En realidad explicita las mismas razones que, desde hace medio siglo, han planteado numerosos autores como las causas del profundo cambio acaecido en la relación clínica: el incremento exponencial de la tecnología médica, la irrupción de la autonomía y la institucionalización de la atención sanitaria, ya sea en sistemas sanitarios privados o públicos.



Pero el autor es norteamericano, por lo que la experiencia vertida en este texto responde a un determinado contexto cultural y económico que condiciona y caracteriza tanto la relación clínica como los problemas que genera. En España, donde el sistema sanitario es básicamente público y de acceso universal, no se experimenta la gran escisión que pueden vivir los profesionales en otros países, causada por la doble agencia, que divide su lealtad entre la "empresa sanitaria" y el paciente, y que les hace perder el papel fiduciario, de valedor del paciente y de su salud.

Tampoco es nuestra tradición cultural sensible al valor de la autonomía, por lo que la su primacía respecto de otros valores no es lo que constituye nuestro mayor problema moral, sino tal vez la dificultad contraria, la de entender que la mejor protección y desarrollo de la autonomía pasa por potenciar conductas responsables, dejando a un lado paternalismos protectores.

Salvando estas diferencias, que pueden hacer extrañas al lector español algunas interpelaciones del texto, lo cierto es que la reflexión de Tauber, su potencia descriptiva al intercalar la narración como método, y la fuerza de su relato, transmite un nítido mensaje: el encuentro médico es una actividad moral, y es obligado pensar lo que eso significa, sean cuales sean los cambios de la relación, de las instituciones en las que se presta la asistencia sanitaria, o de los valores sociales que influyan sobre ella en cada época histórica.

2. Tecnología, medicina y deshumanización

Siguiendo a nuestro autor, el médico científico, el que toma decisiones siguiendo la lógica de la medicina basada en pruebas, es víctima de la escisión sujeto -científico- objeto -paciente-, por la que ha pagado el alto coste de la pérdida del lado humano de la Medicina. *"Una medicina construida sobre sus propias premisas, el cuidado de los enfermos, quedó subsumida en una medicina basada en la ciencia"*.

Sin negar esta apreciación, creo que añadir alguna puntualización puede ubicar mejor el papel de la tecnificación de la Medicina, además de evitar una peligrosa dicotomía que parece surgir de la lectura de este libro: la tradición médica ha sido muy humanista, sobre todo cuando no existía un gran fundamento científico de la Medicina, mientras que en la actualidad vivimos en el paradigma opuesto, una Medicina con gran fundamento científico y técnico acompañado de una ausencia de humanidad.

La primera puntualización hace referencia a lo que la base científica y la forma de tomar decisiones clínicas ha otorgado a la medicina actual, a saber, mayor certeza en la eficacia de nuestras intervenciones. En el *paradigma médico antiguo* los problemas clínicos se resolvían mediante la propia experiencia clínica, la de los colegas más experimentados, y el análisis de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la enfermedad diagnosticada. Es un paradigma que confiere gran valor a la autoridad clínica. Por el contrario, el *paradigma moderno* previene contra las decisiones basadas sólo en la propia experiencia, o en la extrapolación de la investigación básica. Se pretende que las decisiones sobre el diagnóstico, pronóstico y terapéutica estén basadas en evidencias numéricas sólidas, procedentes de la mejor investigación clínico epidemiológica posible¹.

La Medicina basada en pruebas o "evidencias" (MBE) establece un modelo que aúna la experiencia del clínico con la evidencia disponible sobre cada problema, y procede a su interpretación para tomar una decisión sobre el paciente, gestionar la incertidumbre diagnóstica y terapéutica, y disminuirla en lo posible mediante algoritmos que guían la toma de decisiones. Lo más importante es que esta forma de tomar decisiones también forma parte, a mi manera de ver, de lo que Tauber denomina "estructura ética de la Medicina".

