

Modelos de relación médico-paciente*

MARIO CAPONNETTO

I. Introducción:

La relación médico-paciente es un tema tan antiguo como la misma medicina. Sin embargo, el lugar que ha ocupado en la consideración de médicos y profanos ha sido variable a lo largo de la historia. En nuestro tiempo ha adquirido una renovada importancia y constituye un tópico de gran interés.

Este redescubrimiento o revalorización de la relación médico-enfermo (que se traduce en una extensísima bibliografía, de hecho inagotable) ha sido posible gracias a la conjunción de dos factores que caracterizan a la medicina contemporánea. El primero de ellos es la aparición -a partir de las décadas iniciales del siglo XX- de la llamada “medicina antropológica”, “antropología médica” o “modelo médico antropológico”, expresiones todas que designan a un vasto y rico movimiento de ideas médico-filosóficas (surgido originariamente en la psiquiatría pero pronto extendido a todo el ámbito médico) que encarna, de una u otra forma, el intento de superación de una medicina positivista, organicista, meramente biológica, mecanicista, etc., a la que se acusa, a menudo, de una radical y profunda deshumanización. En esta perspectiva, la relación médico-paciente es vista como un elemento central de la actividad médica y, en esencia, como un medio terapéutico de primer orden: en efecto, del modo en que el médico sea capaz de vincularse con su enfermo depende, en gran medida, el curso de la misma enfermedad y de su tratamiento. Estamos aquí, pues, en presencia de una perspectiva específicamente terapéutica de la relación médico-enfermo.

El segundo factor es la eclosión de la llamada *bioética* en la medicina de nuestros días. En esta novedosa disciplina (en realidad, la más antigua de las “especialidades” médicas) la relación médico-enfermo ocupa un puesto central. En efecto, si por bioética médica entendemos, en líneas muy generales, la necesidad de establecer una cierta *normatividad* de las acciones médicas, ¿cómo puede escapar a esa normatividad la acción médica por excelencia, aquella que da origen a todas las demás, esto es, el acto en el que médico y enfermo se encuentran? En esta segunda perspectiva, la relación médico-enfermo no es vista tanto como un recurso terapéutico de específica influencia en el curso de un tratamiento médico sino, más bien, como una *entera concepción* del modo en que la medicina ha de ser ejercida; y no sólo en el nivel de las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente sino, además -y a veces, sobre todo- en el terreno social, médico institucional, político y cultural.

* *Simposio Rioplatense de Bioética*. SITA. Montevideo, Uruguay, 12 al 15 de mayo de 2003.

Es esta segunda perspectiva la que ahora nos interesa examinar y a la que dedicaremos las reflexiones que siguen.

II. La relación médico-paciente en el debate bioético de nuestro tiempo.

1. En la bioética actual se advierte la existencia de un fuerte debate en torno del tema que nos ocupa. Para entender el sentido y el alcance de este debate se ha de tener presente la situación de la bioética contemporánea. En efecto, hasta el momento, ella es más un campo de conflicto de opiniones que un auténtico *corpus* científico. Para decirlo con honestidad, creemos que la bioética actual no ha superado el estado infantil de una mera *doxa* y se encuentra muy lejos aún de la madurez de una *episteme*. Y esta situación -que ya se prolonga demasiado- se debe, a nuestro modesto juicio, al hecho histórico de que la bioética ve la luz en la precisa hora en que la ética, tensionada entre un apriorismo racionalista y un empirismo ceñido a una mera fenomenología sociomoral avalorativa, se halla en literal estado de disoluciónⁱ. Resultaba inevitable que la crisis de la ética contemporánea se prolongara en la bioética.

Esto explica, por tanto, que la relación médico-paciente sea, también, un campo de conflicto y de confusión. Nos parece oportuno, pues, llevar adelante el esfuerzo de un adecuado discernimiento a la serena luz de la enseñanzas del Doctor Angélico.

2. Lo primero que se impone es efectuar un balance, breve por necesidad en el marco de una ponencia, de las principales cuestiones en debate: un *status quaestionis*. Es decir, un repaso de los principales “modelos” de relación médico-paciente hoy en discusión. La selección es, en cierto modo arbitraria, pero estimamos que es representativa de las ideas en debate.

