

# Hacia una nueva ética médica

**Alfred I. Tauber**

Boston University

ait@bu.edu

## Toward a New Medical Ethic

**RESUMEN:** Mediante una serie de viñetas autobiográficas y la reflexión personal a partir de las tradiciones médica y filosófico-política, se critica la enseñanza de la ética médica y otras éticas aplicadas en las universidades norteamericanas. Rechazando tanto el paternalismo como el autonomismo, el autor proporciona un esbozo de su filosofía de la medicina y de su encaje entre diversos modelos jurídicos y científicos, dentro de un contexto social de deshumanización de la relación asistencial. Los temas tratados son, además de la relación médico-paciente y la responsabilidad ética que surge en esa relación, el papel de las humanidades en la formación de los profesionales sanitarios, el auge y los problemas de la autonomía del paciente como principio rector de esa relación, y la necesidad de articular la conciencia de los profesionales sanitarios y su identidad ética en torno a una construcción relacional efectuada con deliberación y cuidado. Para obtener la confianza del paciente, los profesionales sanitarios tienen que escuchar, responder y asumir la experiencia subjetiva del paciente como propia, convirtiéndose en sus defensores; sólo así ese encuentro asimétrico entre el Yo del profesional y su Otro, el paciente, traerá consigo la confianza necesaria para llevar a buen puerto la relación asistencial.

**ABSTRACT:** By means of a series of autobiographical vignettes, plus personal reflection upon the medical and philosophico-political traditions, this paper criticizes how medical ethics and other applied ethics have been taught in American universities. Arguing against both paternalism and autonomism, the author provides a sketch of his philosophy of medicine and how it fits with several scientific and juridical models, within the background of a process of dehumanization of the health care relationship.

**PALABRAS-CLAVE:** autonomía, paternalismo, médico, paciente, ética asistencial, Levinas

**KEYWORDS:** autonomy, paternalism, doctor, patient, health care ethics, Levinas

*Gritaba. Llevaba gritando tres días. A veces solo gemía, pero por lo general aullaba. Los tumores se habían infiltrado en su cráneo. La radioterapia no podía ofrecerle ningún tratamiento más, y no podíamos hacer un bloqueo anestésico. Solo nos quedaban los narcóticos, y los fármacos no eran suficientes. Todo el mundo se quejaba pero no había nada que hacer.*

*Era medianoche y la Sra. Murphy, jefa de enfermería, me llamó aparte.*

### **Agradecimientos:**

Traducción de Antonio Casado da Rocha. Agradecemos al autor y a la editorial Triacastela la autorización para reproducir este capítulo de la obra Alfred Tauber Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico (Madrid, Triacastela, 2011). Esta publicación fue posible gracias a la ayuda de la Fundació Víctor Grífols i Lucas y al proyecto de investigación "El concepto de autonomía en bioética e investigación biomédica", financiado por el Gobierno de España, MICINN (FFI2008-06348-C02-02/FISO).



Received: 01/07/2011  
Accepted: 05/08/2011

ISSN 1989-7022

año 4 (2012), nº 8, 1-25

ILEMATA



—¿Eres el residente responsable del Sr. Levenger?

—Sí.

—¿Qué vas a hacer con él?

—No sé que hacer. La prescripción de fármacos está ahí. Gotero de morfina para mantener el confort.

—¿Eso es todo?

—¿Qué más podemos hacer?

*La Sra. Murphy dio la vuelta y se dirigió al armario de los narcóticos. Lo abrió con las llaves que siempre iban con ella. Llenó una jeringa, cerró la puerta y caminó por el pasillo hasta la habitación del Sr. Levenger. La puerta estaba cerrada y, cuando la abrió, el sonido en sordina se hizo de repente más claro y ruidoso. Luego se cerró la puerta. Cinco minutos después la Sra. Murphy salió y regresó a la estación.*

*—Mary, llama a la morgue, limpieza e ingresos. Y tú (dijo señalándome) será mejor que vayas a hacer el acta de defunción y llamar a la familia—, y entonces se fue a la sala de enfermería para sentarse y fumar un cigarrillo. Tomó sus notas en la historia y escondió la cabeza entre las manos. Cuando fui a por la historia para escribir mi parte leí primero la de ella:*

*«Se encontró al paciente apneico y sin pulso a las 12:12. Por orden facultativa no procede reanimación. Se avisa al médico».*

*Entonces escribí mis notas.*

A menudo mi papel de comentarista filosófico o histórico suscita comentarios del tipo «qué interesante», «fascinante», o alguna clase de gesto sin compromiso. Otros son menos caritativos. La presidenta del comité encargado del plan de estudios de nuestra Facultad, la doctora Q., me dijo hace poco que «Nuestros estudiantes no están interesados en la filosofía, que solo sirve para confundirlos». Me siento cada vez más insatisfecho con esas salidas. Hay que tomarse la filosofía en serio, y mi frustración me ha hecho fantasear a veces con la idea de entregar camisetas a los estudiantes de primero: delante pondría en colores brillantes «La medicina *debe* hacerse filosófica» y por detrás colocaría una imagen de Locke, Hume, Kant o Nietzsche. Un mero gesto, sin duda, y bastante débil, no mucho más persuasivo o informativo que una de esas pegatinas que se ponen en la parte trasera del coche. Ya, vale. Pero la camiseta es solo la pista de lanzamiento de la visión, y luego mi imaginación echa a volar. ¡Revisemos el plan de estudios! ¡Lo primero será echar a la doctora Q. con todo su comité! Qué gran idea. Pero según prosigue mi ensoñación voy haciéndome cargo de ciertas realidades incómodas, la primera de las cuales es que tendría que sustituir también al Vicedecano de Matrículas.

Tal vez la doctora Q. tenga razón; a nuestros estudiantes de medicina no les va la filosofía. Al fin y al cabo, han sido seleccionados para que funcionen de cierta manera. Así que deberíamos redefinir nuestras con-

diciones de matriculación. ¿Pero por qué quedarnos ahí? Necesitamos una reforma curricular. Si queremos candidatos con las cualidades intelectuales y humanas de un Juan XXIII o de un Martin Luther King, hay que animar a los estudiantes a que destaquen en el servicio a la comunidad y a que se apunten a cursos universitarios que estimulen su desarrollo intelectual. Ah, la tarea se va haciendo cada vez más ambiciosa, e imagino un fortalecimiento repentino de la actividad moral e intelectual, algo muy distinto a lo que domina hoy nuestros centros médicos. Mis sueños grandiosos acaban por desanimarme. Pero hay sensibilidades próximas que podrían fortalecerse. A esas me dirijo ahora.