Dicho de otro modo, la estructura ética de la Medicina no sólo depende de la forma de relación humana subyacente, como se desprende de la lectura de esta obra. Para un clínico la primera forma de *evitar el daño* al paciente consiste en saber identificar la alternativa diagnóstica y terapéutica que sea eficaz, que produzca el menor número de efectos secundarios y que posibilite una relación adecuada entre riesgos y beneficios. Todo esto forma parte del enunciado moral básico de la Medicina, *Primum non nocere*, ya presente en los textos hipocráticos, y que los latinos tradujeron por "favorecer o al menos no perjudicar". Un enunciado moral que va afinándose a lo largo de la Historia de la Medicina de forma paralela a la construcción de su base científica.

Es así que ya Galeno de Pérgamo previene sobre la tensión que existe entre la teoría y la praxis clínica, tema que retoma Celso en sus escritos (*De re medica*) cuando advierte que cada decisión clínica tiene que contextualizarse para no lesionar la seguridad vital del paciente. En la Edad Moderna, desde Sydenham hasta Morgagni, se construye la idea de "especie morbosa", y con ella se incrementa la precisión diagnóstica, elemento clave para la buena praxis clínica. La introducción en el siglo XIX de la estadística en Medicina, permite realizar y comprobar hipótesis -pruebas objetivas cuantificables-, así como validar la eficacia de la práctica clínica a través de la investigación correctamente diseñada.

En resumen, un buen fundamento científico es la primera exigencia ética de la Medicina, pues evita dañar a los pacientes. Y si bien es cierto que "la ciencia médica" puede hacernos olvidar lo más importante, que detrás está la persona, también lo es que durante siglos se ha hecho daño a los pacientes aplicando tratamientos de eficacia desconocida.

La segunda puntualización se refiere a la tecnología, que si bien tampoco es el objeto primordial de este libro, sí aparece en varios capítulos como uno de los elementos que, a juicio del autor, ha deshumanizado más la Medicina. En el capítulo 5 -Hacia una nueva ética médica-, afirma Tauber que *"la tecnología está al servicio de las necesidades humanas, o así debería ser al menos [...]".* *La tecnología no es moral o inmoral en sí misma; solo la gente lo es".* [...]. *El desafío filosófico esencial de la medicina moderna es cómo conseguir que vaya más allá de la ciencia y la tecnología en su preocupación por la humanidad".* Estas afirmaciones dejan en el aire muchas preguntas. ¿Es cierto que la técnica va en contra de la humanización?. ¿Cómo se consigue que la tecnología esté al servicio de las personas y de sus necesidades?. ¿Tiene esto una traducción en el lenguaje de la Filosofía Moral?.

En la actualidad hay un creciente entrelazamiento de la ciencia y la técnica. La ciencia es tecnológica. De la misma manera que la ciencia crea nuevos seres técnicos, la técnica crea nuevas líneas de objetos científicos y, al menos aparentemente, la frontera entre ciencia y tecnología se difumina cada vez más. Lo que se puede saber está ligado a lo que se puede hacer². La técnica envuelve a la ciencia contemporánea y constituye una mediación esencial de la relación científica con lo real. Se ha convertido en algo más que una mera producción de artefactos; ahora transforma la realidad. Por esa razón expresa la unidad intrínseca entre el saber y el hacer³.

En nuestra cultura la técnica se ha convertido en principio de moralidad, pues se entiende que todo lo técnicamente correcto habrá de ser éticamente bueno. Este es el fundamento de la denominada "tecnocracia", la idea de que en el fondo todos los problemas éticos no son sino problemas técnicos, y que una vez resueltos éstos ya no habrá de qué preocuparse⁴. Seguramente esta es una de las razones -que no la única- que ha impedido durante mucho tiempo la introducción de cualquier otro tipo de valores en el uso de la técnica.