Comenzaremos analizando tres tipos de modelos, considerados clásicos: el de Szasz y Hollender, Viktor von Gebstall, y Tatossianⁱⁱ. Estos autores han construido dichos modelos sobre la base de firmes criterios clínicos, esto es, atendiendo a la diversidad de objetivos, de situaciones, de actitudes, de expectativas, de interacciones, de momentos y de grados sucesivos por los que atraviesa habitualmente la relación de un médico con su paciente, según sea éste crónico o agudo, autovalente o incapacitado y conforme al momento evolutivo de la enfermedad en que se encuentre. Estos tres modelos no resultan, por ende, incompatibles entre sí y bien pueden considerarse como complementarios.

a) *Tipos de relación médico-enfermo según el grado de participación.*-De acuerdo con Szasz y Hollender, se puede establecer una triple modalidad de relación médico-enfermo atendiendo al grado de participación recíproca. (ver Tabla 1). En un primer nivel el médico es activo en tanto el paciente es pasivo; en un segundo nivel corresponde al médico un papel directivo y al

enfermo el de cooperación; en un tercer nivel, por último, hay una mutua y recíproca participación entre ambos. A cada uno de estos niveles corresponde un “prototipo” de relación humana: “madre-lactante”, al primero; “padre –niño”, al segundo; “adulto-adulto”, al tercero.

**TIPOS DE RELACION MEDICO-ENFERMO
SEGUN EL GRADO DE PARTICIPACION**

(Szasz y Hollender)

NIVEL	MEDICO	PACIENTE	RELACION- PROTOTIPO
1	Actividad	Pasividad	Madre-lactante
2	Dirección	Cooperación	Padre-niño
3	Participación mutua	y recíproca	Adulto-adulto

TABLA 1

b) *Tipos de relación médico-enfermo según el grado de personalización.* El eminente psiquiatra y humanista Viktor von Gebsattel toma como eje de su tipología el grado de *progresiva personalización* que se va dando en el marco del encuentro del médico con el enfermo (ver Tabla 2). Se distingue, así, un primer grado “elemental-simpatético”, o “grado inmediato de la relación”, en el que el médico es llamado por la necesidad del enfermo; un segundo grado, caracterizado como “diagnóstico-terapéutico” que constituye “el grado de enajenamiento de la relación”; por último, un tercer grado que superando a los dos anteriores es el grado específicamente personal del encuentro. En cada uno de estos grados, médico y hombre enfermo se encuentran de manera diferente y en cada uno de ellos el médico actúa según un diverso sentido: primero, como persona que participa de una necesidad de otro, luego como realizador técnico y, al final, como compañero personal del paciente, “prójimo de un prójimo”.

c) *Tipos de relación médico-enfermo según el objetivo de la relación.*- Tatossian, a su vez, ha propuesto dos tipos de relación médico-paciente teniendo en cuenta si dicha relación es directamente interpersonal o, por el contrario, se halla limitada a un determinado órgano enfermo que ha de ser tratado (ver Tabla 3). En el primer caso, la enfermedad es considerada como una parte del todo personal que es el enfermo abarcándolo en su integridad somática, afectiva y espiritual. Es la medicina “de dos personas. Es, sobre

**TIPOS DE RELACION MEDICO-ENFERMO
SEGUN EL GRADO DE PERSONALIZACION**

(Viktor von Gebattel)

FASE	PACIENTE	MEDICO
1. De llamada	"le necesito como experto"	"Es un hombre que sufre..."
2. De objetivación	"El debe saber..."	"Es un caso..."
3. De personalización	"El me comprende"	"Es mi enfermo"

TABLA II

todo la relación que se da en psiquiatría y en psicoterapia. En el segundo modelo, el técnico, la relación queda centrada en un órgano afectado. Esta relación es más de naturaleza operativa y funcional, con un objetivo más bien "reparador" de la lesión orgánica. Este modelo es muy corriente en la práctica médica general y siempre está expuesto a reducir la relación tanto en el sentido específicamente clínico (el enfermo se limita al órgano) cuanto en un sentido ético-antropológico que lleva a excluir de la visión del médico la realidad personal del paciente que es el sujeto de la enfermedad.

**TIPOS DE RELACION MEDICO-ENFERMO
SEGUN EL OBJETIVO DE LA RELACION**

(Tatossian)



RELACION TECNICA DE SERVICIO

TABLA 3

En una línea similar a la de estos modelos puede mencionarse, también, el modelo propuesto por Pedro Laín Entralgo, en su clásica obra *La relación médico-enfermo*. Allí, el gran médico y humanista español, enraizado en la gran tradición griega y cristiana, tras ubicar la relación médico-paciente en el contexto de las relaciones humanas, pasa a caracterizarla como una “relación cuasi diádica”, intermedia entre la amistad y el amor (*filía iatriké*) y distingue en ella cuatro momentos: *afectivo, cognocistivo, operativo y ético-religioso*. Por su parte, Karl Jaspers menciona las etapas vinculantes de la acción médica desde las más exteriores, impersonales e inmediatas hasta aquella que consuma el vínculo, la etapa de “la comunión existencial” de médico y enfermo.