Creo que todo médico ha de aprender las lecciones cruciales que otorga cierta perspectiva sobre los límites de nuestro lenguaje, así como el análisis de la lógica y la toma de decisiones médicas. Pero no me refiero simplemente a la formación o a una reforma curricular. Lo que defiendo es una toma de conciencia metafísica. La medicina ya es lo suficientemente científica y técnica; lo que le falta es la perspectiva que da el trato con sus mayores ambiciones humanistas. Lo que quiero decir es que los profesionales sanitarios deben comprometerse con una continua autoevaluación de su papel como cuidadores. Esta es una actividad moral y, como tal, es profundamente metafísica.

Es habitual hablar de la medicina como una empresa ética, cuya responsabilidad moral por el cuidado de los enfermos se complica debido a una ciencia que continuamente nos sorprende con su poder para curar y su sofisticación para analizar, llevándonos a tomar decisiones éticamente complejas. ¿Cuándo apagar los sistemas de soporte vital? ¿Qué derechos tienen las madres de alquiler? ¿Deberíamos modificar las células de nuestra línea germinal para prevenir enfermedades genéticas? ¿Cómo regulamos la donación de órganos? Por muy importantes que sean estas preguntas, aquí no me voy a ocupar con las particularidades de la ética médica. En cierto sentido, admito que no me interesa tanto la ética médica tal como se la suele entender. Pero sí estoy profundamente interesado en que la medicina se haga más conscientemente moral.

No es ninguna sorpresa que el campo de la ética médica haya crecido hasta dominar las discusiones sobre las cuestiones morales de la medicina. Al fin y al cabo, con los desafíos planteados por cada avance técnico y las aplicaciones potenciales de la biología molecular, nos enfrentamos continuamente a nuevos desafíos éticos. En esta encrucijada de cambios hemos asistido al nacimiento como especialidad de la ética médica, una disciplina con conocimientos [*expertise*] y responsabilidades propias. Las cuestiones que estudian los especialistas en ética mé-

dica, y que en su mayor parte resuelven satisfactoriamente, exigen ciertamente una respuesta. Necesitamos gente que lidie con esos temas y de ninguna manera quisiera denigrarles a ellos o a sus esfuerzos. Nos beneficiamos de sus enseñanzas. Pero, en otro sentido, veo los especialistas en ética como parte de una crisis mayor en la medicina y no necesariamente como su solución, al menos en su forma presente. El problema al que me refiero puede verse claramente en el hecho mismo de que la «ética médica» se haya convertido en una especialidad de expertos.

En la profesionalización de esta disciplina hemos asistido al desarrollo de un lenguaje altamente especializado y de un sistema de incentivos para quienes la practican, al igual que en cualquier otro campo académico. Tal vez no debería sorprendernos, pero cuando hace poco leí algo acerca del Tercer Campeonato Interuniversitario de Ética (*Third Inter-Collegiate Ethics Bowl*) debo admitir que al principio no me lo podía creer. En el encuentro anual correspondiente a 1997 de la Association for Practical and Professional Ethics, catorce equipos representando a varios *colleges* y universidades respondieron a preguntas generales sobre ética profesional y moralidad pública. Según parece, *ganó* la Universidad de Montana. ¿Cómo se *gana* un concurso de ética? ¿Que serviría como normativa para juzgarlo, la recientemente publicada *Encyclopedia of Applied Ethics*? ¿Deberíamos tener campeonatos especializados en ética médica? Seguramente, y entonces habrá que pasar de las bromas a las veras: al final, sin duda, habrá tribunales especiales de ética médica, con exámenes tipo test y todo. Al final tendremos un mecanismo para certificar si uno es un Rey Filósofo de los de Platón. Me quito el sombrero.

*Todos* los profesionales sanitarios deben convertirse en especialistas en ética. Como médico, creo que todos nosotros debemos ser conscientes de nuestras obligaciones (y oportunidades) morales para cuidar a los enfermos. La ética en medicina siempre ha sido algo que se daba por supuesto. Ahora se ha convertido explícitamente en un «problema», pero no únicamente en el restringido modo de entenderla que tienen los expertos en ética médica. Tenemos que darnos cuenta de que, al formar jóvenes profesionales sanitarios, el mero conocimiento de algún tema de ética médica como el del consentimiento informado no es suficiente para ser capaces de discutirlo efectivamente con un paciente. Y que la formación en ética médica tampoco garantiza por sí sola un cuidado humano al servicio de los fines morales y médicos. Mi solución, en la medida en que me atrevo a formular una, es 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. La medicina es fundamentalmente

ética y debería ser reconocida como tal. Desgraciadamente, los especialistas en ética médica 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 una rama de la ética». Así de sencillo, y con ello segrega la ética como una disciplina aplicada y perpetúa la artificiosa separación entre la medicina clínica y la ética que le es propia. *El problema es considerar a la ética como algo periférico a la medicina, y su solución está en integrar totalmente la práctica clínica con su correspondiente filosofía moral.*