Por tanto, la cultura científico técnica ha generado una nueva mentalidad, una única perspectiva racional e instrumental desde la que analizar toda la vida⁵. La técnica ha llegado a convertirse en un fin en sí misma, y por ello se utiliza siguiendo el paradigma del "imperativo tec-

nológico”⁶, cuando en realidad no es sino un medio para la consecución de unos fines que requieren ser pensados y definidos por los que hacen uso de esa misma técnica.

No es la técnica la que deshumaniza la Medicina, sino su uso como un simple medio. En el ámbito de la Filosofía Moral significa que hay que pasar de la comprensión de la técnica desde la *racionalidad instrumental o estratégica* -la que se limita a resolver los conflictos que plantean el uso de los *medios* técnicos- a su comprensión desde la racionalidad valorativa, que plantea la técnica como un medio para la obtención de unos *fines*.

No existen unos fines u objetivos implícitos en la actividad tecnológica, que solo pueden ser definidos por quienes hacen uso de la técnica. El problema es que en el campo de la ética clínica se ha reflexionado muy poco sobre los fines. Los problemas de los profesionales de la salud han estado dirigidos, simplemente, a resolver los conflictos que les plantea la utilización de nuevos medios, y no a discutir sobre cuáles son los objetivos que se persiguen con su uso. El desafío filosófico de la Medicina no sería tanto ir más allá de la ciencia y la tecnología, sino reubicar la forma en que se utiliza, sin perder de vista nuestro horizonte, los fines de la Medicina.

3. El rumbo de la autonomía: del contrato a la nueva alianza

Tomo prestado el título de un libro de Adela Cortina -Alianza y Contrato-, pues sus metáforas sobre el contrato y la alianza servirán para ilustrar el significado de la autonomía en la relación clínica⁷.

Tauber nos dice que *la base moral de la estructura de la Medicina no es el principio de autonomía, que es un valor abstracto, sino más bien en el "principio de permisión", en el que la moralidad se vuelve relacional, un contrato entre individuos que consienten en buscar el bien común*. En esta construcción -continúa el autor- el énfasis está en la relación, y la autonomía de los individuos queda subordinada. Esto no supone sacrificar la autonomía, sino tratarla como otro factor más en las relaciones entre ciudadanos.

Tan nuclear es este tema para él que vertebra a su alrededor toda la reflexión sobre lo que debe ser la ética médica. “Necesitamos ética y sólo tenemos autonomía”. De aquí que tres capítulos del libro transiten desde la aparición del concepto de autonomía, hasta lo que denomina su caída, para llegar a una propuesta alternativa. Afirma el autor que el concepto liberal de los derechos civiles lleva a la protección de este

valor, pero que la primacía de lo individual no es lo mejor en el caso de la enfermedad, a lo que se suma que el poder de individuación, la autonomía del yo, queda seriamente dañada en el enfermo.

En definitiva nos plantea la invalidez del concepto de autonomía liberal en el ámbito de la relación clínica, que propone modificar hacia otro tipo de relación en la que prime la confianza, de forma que el paciente entregue una porción significativa de autonomía. El problema es que, aunque Tauber repite en varias ocasiones que no propone una vuelta al antiguo paternalismo, no queda claro en su propuesta que la consecuencia del tipo de ética relacional que propugna - "*una ecuación simple entre un yo y el otro, categoricamente asimétrica*" - no conduzca a un nuevo paternalismo, mucho más sutil que el antiguo, pero paternalismo al fin y al cabo.

Lo que Tauber critica es el "autonomismo", que concibe la decisión clínica como una decisión puramente individual, adoptada por el paciente sin que nadie más intervenga en la misma, y donde la estructura de la relación vuelve a ser jerárquica, siendo ahora el paciente, y no el médico, quien ostenta la superioridad. En realidad la fisonomía lingüística del modelo autonomista es la misma que la del paternalismo, un monólogo, si bien aquí se otorga primacía al principio de autonomía, y además desaparece la confianza presente en el modelo paternalista. El individuo plenamente autónomo no necesita confiar en los demás; es autosuficiente, en este caso para la toma de decisiones⁸.