3. Los modelos de relación médico-paciente que acabamos de exponer representan -con sus variantes- lo más significativo de lo que podemos llamar la “tradición hipocrática” (tradición cuyo sentido y matices expondremos más adelante). De alguna manera, todos estos modelos dan por sentado que la relación médico-enfermo, si bien es una relación básicamente interpersonal, es no obstante muy específica lo que introduce en ella ciertos caracteres propios como la asimetría funcional (a favor del médico) y la obvia presencia del elemento técnico que ha de ser siempre conjugada con la realidad del sujeto sobre el cual opera la técnica. Hay, pues, en todos ellos, una suerte de fondo común que, en mayor o menor medida, ha estado siempre presente en la historia de la medicina “clásica” o “canónica”.

Pero ocurre que algunas corrientes, de hecho dominantes en la bioética contemporánea, vienen a proponer -explícita o implícitamente- una *ruptura* con ese fondo común que acabamos de mencionar. Y en este punto debemos consignar dos fenómenos, ambos típicamente modernos, que -a nuestro modo de ver- dan razón de esta ruptura. Nos referimos, de una parte, a la *tecnociencia* y, de otra, al dominio creciente de una *mentalidad secularista e inmanentista adscripta a formulaciones éticas de cuño racionalista (kantiano o neo-kantiano) con su robusta afirmación de una voluntad humana absolutamente autónoma*.

Del fenómeno de la tecnociencia no vamos a ocuparnos, ahora. Baste decir que, en tanto significa una absorción total del conocimiento por parte de la técnica (concebida en términos de puro poderío operativo) y una reducción de toda racionalidad a la *ratio tecnica*, cualquier perspectiva moral queda, de hecho, excluida de su horizonte. Proyectada al campo médico, no cabe esperar de la tecnociencia más que un abusivo y creciente ejercicio del poder operativo de la tecnomedicina sobre el hombre constituyendo -si se nos permite el neologismo- una genuina *iatrocracia*.

Pero es necesario detenerse a analizar el segundo de los fenómenos mencionados: el inmanentismo ético. Tópico central y recurrente de esta mentalidad ética es la recusación de un supuesto modelo de relación

médico-enfermo, al que se identifica como *paternalismo médico*, y que es atribuido, sin demasiados matices, a la medicina “tradicional”. Tal paternalismo es un resabio del pasado que debe ser definitivamente superado.

A este modelo paternalista, identificado, a veces, con la benevolencia o benevolencia, otras con el utilitarismo y considerado, en general, como un modelo activo-pasivo que deja a un lado la participación del enfermo y otorga el protagonismo exclusivo al médico, se suele oponer los llamados modelos contractuales o asociativos-participativos.

Una nota editorial del *British Medical Journal*, publicada en septiembre de 1999, bajo el título de *Paternalism or partnership?*, ilustra acerca de esta tendencia, firmemente afianzada en amplios círculos de la bioética contemporánea, a rechazar el paternalismo y a sustituirlo por un tipo de relación llamada contractual o de asociación. Veamos algunos pasajes de esta editorial:

“Los pacientes se han vuelto adultos y no hay retorno. El paternalismo es endémico en el Sistema Nacional de Salud. Puede ser benévolo y bien intencionado, pero tiene el defecto de crear y de mantener una dependencia malsana que no va acorde con otras tendencias presentes en la sociedad. La suposición de que el médico (o la enfermera) son quienes más saben al tomar decisiones en nombre de los pacientes sin su participación; y el sentirse amenazados cuando los pacientes tienen acceso a las fuentes alternativas de la información médica: estas muestras de paternalismo no deben tener ningún lugar en el cuidado médico moderno”ⁱⁱⁱ.

Luego de enfatizar la importancia de promover una efectiva asociación entre los médicos y los pacientes y entre los encargados de formular las políticas de salud y las comunidades, continúa:

“Los socios trabajan juntos para alcanzar metas comunes. Su relación se basa en el mutuo respeto de las habilidades y las capacidades de cada uno y en el reconocimiento de las ventajas de combinar estos recursos para alcanzar resultados beneficiosos. Las sociedades exitosas son no-jerárquicas y los socios comparten la toma y la responsabilidad de la decisión. La clave para establecer acertadas asociaciones médico-paciente es, por lo tanto, reconocer que los pacientes también son expertos. El doctor está, o debe estar, bien informado sobre las técnicas de diagnóstico, las causas de la enfermedad, pronóstico, las opciones del tratamiento, y las estrategias preventivas; pero solamente el paciente conoce su experiencia de la enfermedad, las circunstancias sociales, los hábitos y conductas, las actitudes de riesgo, los valores, y las preferencias. Ambos tipos de conocimiento son necesarios para manejar la enfermedad con éxito, así que ambas partes se deben preparar para compartir la información y para tomar decisiones en común. La preocupación por igualar las relaciones entre los profesionales de la salud y el público lego está tomando gran impulso [...] El nuevo énfasis está en la información compartida, la

evaluación compartida, la toma de decisión compartida, y las responsabilidades compartidas”^{iv}.