Soy escéptico acerca de las posibilidades de transmitir la sensibilidad moral por medio de la enseñanza, porque aquella no solo requiere conocer la ética médica, sino también una actitud compasiva hacia los que sufren. Podríamos hacer un intento deliberado de seleccionar cuidadosamente a los individuos que tengan la sensibilidad y madurez necesarias, y formarlos para que potencien esas facultades. Mucho se lograría si reforzásemos esos rasgos de carácter que por lo normal quedan en segundo plano. ¿Podemos priorizar el cuidado *humano* del enfermo y enseñar cómo hacerlo en las aulas, en la clínica y en la asistencia primaria? No soy muy optimista. No hay una solución real de este tipo, porque estamos nadando en contra de una poderosa marea social. Antes que yo, otros médicos (como Seymour Flick en una pieza de 1981 en el *New England Journal of Medicine*) y filósofos (como David Roochnik en su *Philosophy in Context* de 1987) han comentado que los profesionales reflejan en gran parte la sociedad que les ha formado y en la que han absorbido sus valores. Al exhibir una cierta identidad cultural, los jóvenes estudiantes de medicina o enfermería asumen actitudes morales bien establecidas, y que han tomado de diversas fuentes: la familia, la escuela, la comunidad religiosa y, lo que tal vez sea lo más influyente, la cultura en general. Una ética como la que propongo no puede enseñarse a los adultos como algo forzoso u obligatorio, aunque podemos reforzar algunas inclinaciones éticas que sí pueden cultivarse hasta llegar a florecer. Pero al final debemos esperar y confiar en la selección efectuada por las exigencias de la vocación médica más allá de lo educativo. Y, como guardianes, debemos elegir aquellos que reconocen la crisis en que vivimos como un desafío profundamente moral. Inmersos en nuestro propio tiempo, no veo con claridad cómo se desarrollará el drama social que hemos descrito anteriormente. Quizá las fuerzas que ostensiblemente llevan a la medicina en una dirección puedan ser neutralizadas efectivamente por quienes se comprometan con otro ideal. Así lo espero, y en este ensayo he intentado explicitar claramente esa opción.

Tal vez esta cuestión de situar la ética en la medicina no sea tan nueva. En cierto sentido, siempre hemos tenido los ingredientes entre nosotros. La medicina está firmemente alojada en dos ámbitos: el moral (qué es lo correcto) y el epistemológico (cómo sabemos lo que creemos saber). Esto quiere decir que la compleja empresa que llamamos medicina está compuesta de dos clases de actividades, dos modos de pensamiento y acción diferentes pero obviamente conectados. La medicina se arroga la legitimidad epistemológica de la ciencia, y la asistencia clínica moderna se mide habitualmente como si lo fuera. El crecimiento de la medicina científica en el siglo XIX y su culminación en el XX representan un gran triunfo de los ideales científicos y de las promesas de su método. La medicina moderna es *la* gran beneficiaria de la ciencia, o una de las mayores.

Aunque la ciencia ha dominado muchos ámbitos de la medicina, hay en ella una cuestión más antigua, que es el cuidado del paciente. A eso me refiero como su dimensión moral, y es ahí donde reside el compromiso más profundo de la medicina. Como actividad moral, la medicina *emplea* la ciencia para sus propósitos. Pero no confundamos el orden de las acciones: lo moral precede a lo epistemológico. La raíz de nuestra actual confusión es que no entendemos esto, que no se reconoce la preeminencia de lo ético sobre lo epistemológico. Pero eso no quiere decir que haya una contradicción inherente entre ser científico y ser compasivo. La tecnología está al servicio de las necesidades humanas, o así debería ser al menos. Es absurdo hablar de la «tecnología desatada». Somos *nosotros* quienes decidimos sobre el uso de máquinas y fármacos, y es nuestra voz colectiva la que determina cómo usaremos los productos de la investigación científica. Como escribió C. S. Lewis en *The Abolition of Man* (1947), «Lo que llamamos el poder del hombre sobre la naturaleza resulta ser un poder de algunos hombres sobre otros, con la naturaleza como instrumento». Lo que yo y Lewis decimos es que debemos decidir deliberadamente el carácter de ese uso. La tecnología no es moral o inmoral en sí misma; solo la gente lo es.

Podemos entender mejor este asunto central si abordamos desde la epistemología esta relación de la ética con la medicina como ciencia. Naturalmente, la medicina está construida desde los dos ámbitos y, lo que es más, la suma de ambos tampoco puede categorizar una actividad tan compleja como la medicina. La relación entre ética y epistemología no está fijada, y cada una de esas actividades está condicionada por la otra; pero lo que propongo es una filosofía que no esté basada en la epistemología de la medicina, sino en su ética. En pocas palabras, invito a reflexionar sobre la posibilidad de que la ética sea *la* prioridad para la filosofía de la medicina.

Vuelvo a plantear la cuestión principal: 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. Obviamente, los médicos están comprometidos con la verdad y con la racionalidad terapéutica, pero el problema es cómo poner la ciencia en el lugar que le corresponde. El origen de nuestra situación moderna puede remontarse al siglo XVII, cuando el estudio del cuerpo humano trajo consigo una objetivación de nosotros mismos como objetos de investigación científica. Como expliqué en el capítulo 1, este proyecto se completó conceptualmente a lo largo del siglo XIX, cuando la medicina triunfó en su búsqueda de objetividad científica. Ese era el programa de los médicos parisinos que trataban de relacionar la patología anatómica con el estudio clínico de las enfermedades, y también lo fue para los fisiólogos alemanes que proclamaron su proyecto reduccionista para purgar la fisiología y la medicina de cualquier vestigio de vitalismo. Los procesos vitales se reducirían a la física y química más elementales. Las ventajas eran evidentes por sí mismas, y el actual poder de la bioquímica y la biología molecular es el resultado de este enfoque.

Pero hay otra cuestión urgente que abordar: la enfermedad deshumaniza. El Yo queda dañado, y la tarea es entonces restaurar el pleno sentido de la identidad del paciente. Al científico médico puede bastarle con el «paciente como enfermedad», pero el médico cuidador se guía por su reconocimiento de la persona sufre como un todo. El análisis del encuentro médico debe basarse en una visión del paciente no como un «caso», una entidad enferma, sino como un individuo que siente, experimenta y sufre. Estar enfermo altera nuestra propia identidad, cambiando fundamentalmente la relación con nuestro propio cuerpo. El enfermo pierde libertad a causa de su dolencia. Que para recuperarse haya que depender de otros, y la consiguiente pérdida de libertad, resultan en una mayor vulnerabilidad y en un debilitamiento de la imagen propia. Debemos adoptar una ética médica que reconozca como primer principio la humanidad del enfermo.