Sin duda hay que recuperar la confianza, pero quizás no tanto "*entregando porciones significativas de autonomía*", lo que puede incurrir en el peligro de una pendiente resbaladiza que conduzca a la infantilización del paciente, que es el nuevo rostro del paternalismo. La confianza debe obtenerse haciendo real un modelo de relación intersubjetiva, de responsabilidades compartidas. Un modelo también de decisiones compartidas, en el que el paciente goza de un espacio de autodeterminación necesario pero insuficiente para la toma de decisiones, pues requiere la ayuda del profesional sanitario para alcanzar la mejor decisión. Una situación de interdependencia, donde hay equilibrio entre el profesional y el paciente, por lo que la fisonomía lingüística deja de ser monólogo y se convierte en un diálogo.

Aquí es donde se recupera la influencia de la confianza, pero no con un carácter absoluto y global como parece anhelar Tauber, sino una confianza que reside en elementos materiales o de contenido: la calidad del tratamiento sanitario, la razonabilidad de las propuestas del profesional y la consideración del paciente como interlocutor libre e igual en tanto que interlocutor. Confianza sí, pero entendida como un elemento

que no se regala de forma genérica, como en el modelo paternalista, y que no desaparece como en el modelo autonomista, sino como un elemento que hay que garantizar, pero también que hay que lograr en el proceso de la relación.

Volviendo a las metáforas que dan título al libro antes mencionado, se llega al autonomismo cuando la relación es contractual, al estilo hobbesiano. Sin duda no es este el tipo de relación humana que responde a las exigencias morales de la Medicina. Es necesario retornar a una versión diferente de los vínculos humanos, la versión de la alianza, que es la del reconocimiento mutuo entre quienes toman conciencia de su identidad humana, lo que genera obligaciones y responsabilidades respecto de ese otro yo. Relaciones recíprocas y respetuosas, y por ello horizontales en su reconocimiento y en su capacidad de tomar decisiones conjuntas.

4. La nueva ética médica y su enseñanza

Diagnosticados los problemas deshumanizadores de la técnica y la caída de la autonomía liberal, procede el autor a explicitar su propuesta acerca de lo que debe ser una nueva ética médica. Dicha propuesta se ancla en varias afirmaciones. La primera, que la actividad moral de la Medicina es la de cuidar. La segunda, que todos los profesionales deben convertirse en especialistas en ética, en contra de lo que ocurre, dado que la ética médica -continúa el autor- se ha convertido en una especialidad de expertos. La tercera, que no se puede enseñar la "sensibilidad moral" que el profesional necesita para realizar adecuadamente su labor.

Creo que con esta propuesta Tauber se mueve más en el campo de la Ética médica tradicional que en lo que hoy denominamos Bioética. Afirma que *"la Medicina no debe pegar la ética a su práctica o a su ciencia, sino que debe reconocer que la ética domina toda su actividad. [...]. Desgraciadamente los especialistas en ética no suelen opinar lo mismo. Por ejemplo, en "Ethical Decisions in Medicine" Howard Brody dice que la ética médica no es una rama de la medicina, sino de la ética."* Aquí es donde se ve que nuestro autor utiliza el concepto de ética a la manera tradicional de la Medicina, mientras que Brody está aludiendo a otro estatuto de la ética clínica, que es similar al de toda ética aplicada, pues requiere tanto conocimientos sobre el área en la que se aplica, como el aprendizaje del procedimiento argumentativo que permita el análisis de los conflictos de valor⁹.