Como puede verse, en este modelo asociativo-participativo incluso la preeminencia funcional del médico resulta anulada a favor de una absoluta igualdad “funcional” de los dos términos de la relación.

Hay una cuestión de fondo en todas estas propuestas contractualistas que consiste, a nuestro juicio, en la supremacía del llamado “principio de autonomía” que, en el contexto de la denominada “bioética de los principios” -formulada por Beauchamp y Childress en 1979, en su obra *Principles of Biomedical Ethics*- entra en colisión con el “principio de beneficencia”.

Ocurre que los cuatro principios (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) propuestos, en su momento, por los autores mencionados en un intento por “consensuar” las distintas versiones de la bioética, no tuvieron el éxito buscado. Pronto se manifestaron no sólo inconducentes en el plano teórico (en rigor no se trata de verdaderos principios científicos sino apenas de unos postulados prácticos) pero también en el plano operativo. Porque, aún en el supuesto caso de ser aceptados universalmente, permanece en pie el orden de prevalencia de uno sobre otro. Es evidente que en una concepción más proclive a los modelos “clásicos” y “canónicos” de la medicina, el principio de beneficencia es colocado por sobre los otros. En cambio, en el contexto del rígido individualismo anglosajón, el lugar principal se lo lleva la autonomía. He aquí la colisión de “principios” de la que hablábamos.

En resumen, pues, se tiende a distinguir dos modelos básicos de relación médico-paciente: el paternalista y el contractualista (ver Tabla 4). Como puede observarse, el llamado modelo paternalista privilegia el principio de beneficencia; el contractualista, la autonomía. En cuanto a las reglas, mientras el primero antepone el deber respecto de la terapéutica (privilegio terapéutico), el segundo se pliega estrictamente a las obligaciones contractuales.

En esta tabla aparecen registrados, además, otros dos elementos: al modelo paternalista se lo asocia con una ética utilitarista; al modelo contractual, se lo vincula con un paradigma ético deontológico. Esta tabla la hemos tomado de un trabajo, publicado en la red, que lleva por título *Bioética sistemática 2*, del Instituto de Bioética y Humanidades Médicas, la Escuela Latinoamericana de Bioética y la Fundación Mainetti (La Plata, Buenos Aires, Argentina)^v. El autor pasa revista a las distintas teorías éticas entre las que menciona al *utilitarismo* de Bentham y S. Mill según el cual “una acción es moralmente buena cuando produce mayores beneficios que perjuicios y un mejor balance de buenas consecuencias respecto de cualquier otra acción alternativa”; y al *deontologismo* al que se lo identifica

DOS MODELOS DE RELACION

MORAL MEDICO-PACIENTE

PARADIGMA DISCIPLINARIO	MODELOS	
	PATERNALISTA	CONTRACTUALISTA
Teorías: -utilitarista -deontológica	Utilitarista	Deontológica
Principios: -beneficencia -autonomía -justicia	Beneficencia	Autonomía
Reglas: -veracidad -confidencialidad -consentimiento	Deberes prima facie (privilegio terapéutico)	Obligaciones contractuales
Casos Tarasoff	Tarasoff 1	Tarasoff 2

TABLA 4

como una ética del deber de cuño kantiano. Por último, en la línea inferior de la tabla aparece mencionado el célebre “caso Tarasoff” (Corte Suprema de California, 1978). Como se recordará se trata del caso de una joven - Tatiana Tarasoff- asesinada por un psicópata. Los padres de la víctima entablaron una querrela contra el médico psiquiatra que asistía al asesino y a quien éste había confiado sus intenciones respecto de la joven. El psiquiatra, que había intentado, sin éxito, internar al asesino, privilegiando el cumplimiento a ultranza de la regla de la confidencialidad, fundada en el principio de autonomía, no advirtió a la joven ni a sus padres respecto del peligro que ella corría con el resultado conocido. Es bien claro, pues, que -al menos en este caso- la preeminencia de la autonomía sobre la beneficencia se cobró una vida.

El autor nos informa que la decisión del jurado estuvo dividida: un dictamen de mayoría “declaró culpable al psiquiatra de negligencia profesional, alegando que la obligación de proteger a las personas de agresiones violentas sobrepasa la regla deontológica de confidencialidad, y en tales casos se debe advertir directa o indirectamente al individuo involucrado. La opinión minoritaria, por el contrario, defendió la conducta del psiquiatra como protector de los derechos del paciente al no violar el secreto profesional”.

“El caso Tarasoff –concluye el trabajo citado- es fino ejemplo de un dilema ético planteado en los términos del modelo de argumentación moral

que llamamos paradigma disciplinario de la bioética. Se trata, efectivamente, de un dilema, pues se debe elegir entre dos acciones opuestas, aún sabiendo que ninguna de éstas es incontrovertible”.