Ahora bien, cualquiera que tenga una mínima familiaridad con estos temas sabe que este juicio no es nada nuevo. Pero lo que quiero plantear no es que hayamos fallado en nuestro reconocimiento del problema de la humanización o en cómo construir una ética que lo corrija, sino *por qué* tenemos tantas dificultades para manejar efectivamente esta crisis moral. Si estamos esencialmente de acuerdo en que una medicina tecnocrática es deshumanizadora, y que lo es más precisamente en el momento en que un paciente más necesita cuidados humanos, entonces ¿por qué no hemos *arreglado* el problema? Creo que porque primero tenemos que identificar propiamente lo que está en juego.

Cometemos un pernicioso error categorial al no distinguir la medicina de las ciencias que la apoyan, que son un componente crítico de la misión de la medicina, pero no los únicos medios a su disposición. Pecamos de arrogancia [*hubris*] cuando confundimos el enorme crecimiento de la medicina científica con la medicina en general, pensando por un lado que la enfermedad es simplemente una perturbación físico-química, y disminuyendo por el otro la misión cuidadora de la medicina. Con los logros científicos de la biología y la química aplicadas, el *ethos* fundamental de la medicina fue usurpado en gran parte por otro ideal, la reducción de la enfermedad al gen o a cualquier otro elemento que lo sustituya. El paciente se convirtió en un objeto científico y se alteró fundamentalmente la relación ética entre el sanador y el individuo necesitado.

—Ayer vi un gran caso.

—¿Sí?

—Llega un tipo con fatiga, sin más. Lo examino. Y tenía unas rayitas muy finas bajo las uñas.

—¿Sí?

—Pues sí. Tenía hemorragia subungueal y murmullo cardíaco. ¡El muy capullo tenía endocarditis!

—¡Genial! ¿Qué hizo el doctor Meier?

—¡Se puso como una moto! Le estamos haciendo un montón de análisis y los de Epidemiología le verán esta tarde. Qué fuerte, tío.

Aunque sea por buenos y honestos motivos, es muy fácil reducir al paciente a un objeto de interés. Pero al final lo que necesitamos es una ciencia clínica que trate a *personas*, no enfermedades. Para contrarrestar lo que podría llamarse «objetivación radical» tenemos que reinstalar deliberadamente la ética como algo central en la teoría y práctica médicas. No un apéndice ni una rama entre otras; la ética debe situarse en el centro y dirigir a las ciencias médicas que la rodean. En pocas palabras, nuestra prioridad debe ser concentrarnos en el mandato moral original de la medicina.

¿Cómo lo hacemos? No sirve reafirmar los principios éticos que han dominado la discusión durante los últimos años. Hemos estado tan ocupados estableciendo los parámetros del respeto a la autonomía del paciente mediante constricciones o recomendaciones que pueden describirse en general como judiciales o jurídicas, que hemos desatendido la base filosófica de la relación ética entre médico y paciente. Como me dijo una vez mi colega David Rochnik, «Necesitamos ética... pero lo único que tenemos es autonomía, y con eso no basta». Los médicos, al identificarse tanto con su rol de científicos o tecnócratas, han perdido su anclaje ético fundamental. Hay muchos tan alienados respecto de los pacientes que para ejercer éticamente necesitan consejo, directi-



vas, órdenes y responsabilidades compartidas. Naturalmente, hay casos complejos en los que el asesoramiento jurídico es esencial, pero muy a menudo esa dependencia de otros para el consejo ético refleja una pérdida de las intuiciones básicas acerca del cuidado.

El estado nos pide que hagamos unos cursos de gestión del riesgo en los que los abogados nos dan la clase. La comunidad médica adopta estos presuntos remedios en parte como estrategia defensiva ante una opinión pública resentida y hostil que busca resarcirse económicamente (y con razón) por los daños y perjuicios sufridos, pero que en el fondo busca expresar su insatisfacción con la naturaleza misma de la práctica médica. Cuando comencé mi carrera hace 25 años, los juicios por negligencia eran algo raro. ¿Por qué? No porque los médicos fueran más diligentes o competentes técnicamente. La razón básica es que los pacientes confiaban y respetaban a sus médicos, y si las cosas salían mal había una confianza implícita y razonable que permitía entender que el médico lo había hecho lo mejor que había podido pero que a veces pasan cosas malas. La medicina ha quedado atrapada en la obsesión de la sociedad contemporánea por las denuncias y los litigios, pero el médico podía haber quedado inmune. Algo profundamente perturbador rompió la confianza pública. Busco el germen responsable en la confusión sobre la misión de la medicina.

Los signos son obvios para todo el mundo. A los médicos no se les enseña ética, sino jurisprudencia médica. El contexto de la jurisprudencia es inevitablemente agonista: tribunales y litigios. Nuestros estudiantes y residentes se apuntan a clases de ética médica, pero lo que reciben en realidad es derecho sanitario. La ética médica se ha convertido en una asignatura entre otras muchas de la Facultad de Medicina, y una etiqueta más en la industria médica. Como cualquier industria en nuestra sociedad, necesita una cuidadosa gobernanza para proteger a los consumidores. Como los pacientes ya no confían en sus médicos como hace una generación, los médicos han perdido buena parte de su autonomía profesional. Los médicos (y también los profesionales de enfermería y otros trabajadores sanitarios) deben conocer las posibles sanciones a que se enfrentan, las medidas administrativas que pueden adoptar para protegerse (protegerse, sí) y los límites legales de las instituciones donde trabajan. He sido torturado durante todo un día con seminarios dedicados a estas cuestiones, y asistí no porque pensase que la actividad fuera intrínsecamente valiosa, o porque la lección fuese didáctica o eficiente, o porque estuviera en un aprieto o ansioso ante los posibles desafíos, sino porque me obligaron a ello, como parte de las obligaciones de mi unidad en el hospital. Me irritaban esas «soluciones» que solo eran parte del problema. Más allá de las repercusiones

sociales y económicas de los cambios experimentados por la medicina moderna, tenemos la relación entre paciente y cuidador completamente alterada. Asistir a esas clases proporcionaba un vívido recordatorio de la magnitud de nuestro desastre moral.