Más adelante repite el autor que hay dos clases de Ética Médica, la ética aplicada o jurisprudencia y la filosofía moral fundante de la actividad

medica, que es básicamente relacional. Lo que Tauber denomina "jurisprudencia aplicada" parece corresponder a lo que en nuestro entorno denominamos Bioética clínica, ya que atiende a los conflictos de valor derivados de la relación clínica tanto en el origen como en el final de la vida, en el ámbito de la investigación clínica y en el de la formación. Y esto, como lo señala repetidas veces, no es para él lo fundamental, pues -continúa el autor- los cursos de Ética se han convertido en cursos de Derecho Sanitario.

Más allá de que también en nuestro ámbito cultural corremos el riesgo confundir Ética con Derecho, Bioética con Biojurídica, no comparto la propuesta de Tauber. Intentaré señalar que la Ética tradicional y la Bioética moderna no son totalmente superponibles, y que al profesional le es tan necesaria la segunda como afirma Tauber que es la primera.

La Bioética tiene su origen en la cultura norteamericana, en la que el principio de "libertad moral" rige la vida política desde el siglo XVIII, y se aplica tanto en el orden religioso (principio de libertad religiosa) como en el político (principio de democracia). El punto de partida es que todo ser humano es un agente moral autónomo, y que por ello debe ser respetado por todos los que mantengan posiciones morales distintas. Ninguna moral puede imponerse a las personas en contra de su conciencia. De aquí que la ética civil y social no se pueda construir sólo por un grupo determinado, sino que debe ser el resultado del consenso deliberativo logrado por todos los ciudadanos, por todos los agentes morales, mediante las reglas propias del sistema democrático.

Aplicar todos estos supuestos a la relación clínica y respetar en ella los derechos humanos de primera y segunda generación es, precisamente, lo que genera la aparición de la Bioética. Esto es mucho más que una mera "jurisprudencia aplicada". La Bioética no es Deontología profesional ni Ética Médica tradicional, sino Ética cívica, y como tal presupone la introducción en la Medicina de los valores democráticos que fundamentan la vida civil de nuestras sociedades. Conocerlos, saber cuáles son las herramientas que permiten su aplicación a la relación clínica, contextualizarlos y saber incorporar el mundo de la axiología, de los valores, a la toma de decisiones clínicas, es lo que deben aprender los profesionales. Y esta es una clara propuesta de "humanización" de la Medicina¹⁰.

Efectivamente, si hablamos de profesionales "virtuosos", sensibles a lo que Tauber denomina el encuentro relacional, no hay enseñanza posible, salvo la imitación de comportamientos similares en otros profesionales. Quizás ese era el camino a seguir en el paradigma antiguo de la Medicina, mientras que hoy la vía es otra. Es el profesional "capaci-

tado”, con conocimientos teóricos y habilidades prácticas en la identificación y manejo de los conflictos de valores, el que conseguirá actitudes de profesional virtuoso¹¹.

Tomemos el mismo ejemplo que pone el autor respecto a la formación. “*El mero conocimiento de un tema, por ejemplo, el consentimiento informado, no es suficiente para llevarlo a la práctica con el paciente*”. Así es, pero tampoco está garantizado que la ética relacional sea suficiente para llevar a cabo de forma correcta un proceso comunicativo tan complejo como lo es el proceso de consentimiento informado¹².

En cambio, si un profesional tiene *conocimientos teóricos* - sabe en qué consiste el proceso; sabe cuál es su historia y por qué se ha incorporado recientemente a la relación clínica; conoce el modelo de relación clínica que debe utilizar, y conoce sus elementos: información, capacidad, voluntariedad y toma conjunta de decisión, etc- , y ha sido entrenado en las *habilidades prácticas* para llevarlo a cabo - manejo de una entrevista clínica bien estructurada, habilidades en comunicación verbal, utilización de formularios bien diseñados como soporte y ayuda de la información suministrada, evaluación de la capacidad de hecho del paciente, etc-, es mucho más probable que genere una *actitud* de respeto hacia el paciente, y con ella de comprensión biográfica y no solo técnica de la enfermedad¹³. Y si a esto se le añade la utilización de instrumentos pedagógicos como el uso de la narrativa, o el aprendizaje de la capacidad de deliberar, lo más probable es que este profesional pueda enfrentarse a la relación clínica sin caer en el reduccionismo científico que denuncia Tauber.