Para nosotros, en cambio, este caso pone en dramática evidencia la endeblez conceptual de la bioética contemporánea, lejana, pero efectiva consecuencia de haber olvidado -en pos de la autonomía de la “buena voluntad” kantiana- al *bonum* de la antigua y veneranda tradición de la ética eudaimónica.

4. Después de esta somera revisión nuestra primera pregunta es si esta distinción de modelos de relación médico-emfermo resulta válida. Digamos, de entrada, que no coincidimos con este criterio -aún más, lo rechazamos- según el cual la oposición está dada entre los resabios del viejo paternalismo médico -el “pecado histórico de la medicina”- que niega la autonomía del sujeto humano enfermo y la sustituye mediante el ejercicio de una cierta “benvolencia”, y la moderna reivindicación de la autonomía del paciente que irrumpe, así, con ímpetu, en el centro del escenario de la medicina actual.

Esta oposición nos parece bastante simplista y no siempre puede abogar en su favor la verdad histórica. Es, además, dialéctica, y -lo que es aún más grave- resulta sumamente proclive a dejarse contaminar por ciertos esquematismos ideológicos espúreos que ningún lugar tienen en el ámbito de la discusión científica. Por otra parte, ella responde a un criterio típicamente iluminista y, por ende, moderno, que tiende a una permanente ruptura con el pasado en una suerte de progresismo utópico asumido ingenua y acríticamente. Esta actitud, lo sabemos por experiencia, suele ser, con frecuencia, fuente de serios errores y de no pocas dificultades, dentro y fuera de la medicina. De hecho, la pretendida introducción del paciente como un sujeto dotado de pura autonomía no garantiza, contra lo que puede suponerse, una plenitud humana de la relación toda vez que, a menudo y gracias a una mentalidad rígidamente contractualista y juricista, lo que se logra es más bien una efectiva separación entre médicos y enfermos antes que una real unión. Entendemos, además, que la acusación de paternalismo lanzada contra toda relación médico-emfermo que incluya a la benevolencia como uno de sus principales factores, es abusiva. En todo caso, aquellos modelos de relación médico-paciente que, en verdad, ignoran o ignoraron en el pasado la libertad, la autonomía y la dignidad del enfermo responden o respondieron -antes que a una visión benevolente y “paternalista”- a modelos médicos plasmados sobre el molde del positivismo científicista y, en la actualidad, de la tecnociencia más arriba mencionada. En ninguna época histórica, y menos en la presente, el médico ha podido substraerse a la tentación faústica de dominar al hombre o de fabricarlo en las secretas retortas de los laboratorios.

Por eso nos parece que la categorización de los modelos de relación médico-emfermo hoy en juego no pasa por la disyuntiva paternalismo vs

autonomía. En su lugar proponemos otra basada en la consideración de los siguientes elementos, a saber:

- a) La técnica (*elemento cognoscitivo-operativo*).
- b) El bien (*elemento teleológico*).
- c) La situación inter personal (*elemento vinculante*).

Siguiendo estos parámetros nos parece vislumbrar (al menos de modo provisorio) tres grandes modelos de relación médico-enfermo (ver Tabla 5).

LOS TRES MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

MODELO	TECNICA	BIEN	TIPO DE VINCULO
IATROCRATICO	Papel central y prevalente. Dominio exclusivo del médico	Utilitario Eficacia técnica	Activo-pasivo Operador-objeto operado
CONTRACTUAL	Información compartida Asociación de experiencias Consentimiento informado	Subordinado a la autonomía del paciente	Contrato según diversas modalidades: - Prestador -usuario - Asociación Médico: <i>caveo aegrum</i> Paciente: <i>emo medicum</i>
CANONICO HIPOCRATICO	Prevalencia relativa en la etapa diagnóstico-operativa	Bien de la técnica en vista del bien del hombre	Actitud mutuamente afectiva. “Instinto de ayuda” Entega confiada del enfermo

TABLA 5

Un primer modelo es el que llamamos *modelo iatrocrático*: en él prevalece la técnica como valor central y presupuesto esencial; el bien sólo es visto en términos de utilidad y eficacia; la situación inter personal es exclusivamente activo-pasiva (operador-objeto operado).

Un segundo modelo, el *modelo contractual*: la técnica está presente en términos de información compartida y de consentimiento informado; el bien queda sustituido y/o condicionado por la autonomía del paciente que es aquí el elemento privilegiado; el elemento vinculante es el contrato según diversas modalidades (tipo prestador-usuario, libre asociación, etc.). La consigna del médico es: *me cuido del enfermo* (potencial querellante). La del paciente: *compro al médico* (por tanto, exijo garantía y el máximo provecho).