En muchos aspectos, es bueno que el médico-dios desaparezca de nuestra memoria colectiva, pero ¿con qué otro modelo lo hemos reemplazado? No olvidemos que el poder del médico, con todos los peligros que conlleva, aún estaba asociado con su responsabilidad. Si ahora el médico va a compartir su responsabilidad con otros miembros del complejo sanitario, ¿qué le queda como base de su compromiso moral y cómo va a definirlo? Tradicionalmente, se creía que los médicos tenían una responsabilidad fiduciaria hacia sus pacientes. La ley define al fiduciario como una persona a la que se le confía un poder o propiedad para que lo use en beneficio de un tercero, y de la que se espera legalmente que se comporte según los más estrictos criterios de conducta. Pero, como hace notar Marc Rodwin, aunque los médicos se comportan casi como fiduciarios y así tienden a presentarse en sus códigos éticos, hoy la ley solo les considera como tales en situaciones restringidas. Que «fiduciario» sea hoy una metáfora de poco uso en la relación médico-paciente es una revelación sorprendente, para mí al menos. Aunque la relación asistencial presupone la confianza en los médicos para que actúen en beneficio de los pacientes, los principios fiduciarios se han aplicado apenas a propósitos muy limitados: los médicos no pueden abandonar a sus pacientes, deben mantener la confidencialidad de la información clínica, y deben revelar a sus pacientes cualquier interés económico que tengan en una investigación clínica. Como explica Rodwin, la ambigüedad surge porque no hay un equivalente médico de la prohibición de conflictos de interés que existe para la mayoría de los fiduciarios. El derecho podría dictaminar si los médicos se apartan de los criterios fiduciarios estándar, si existieran esos criterios; pero no los hay. El derecho solo proporciona criterios fiduciarios mediante los casos de negligencia y mala práctica, que se centran en la competencia técnica del médico [...] sin prestar apenas atención a las responsabilidades fiduciarias. En general, los casos de negligencia ignoran las cuestiones fiduciarias tradicionales («Strains in the Fiduciary Metaphor»).

Me parece elocuente que el recurso legal de los pacientes se canalice casi siempre mediante cargos de negligencia y no por la responsabilidad fiduciaria, porque esto revela que la ley reconoce la debilidad de la responsabilidad moral como *ethos* rector de la relación médico-paciente. Dicho en términos simples, a los médicos no se les responsabiliza de otra cosa que no sea su capacidad técnica de acuerdo con los

criterios que establezca la comunidad. Y eso, que tiene una importancia crítica para la práctica, es muy poco adecuado como código moral. El modelo jurídico de la negligencia, defensivo y litigante, es una muestra clara de este fracaso.

Teniendo en cuenta la creciente institucionalización de la medicina, los médicos tendrán cada vez más dividida su lealtad al actuar como guardianes que racionan los recursos sanitarios para beneficio de los contribuyentes, los seguros, el gobierno y la sociedad en general. Sus tareas incluyen limitar los volantes para el especialista, certificar la posesión de discapacidades con derecho a compensación económica, decidir el ingreso hospitalario o en urgencias según criterios clínicos que van más allá de la necesidad médica. Los auditores de calidad están creando protocolos para establecer los parámetros de la atención médica; el «tercer pagador» establece qué servicios se proporcionan, bajo qué criterios de cuidado, y cómo se reembolsan. Lo que los médicos hagan clínicamente se ha convertido en un complejo cálculo de ponderación entre los beneficios para el paciente y los objetivos y la eficiencia de una nebulosa de organizaciones sanitarias. Como observa Rodwin, y yo lo lamento, los pacientes son solo «una de las muchas partes que pueden reclamar la lealtad del médico, y no la más fuerte». La misma estructura de lo que podría llamarse el complejo industrial médico está tan determinada por su economía que los médicos en realidad están cautivos de fuerzas que actúan entre ellos y sus pacientes.

Este asunto legal tan complejo tiene un alambicado aspecto social y económico, pero en última instancia es un reflejo del asunto ético de fondo que nos ocupa, y está subordinado a él. La aplicabilidad limitada de la función fiduciaria del médico delata el dilema en el que nos encontramos. La restricción de la responsabilidad ilustra dos rasgos cardinales de nuestro sistema médico: (1) su dependencia en la autonomía legal del paciente, su responsabilidad por sí mismo, y (2) la lealtad dividida en la responsabilidad del médico. El resultado es el mismo a pesar de los diferentes orígenes de las fuerzas sociales: la ciencia positiva «objetiviza» la enfermedad hasta el punto de reducir los pacientes a «casos» y tratarles como objetos de investigación; las organizaciones sanitarias sacrifican el cuidado humano integral a la eficiencia y los beneficios. La ciencia y la tecnología han usurpado el *ethos* tradicional y nutricio de la medicina, y la economía de nuestro sistema sanitario ha reforzado la «objetivación» del paciente. Cada uno reduce el paciente a un objeto: unos a una curiosidad científica, otros a una entidad que hay que atraer y luego gestionar con eficiencia. En ambos contextos, la autonomía está al servicio de estos dos programas, aunque sea en diferente guisa, ayudándoles a renunciar a una ética más incluyente.

Sostengo que la medicina debe regresar a su programa anterior y reorientarse radicalmente hacia su mandato moral definitorio: la *interacción* entre médico y paciente, la base del arte de curar en todas las culturas. Por supuesto que la ciencia y la tecnología, aunque estén preocupadas con otras cosas, pueden entrar en juego, pero deben estar subordinadas a la medicina en su empeño por poner la relación entre paciente y cuidador en el centro de su praxis. Habrá que resolver las constricciones económicas, pero tal vez nuestro sistema actual se haya vuelto demasiado restrictivo y requiera ahora una reevaluación radical con el fin de dar a los médicos más autoridad y espacio de maniobra. No puedo abordar las particularidades de cada caso y he de contentarme con el planteamiento filosófico, pero confío que una apreciación consciente de estos temas ayudará a clarificar nuestra perplejidad y a priorizar algunas soluciones prácticas. Ahora pasaré a ese proyecto moral.