5. A modo de conclusión, inconclusa

Más allá de las coincidencias o discrepancias entre el autor y los lectores; más allá de nuestros argumentos y contraargumentos, de la cercanía o lejanía del contexto sociocultural, de la identificación, o no, con las experiencias narradas en este libro, su lectura es interesante. Y además, fácil al lector español gracias a la cuidada traducción realizada por Antonio Casado.

En épocas como la nuestra, de tecnología rápida y conexiones globales, alguien nos recuerda que explorar lo vivido, recordar la experiencia, cargar con nuestra historia personal, lenta, profunda y concienzudamente, es un valor en alza que ninguna crisis económica puede devaluar.

Bibliografía

- Gracia, D. Por una asistencia médica más humana. En: Gracia, D (ed). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela, 2004; p.93-104.
- Couceiro, A. La búsqueda de la certeza: un problema epistemológico con repercusiones éticas. *JANO* 2007;1665:60-62.
- Couceiro, A. Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educ Med* 2008; 11(2):69-76.
- Couceiro A, Muñoz M. El perfil de la enseñanza de la Bioética: ¿Médico virtuoso o médico capacitado?. *Rev Educ Cienc de la Salud* 2008; 5(2):82-91.
- Couceiro, A. Cinco mitos sobre la enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina. *Rev Educ Cienc de la Salud* 2009;6(2):68-74.
- Seoane, JA. El significado de la ley básica de autonomía del paciente en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación. *Derecho y Salud* 2004;12(1):41-60.
- Zubiri X. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza, 1986, p.323-341.
- Gracia D. Ciencia y ética. En: Gracia D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Búho, 1998; p.59-76.
- Conill J. *El enigma del animal fantástico*. Madrid: Tecnos, 1991.
- Hottois, G. *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona Antrophos 1991.
- Echeverría J. *Ciencia y valores*. Destino: Barcelona: Destino, 2002
- Cortina A. *Alianza y Contrato*. Madrid: Trotta, 2001.
- Cortina, A. Ética aplicada. En: Cortina A, Martínez E. *Ética*. Madrid: Akal, 1996; p.151-184.

Notas

1. Couceiro, A. La búsqueda de la certeza: un problema epistemológico con repercusiones éticas. *JANO* 2007;1665:60-62.
2. Conill J. *El enigma del animal fantástico*. Madrid: Tecnos, 1991
3. Zubiri X. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza, 1986, p.323-341.
4. Gracia D. Ciencia y Ética. En: Gracia D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Búho, 1998; p.59-76.
5. Echeverría J. *Ciencia y valores*. Destino: Barcelona: Destino, 2002
6. Hottois, G. *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona Antrophos 1991.

7. Cortina A. Alianza y Contrato. Madrid: Trotta , 2001.
8. Seoane, JA. El significado de la ley básica de autonomía del paciente en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación. *Derecho y Salud* 2004;12(1):41-60.
9. Cortina, A. Etica aplicada. En: Cortina A, Martinez E. *Etica*. Madrid: Akal, 1996; p.151-184.
10. Gracia, D. Por una asistencia médica más humana. En: Gracia,D (ed). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela, 2004; p.93-104.
11. Couceiro A, Muñoz M. El perfil de la enseñanza de la Bioética: ¿Médico virtuoso o médico capacitado?. *Rev Educ Cienc de la Salud* 2008; 5(2):82-91.
12. Couceiro, A. Cinco mitos sobre la enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina. *Rev Educ Cienc de la Salud* 2009;6(2):68-74.
13. Couceiro, A. Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias". *Educ Med* 2008; 11(2):69-76.