Un tercer modelo, el *modelo médico canónico de tradición hipocrática*: procura, en general, armonizar los tres elementos cada uno de los cuales tiene una prevalencia relativa según el grado, el momento, la circunstancia o el objetivo de la relación. La técnica domina el momento diagnóstico-operativo; el bien, entendido generalmente como algo atinente, por igual, a la técnica y a la persona del enfermo, constituye el fin y la culminación de la relación; el elemento vinculante responde, en general, a una cierta actitud mutuamente afectiva, una suerte de “instinto de ayuda” por parte del médico y de entrega confiada por parte del paciente.

Se trata, desde luego, solamente de tipos o modelos abstractos los que, de hecho, no se dan nunca en la realidad en estado puro sino que se entrecruzan y se imbrican entre sí.

III. Una mirada desde la Tradición médica y filosófica

1.- En nuestro análisis de los diversos modelos de relación médico-paciente, hicimos referencia a una cierta ruptura del llamado modelo contractual (y lo mismo vale para el denominado “modelo iatrocrático”) con lo que hemos designado, genericamente, medicina tradicional o canónica.

La expresión medicina tradicional sugiere la existencia de una *tradición médica* de la que, en mayor o menor medida, nos hemos venido nutriendo hasta ahora. Pero, ¿es pertinente -y, en todo caso, en qué sentido- hablar de una tradición médica? Sí; y ella no es otra que la que se inicia con Hipócrates, el fundador de una medicina que -tal como lo demuestra extensamente Jaeger- ocupó un lugar prominente en la *Paideia* griega a cuya formación contribuyó de manera decisiva. Esta medicina hipocrática, indisolublemente unida, desde el principio y a lo largo de todo su desenvolvimiento posterior, a la filosofía griega, formó parte del acervo cultural del mundo pagano recibido por el cristianismo. Y tal como ocurrió con la totalidad de ese legado, le cupo también a la medicina helénica ser asumida, purificada y plenificada por el Cristianismo. Así fue desarrollándose y creciendo -en su doble fuente nutricia, pagana y cristiana- esto que nosotros entendemos por tradición médica. Es, precisamente, respecto de esta tradición con la que se realiza la ruptura antes mencionada.

Ahora bien, si tenemos en cuenta tal ruptura, entonces se nos impone una mirada a nuestro tema desde esta tradición, pues sólo en ella hallaremos las claves que nos permitan entender nuestras dificultades presentes y esbozar, al menos, algunas respuestas.

¿Cómo fue entendida, en el marco de esta Tradición, la relación médico-paciente? En sus momentos originales, es decir, en la medicina griega, nada nos autoriza, históricamente hablando, ir más allá de aquello que Laín Entralgo llama el “instinto de ayuda” que bulle, a modo de hábito natural, en todo hombre. En la medicina hipocrática, este instinto de ayuda apareció con mayor o menor presencia según ciertos condicionantes

sociales o culturales. En efecto, la sociedad griega conoció la odiosa división de médicos de esclavos y médicos de hombres libres (bastante semejante, por otra parte, con lo que ocurre en nuestras sociedades tan igualitarias). Hubo, sin duda, en aquella cultura helénica, médicos que practicaron su arte por el único móvil del prestigio y del lucro; otros, más bien, movidos por un doble amor a la profesión y a la naturaleza. Pero, no obstante, no puede negarse a la ética hipocrática el mérito central de haber aceptado ese instinto de auxilio y puesto la técnica a su servicio y al del enfermo. Hubo, en cierto modo, una *philothecnia* ordenada a una *philanthropía*.

Para iniciar nuestra reflexión basta, por ahora, que nos apropiemos de este “instinto de ayuda”. Toda ayuda, por cierto, presupone una necesidad que debe ser atendida. Por tanto, la relación médico-enfermo, en su primaria inmediatez, es *el encuentro de una persona (el enfermo) que padece una necesidad relativa a su estado de salud, cuya naturaleza, características, causas, peligros y efectos actuales y futuros ignora, y otra persona, un médico (o alguien que oficie de agente de salud) capaz de brindar una ayuda eficaz pues posee los conocimientos técnicos y científicos para ello*. Hemos establecido, pues, un primer punto de fundamental importancia: la dualidad *necesidad-ayuda* es el presupuesto básico de la relación médico-enfermo.