Mucho se ha escrito sobre cómo la medicina humanista contempla al paciente en su integridad y sobre el flaco servicio que se le hace en un entorno despersonalizador. Son legión las descripciones del malestar que los pacientes soportan en la clínica y el hospital. Lo veo todos los días. Pero no sabemos qué hacer. Cuando hablo con colegas, con mis pares y con médicos más jóvenes, la respuesta habitual es que estamos sujetos a fuerzas económicas que escapan a nuestro control, que el doble esfuerzo de sobrevivir profesionalmente y de servir lo mejor posible a nuestros pacientes requiere una gran habilidad para los malabarismos. Los médicos están descorazonados y cunde la desilusión sobre la posibilidad de cambiar las cosas. Sin apenas capacidad de actuar, cada vez es menor la posibilidad de que podamos alterar el sistema. Como empleados, ya no tenemos mucho que decir en las decisiones claves de gestión. Si lo añadimos al *ethos* científico que he descrito, a pesar de un genuino deseo de «hacer bien» que aún creo que es general, el médico de hoy está en malas condiciones para practicar la medicina de manera humanista. Por eso hay mucha discusión sobre la humanización de la medicina pero muy pocos detalles para su implementación. De la frustración pasamos rápidamente a la indiferencia. Algunos de mis colegas se han unido al «enemigo» y ahora están en la administración; otros se han prejubilado; unos pocos, como yo, hacemos comentarios en público; pero la gran mayoría siguen ahí, decepcionados o enfadados porque la promesa de la medicina no se está haciendo realidad en un país de tanta riqueza y prosperidad.

A pesar de las corrientes profundas que han influido en nuestra caída del fervor moral, creo que el paciente puede volver a ser el verdadero objeto íntegro de responsabilidad. Nadie está poniendo en duda que el

médico sea responsable científica y económicamente, pero tras asegurar esas funciones habría que insistir en la demanda más fundamental: debe actuar como agente moral. Ahora bien, es importante aclarar esto: no estoy proponiendo un retorno al paternalismo. La pericia del médico no le otorga superioridad moral o política. Pero, al mismo tiempo, tampoco hay paridad entre los roles del enfermo y del cuidador. Es responsabilidad moral del médico ejercer sus mayores conocimientos para intentar restaurar la autonomía del paciente; esto es muy distinto a decir que el doctor manda en esa relación. Así que proponer una «filosofía relacional» no significa que esa relación sea simétrica. El miedo a perder nuestra autonomía nos hace estar alerta a cualquier infracción, pero estar enfermo ya supone que nuestra identidad ha sido amenazada. El paciente, entonces, entra en una relación con el cuidador en la que este no es un igual, pero lo hace con la esperanza de recuperar su autonomía e igualdad.

Desde esta perspectiva podemos preguntarnos ahora dónde queda la medicina ética dentro de este panorama de ciencia reduccionista y orientación a la eficiencia mercantil. ¿Cómo podría una medicina dominada científicamente incorporar de manera integral y eficaz la posición ética como algo fundamental en la práctica?

Si uno postula que la relación entre médico y paciente ha sido herida de gravedad, ¿cómo entender que esa relación sea ahora el fundamento, con qué bases? En pocas palabras, ¿cómo podemos fundamentar la filosofía de la medicina en esa relación? Sostengo que si aceptásemos la centralidad de una filosofía moral relacional dentro de la medicina tendríamos una propuesta radical y de gran alcance potencial. Pues argumentar que la medicina tiene una metafísica ética supone primero que la base misma de la medicina reside en encontrar y defender su propia filosofía en el contexto del cuidado del paciente, no en la ciencia o en las necesidades económicas.

### La llamada del otro

¡De Locke a Levinas! ¿Cómo podríamos comenzar a completar una filosofía de la medicina con semejante recorrido? Creo que esa es precisamente la tensión sobre la que erigirla. El conflicto comienza de hecho en su punto en común: el yo. Ambas intentan identificar las bases de la unidad del yo y refutar los intentos de renunciar a algo así. Este es un principio compartido crucial, especialmente ahora que la legitimidad misma de la identidad se ha vuelto muy problemática. Las implicaciones son de gran calado para *cualquier* ética, pues un agente responsable debe ser un yo, una integridad existencial, para participar en cualquier diálogo ético.

Debemos encontrar una síntesis para la empresa ética en un dipolo que alberga dos posturas distintas aunque con puntos de contacto. En el primer polo tenemos el agente autónomo. Esta es la visión de la identidad más extendida, trenzada a partir de una densa matriz de ideas sobre la autonomía y la autosuficiencia individual, que se encuentran en la base de mucha filosofía bioética. En el polo opuesto se encuentra el aspecto relacional del yo, la «otredad» de la responsabilidad. Lo más obvio e importante que hay que decir aquí es que en medicina desaparece el «problema» (entre comillas) del otro. Asumiendo la postura de Levinas, adoptamos una identidad en el encuentro mutuo *con* el Otro. Desde esta perspectiva humana, una autonomía sin límites es señal de irresponsabilidad. Hay contextos en los que el Otro es el despreciado, el marginado, el desprestigiado. La alteridad del Otro se ve como algo peyorativo, como reflejo de los límites prácticos de la ética de Levinas. Pero el Otro también puede existir como un atributo, como una oportunidad atractiva, como una maravilla. Una vez la medicina se pone en marcha, la naturaleza del Otro ya queda elucidada. Porque sí, por decreto, por aceptarlo así, el Otro en tanto que paciente se define en última instancia por la responsabilidad ética asumida por el cuidador. Médicos y enfermeros están comprometidos en principio con el cuidado del paciente, y en este sentido fundamental todo profesional sanitario queda definido por esa responsabilidad. Así, cuando los críticos reprochan a Levinas su incapacidad de lidiar con la posibilidad de que el Otro sea malo, en el ámbito de la medicina no tienen mucho que hacer. En el escenario médico el Otro viene dado como el objeto de atención y cuidados. Su carácter moral, bueno o malo, queda fuera de la cuestión.