2. Pero ahora debemos avanzar y preguntarnos ¿en qué tipo de relación humana puede tener cabida esta dualidad necesidad-ayuda? Sin duda en más de uno. Parafraseando a Laín Entralgo^{vi}, existen cuanto menos, cuatro modos de vínculos inter humanos en los que cabe brindar ayuda a una necesidad. Primero, una relación eminentemente técnica en la que el médico es, ante todo, *medicus sapiens*. Segundo, una relación lucrativa: el *médico cupiens*. Tercero, una relación institucional burocrática: el *medicus fungens*. Cuarto, una relación afectiva en la que hallamos al *medicus adiuvens*. Mas en tanto las tres primeras modalidades pertenecen a un mismo tipo de relación que podemos caracterizar como *alienante*, en el sentido de *alienus*, de “ajenidad”, sólo el cuarto modo corresponde a una auténtica relación de “proximidad” y, por lo tanto, resulta el más cumplido y pleno modo de relación humana y, por ende, de relación médico-enfermo. Esta relación, a su vez, entra de lleno en el orden del amor; más específicamente, en el amor que, con Santo Tomás, conocemos como *amor amicitiae*, el amor de amistad.

Hemos tomado, para nuestro análisis, un breve texto de *Summa Theologiae*, I-IIae, q. 26, a. 4. *corpus*: puesto que amar es querer el bien de otro, el movimiento del amor se dirige a dos cosas: o al bien que se quiere para uno mismo o para otro; o a aquello para quien el bien es querido, es decir, el destinatario final del bien deseado. Al bien que se quiere para otro se lo quiere con amor de concupiscencia; pero a aquel para quien el bien es querido se lo ama con amor de amistad^{vii}.

Adviértase la sutileza y profundidad de esta distinción. Lo que dice Santo Tomás es que hay cosas a las que amamos no en sí mismas sino en

tanto las queremos, o bien para nosotros mismos o bien para otros; pero, e insistimos, nuestro amor no acaba en ellas. Por otro lado, amamos también aquello para quien queremos estas cosas que amamos; y a esto sí lo queremos por sí mismo sin ninguna referencia posterior a nada; por tanto, ahora, el movimiento del amor alcanza su término. Pues bien, tanto en Aristóteles como en Santo Tomás, el amor de los bienes que sólo se aman en relación a otra cosa es el amor de concupiscencia y el amor de los bienes que se aman por sí mismos es el amor de benevolencia. Por eso, en el texto paralelo del *Comentario de las Sentencias*^{viii}, concluye el Santo Doctor que el amor de benevolencia es el principio de la amistad: *et hic est amor benevolentiae, qui est principium amicitiae, ut dicit Philosophus*.

El amor de benevolencia es el fundamento de toda amistad. Por lo que concluimos que si es lícito hablar de una amistad médica ésta no puede tener otro principio que el amor benevolente. En el marco de esta amistad médica -*filía iatriké*- el médico ama su arte ya para sí mismo, por el placer que todo conocimiento trae consigo, ya para el enfermo a quien desea auxiliar y no tiene para ello más que el arte; pero no se alcanzaría una amistad verdadera si el objeto final de este amor no fuese el propio enfermo.

Ahora entendemos mejor lo que antes dijimos: una *philothecnia* que se ordena a una *philanthropia*. Y entendemos, también la miopía de quienes creen ver en esta benevolencia una negación del enfermo como sujeto moral. Sólo el amor afirma al otro en su ser, en su dignidad, en su libertad.

3. Pero hay, todavía, un aspecto más a considerar. En la relación médico-paciente (fundada como acabamos de ver en en la amistad cuyo principio es el amor de benevolencia) hay un presupuesto insoslayable, a saber, un conocimiento que se ordena a la acción puesto que el acto médico por su propia naturaleza y finalidad es, a un tiempo, cognoscitivo y operativo. Sin duda para que esto sea posible se requiere que el conocimiento sea recto y la acción eficaz. Ahora bien, todo conocimiento orientado a la acción pertenece al ámbito de la razón práctica la que, a su vez, se desdobra en el ámbito del obrar moral (*agere*) y el del obrar poético o productivo (*facere*). De este modo ingresan en el campo de nuestra consideración las dos virtudes propias de la razón práctica: la prudencia, en el orden moral, y el arte, en el orden productivo. Toda acción médica, en definitiva, requiere la concurrencia de un juicio prudencial y de un juicio técnico.

Pero esta prudencia que en el acto médico se conjuga con el juicio técnico, ¿es una prudencia en sentido propio o más bien según una cierta semejanza como si se tratase de una virtud del arte, es decir, una prudencia inmanente al arte misma? Santo Tomás, en *Summa Theologiae*, II-IIae, q. 47, a. 4, ad. 2, plantea una objeción cuya respuesta viene a propósito. Dice allí:

La prudencia no tiene cabida en las cosas que pertenecen al arte, ya porque el arte se ordena a un fin particular ya porque posee determinados medios por los cuales alcanza el fin. Sin embargo, se dice que alguien obra prudentemente en las cosas que atañen al arte según una cierta semejanza; pues en algunas artes, en razón de la incertidumbre de los medios que conducen al fin, es necesario el consejo, como sucede en la medicina y en el arte de la navegación^x.

Desde luego que esto es válido desde la exclusiva perspectiva técnica. Pero vimos que la medicina no es sólo *philothecnia* sino, además, *philothecnia* ordenada a la *philanthropia*, es decir, al amor al hombre a quien se ama con amor de amistad. Lo que significa que como arte ella se orienta, en última instancia, al bien total del hombre; más aún, subordina el bien técnico al bien moral pues como enseña Santo Tomás, el fin de toda ciencia y de todo arte es la bienaventuranza del hombre. Por eso creemos adecuado proceder, en el caso de la medicina, en analogía con lo que el propio Tomás enseña respecto de la prudencia militar^x cuando afirma que hay un arte militar que tiene sus propias reglas acerca del recto uso de las armas; pero en cuanto se ordena al bien común tiene en mayor medida razón de prudencia.

La prudencia de la que aquí hablamos es, por tanto, la prudencia tomada en un sentido estrictamente moral. Y si bien es común afirmar que en tanto el arte es transitiva -pues por su acción productora sale fuera del hombre- mientras que la prudencia, por su propia condición de *recta ratio agibilium*, es inmanente al sujeto que obra, no obstante nos animamos a afirmar que hay un caso -el único- en el que la prudencia se hace, también ella, transitiva. Y es, como dice Pieper, precisamente, el caso del amor de amistad.

“Sólo el amigo, y si es prudente, puede coasumir la decisión del amigo desde el mismo yo (y, por tanto, no del todo desde fuera) de este último, al que el afecto viene a ser como propio, pues, merced a la acción unificadora del amor, está facultado para contemplar la situación concreta de la decisión desde, vale decir, el centro inmediato de la responsabilidad. De ahí que sólo al amigo sea posible también [...] preformar la decisión del amigo mostrando por modo de consejo el camino recto o [...] a la manera de un juez, dictaminar acerca de su bondad o maldad”^{xi}.

Desde la acción unificante del amor y merced a la virtud del buen consejo, el médico puede *co-asumir* las decisiones del paciente, sobre todo aquellas de naturaleza moral (eutanasia, suicidio asistido, abstención

terapéutica, aborto y tantas situaciones cotidianas en la vida de cualquier médico), en el horizonte del bien que ha de ser realizado. Y no sólo la decisión puede ser co-asumida; también el propio destino de enfermedad con su carga de drama y de misterio.

Lejos estamos, aquí, de aquel absolutismo de la autonomía que, en el fondo -y ahora lo vemos claramente- significa abandonar al hombre a una soledad desgarradora y cruel en la que toda voz y toda ayuda han cesado

La idea de un sujeto moral autónomo y autosuficiente no es sino una construcción abstracta del inmanentismo ético que hoy nos domina. No hay tal hombre autónomo en la realidad de nuestra medicina cotidiana sino hombres concretos con sus angustias, sus dudas y su explícita o callada necesidad de amor.

Lejos de nuestra intención sumar a los modelos de relación médico-enfermo uno más. Pero deseamos contribuir al debate bioético de nuestro tiempo proponiendo la siguiente definición del encuentro terapéutico (ver tabla 6):

<p>RELACION MEDICO-PACIENTE</p> <p><i>Es una unión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>fundada en el amor benevolente,</i> - <i>regida por la técnica,</i> - <i>imperada por la prudencia,</i> - <i>destinada a prestar una ayuda eficaz a la necesidad de un enfermo,</i> - <i>capaz de co-asumir decisiones</i> - <i>y llamada a culminar en una amorosa y lúcida co- asunción de un destino de enfermedad.</i>
--

TABLA 6

Nada más. Muchas gracias.

ⁱ Cf. KAROL WOJTYLA, *I fondamenti dell'ordine etico*, Città del Vaticano, 1989, p. 8 y ss.

ⁱⁱ Tomado de S. CERVERA ENGUIX, M. PÉREZ-GASPAR, R. ZAPATA-GARCÍA, *Modelos de relación médico-enfermo*, Pamplona. Sitio web: www.sepsiquiatria.org.

ⁱⁱⁱ *BMJ* 1999;319:719-720 (18 September).

^{iv} *Ibidem.*

^v Sitio web: www.elabe.bioetica.org

^{vi} Cf. PEDRO LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Revista de Occidente, Madrid, 1964.

^{vii} *Summa Theologiae*, I-IIae, q. 26, a. 4. *corpus*.

^{viii} *In III Sent.*, d. 29, a. 3, *corpus*

^{ix} *Summa Theologiae*, II-IIae, q. 47, a. 4, ad. 2.

^x Cf. *Summa Theologiae*, II-IIae, q. 50, a. 4. ad 1.

^{xi} JOSEF PIEPER, *Prudencia y templanza*, Rialp, Madrid, 1969, p. 85.