*De las muchas historias sobre la 2ª Guerra Mundial que mi padre solía contar-nos, el dilema moral con el que más se debatía era el caso del oficial húngaro al que atendió antes de que los judíos de Budapest fueran sometidos al terror de la deportación y los campos de concentración. El hombre necesitaba cirugía con urgencia y mi padre efectuó la operación sin complicaciones, salvándole la vida al gentil. A pesar de ser consciente del compromiso político de su paciente, y de su posible rol en el tormento de los judíos, mi padre no dudó en atenderle con lo mejor de su capacidad profesional.*

*Poco después, ese paciente dirigió una redada en la que cayeron varios compatriotas de mi padre, asesinando personalmente a varios de ellos. Era el líder de una banda de fascistas húngaros que buscaban a judíos que aún no hubieran entrado en los trenes de la muerte para despacharlos en el Danubio con una bala en la cabeza. Atormentado por la situación, mi padre explicaba que no tenía opción... su moral no le dejaba otra. Era obvia su angustia; esa certidumbre suya no nos convencía. Yo solo escuchaba.*

La ética de Levinas proporciona una manera de ver las cosas en la que lo importante ya no es el paciente por sí solo, el sujeto autónomo, sino la relación del paciente con el médico. Y en este cambio se nos ofrece

una nueva perspectiva, donde la ética médica redefine los términos en los que podemos construir una filosofía de la medicina. Los médicos y enfermeros visten de blanco, lo que proporciona un interesante contraste con el sacerdocio: opuestos pero al mismo tiempo semejantes. Los médicos como sacerdotes de la curación, vestidos de blanco, que han oído la llamada a convertirse en cuidadores. Asumir esta vocación, esta responsabilidad, forma su carácter existencial. De hecho, son definidos por su Otro: por el paciente. En lo básico, para el cuidador no hay elección: su vocación es definición ética.

*Aprendí esta lección muy joven y en circunstancias especiales. Mi padre era mi médico. Su padre había muerto en la 1ª Guerra Mundial, cuando el mío solo tenía 18 meses. Mi abuelo solo le vio una vez, un momento en la estación de tren camino del frente ruso. Nadie supo si lo mataron o fue capturado y llevado a Siberia. Mi padre se aseguraba de que yo siempre supiese dónde estaba y quién era él.*

*Solía bromear diciendo que recibí mi formación médica gratis. Yo no le veía la gracia. Me ponía inyecciones de penicilina y me limpiaba las heridas recibidas en las «batallas» tras jugar a la guerra en la calle. A los cinco años, cuando necesité que me extirpasen las amígdalas, insistí en que fuese él quien realizase la operación; solo años después reconoció que había sido otro cirujano quien lo hizo. Cuando me fracturé la muñeca me colocó los huesos en su sitio, y cuando tuve hepatitis supervisó mis cuidados. Nunca dudé de su pericia, confiaba en él por completo. Para mí es lo más natural pensar en la medicina como algo esencialmente relacional; después de todo, mi médico era mi padre. Pero me parece que esta relación primaria puede universalizarse en la medicina, y de hecho así ocurre.*

*La portada elegida para este libro es The Doctor, un cuadro de sir Luke Fildes. Este drama pastoral victoriano nos muestra un médico rural sentado contemplativamente junto a la cabecera de un niño enfermo, cuyos padres miran con miedo y consternación. Al retratar la realidad médica de ese momento justo antes de la explosión de la medicina científica, la evocación de Fildes del médico empático, impotente ante los estragos de la naturaleza pero aún así testarudamente comprometido con su joven paciente, es tanto un reflejo de la sentimentalidad de la época como un claro planteamiento de la relación ética del médico con su cargo. El cuadro se hizo enormemente popular y fue copiado como un grabado en acero en 1893 por Thomas Agnew e Hijos, y hace muchos años adquirí la última copia de ese original impreso en la editorial londinense. Hoy cuelga en la pared de mi estudio. Tengo una larga relación personal con ese cuadro. Una empresa farmacéutica había distribuido copias en color entre las consultas médicas, y mi padre tenía una que a mí me encantaba estudiar. Sabedor de mi apego por esa litografía que colgaba en su sala de espera, me regaló una pequeña reproducción en tres dimensiones de la escena, por cortesía de la misma farmacéutica. Permaneció en mi mesilla de noche durante años y contemplaba su pathos a menudo. El cuadro hoy sigue ocupando un lugar importante en la Tate Gallery de Londres, y creo que llama la atención no tanto por su gran tamaño y efectivo realismo, sino porque Fildes capturó una relación humana que viene de tiempo inmemorial y a cuyo retrato respondemos instintivamente. El cuadro es una poderosa imagen de mi propia filosofía de la*

*medicina: no la postura de un médico impotente mirando la implacable destrucción de la naturaleza, sino la del médico como testigo empático.*

Habiendo dicho todo esto, ¿cómo podemos situar la ética médica? Más específicamente, ¿cómo podemos fundamentar las exigencias particulares de la ética médica en esta filosofía más general? La pregunta entonces se vuelve en la siguiente: ¿A qué se parecería la filosofía de la medicina si se basase, à la Levinas, en la Ética en lugar de, digamos, la Verdad? A propósito de la relación entre la ética y la epistemología, y también la de ambas con la metafísica, podríamos recordar el juego infantil «piedra, papel, tijeras». Los dos jugadores enseñan a la vez el puño, la palma abierta o dos dedos de la mano. El puño, que simboliza la piedra, rompe las tijeras, representadas por los dos dedos; pero el papel, la palma abierta, envuelve la piedra; y las tijeras cortan el papel. Ni la piedra ni el papel ni las tijeras son inherentemente superiores a los demás: cada uno tiene su relación con los otros. De manera análoga, podemos explorar la posición de la ética en relación a otros ámbitos de la filosofía de la medicina. Un proyecto ambicioso —y que a mi juicio merece la pena— podría ser examinar una filosofía de la medicina no basada en la epistemología, sino en la ética. Dicho simplemente, habría que considerar el caso de una ética previa a la verdad, y sus consecuencias para la filosofía de la medicina.

Uno podría preguntar, y con razón: Bien, pero ¿qué implicaciones prácticas tiene ese giro filosófico? Si esta propuesta establece un marco para promover la interacción humana entre paciente y profesional sanitario, ¿cómo quedarían afectadas cuestiones particulares de ética médica como la experimentación con humanos, el cuidado de los enfermos terminales, los criterios para las tecnologías reproductivas, etc.? La validez de mi enfoque ha de ser comprobada en esos asuntos particulares, pero recuérdese cómo en el capítulo anterior distinguimos dos clases de ética médica: (1) la ética aplicada, que toma sus materiales de la jurisprudencia, la toma de decisiones política, las costumbres sociales, o las preocupaciones de la economía y la ética, y (2) la filosofía moral fundamental, que formula la ética de arriba abajo a partir de ciertos principios. Es este segundo enfoque el que he adoptado. La filosofía relacional aquí esbozada, sostengo, debería servir como base para toda la práctica médica, pues la necesidad de activar la conciencia moral me parece la mayor de las prioridades, ahora que reconocemos que la relación médico-paciente está en su peor momento. Aquí debe situarse mi argumento. Si podemos hacer explícito el carácter moral propio del cuidador, entonces confío que se aclararán los problemas clínicos particulares que requieren decisiones morales.



Así que en lugar de embrollarnos en ejemplos de casos particulares, como podría serlo el tema del suicidio médicamente asistido, prefiero plantear la pregunta fundamental: ¿es la ética médica que propongo un auxiliar de la educación y la práctica médica, o puede convertirse en el centro de atención? Después de todo, la ética médica, incluso en su forma más aplicada, no ocupa un lugar muy importante en la educación médica contemporánea. Como hemos visto, la erosión de la preocupación primaria por la ética humana puede remontarse al final del siglo XIX, cuando la fisiología y su pariente cercano, la medicina, se subieron a los anchos hombros del nuevo positivismo. Este nuevo criterio de conocimiento consistía en aplicar la ciencia natural objetiva a la fisiología y la salud; el observador debería distanciarse lo más posible del objeto de escrutinio. Como se explicó en el capítulo 1, el tremendo cambio que se dio en la educación médica norteamericana a finales de ese siglo fue presentado por el *establishment* médico como la lucha entre el ideal reduccionista de medicina basada en el laboratorio y la vieja medicina descriptiva y acientífica. La educación médica universitaria dominó y consiguió acabar con sus adversarios clínicos (homeópatas, quiroprácticos, herbolarios y otros practicantes «alternativos»). Las consecuencias de esta revolución han sido de gran alcance conceptual, pero tal vez con consecuencias morales no previstas. A pesar de la fuerza acumulada por el *ethos* positivista, todavía estamos a tiempo de corregir el rumbo.

El enfoque positivista dominante no tiene por qué negar la legitimidad de la relación interpersonal, pero en la práctica a menudo queda subordinada a los hechos extraídos del laboratorio. Tal vez una mejor manera de mirar al problema sea decir que los médicos a veces tienen crisis de identidad científica. Hay que recordarles que, aunque se comporten en cierto sentido *como* científicos, eso no quiere decir que *sean* (solo) científicos. La naturaleza moral de esta profesión está en otra parte. Es esa «otra parte» la que ha de evidenciarse. Postular una metafísica ética para la medicina no es ni más ni menos que sostener que los cimientos mismos de la medicina yacen en la búsqueda y defensa de su propia filosofía, una filosofía que yo creo que debe basarse en una ética relacional.

Si la relación médico-paciente se construye de acuerdo con el modelo ético aquí esbozado, entra en conflicto con el enfoque del médico-científico. Si el paciente no reside en el enclave protegido de esta interacción relacional, no es más que otro objeto de investigación biomédica, y cuando una enfermedad se separa así de la persona que la sufre, esto afecta negativamente a la experiencia de estar enfermo. La objetivación de mi dolencia [*illness*] como una «enfermedad» [*disease*], como un

«objeto de investigación», aliena al individuo con respecto a su cuerpo. En la enfermedad [*illness*], el cuerpo se experimenta de manera fundamentalmente diferente a como se hace en la vida cotidiana, en la que generalmente no somos conscientes de nuestro cuerpo en tanto que medio para la experiencia. Pero cuando enfermamos no solo nos hacemos conscientes de nuestro dolor o disfunción, sino que también intentamos encontrarle un «sentido» objetivando el cuerpo. Me encuentro a mí mismo escrutando el elemento enfermo como si fuera algo separado de alguna manera de mi yo, algo exterior a mi identidad. No se puede encontrar mejor muestra de la dualidad cuerpo-mente que impregna el pensamiento occidental sobre lo que significa ser humano.

Naturalmente, en su intento de definir la enfermedad científicamente mediante mediciones fisico-químicas el médico es juez y parte en este proceso de objetivación. Pero *yo no soy* una confluencia de datos hematológicos, niveles de enzimas hepáticas, concentración de minerales y demás. El punto de vista positivista radical contempla al paciente como un agregado de datos objetivos, y aunque admito que esas pruebas reflejan mi naturaleza bioquímica, los resultados de laboratorio son algo ajeno a mi sentido interno de la personalidad. ¿Qué sentido tiene para *mí* tener el calcio alto o bajo? Este proceso de separar mis funciones corporales de mi experiencia íntima es la alienación intrínseca a la experiencia de la enfermedad. Desde esta perspectiva pueden hacerse distinciones importantes entre la percepción del cuerpo en la «experiencia vivida» de manera normal o cotidiana, y la perturbación introducida por la enfermedad y sus cuidados.

Hay estrategias para lidiar mejor con este proceso de deshumanización, y no sorprende comprobar que las mejores soluciones son también las más sencillas. Los profesionales sanitarios tienen que escuchar, responder y asumir la experiencia subjetiva de la queja de un paciente. Hay mucho descontento que procede del poco tiempo que el médico pasa con su cliente, y de las pocas veces que se establece un verdadero diálogo. Si nos fijamos en la narrativa clínica, la manera en que el paciente cuenta la experiencia de su enfermedad proporciona al médico enseñanzas cruciales, en lo científico y en lo referente a su papel como cuidador empático, esto es, ético. Además de obtener información que puede ser importante para atender las necesidades particulares del paciente, su propia descripción de la enfermedad presenta al médico el problema del sufrimiento, con la profunda perturbación, incertidumbre y dolor que trae consigo la enfermedad. Ignorar este aspecto de la enfermedad es negar la humanidad fundamental del paciente y relegar su estatus al de un objeto. Esta actitud solo puede contrarrestarse con una construcción relacional efectuada con deliberación y cuidado.

## Un enfoque relacional de la ética médica

*Reanimación (o «resucitación»): la sola palabra ya provoca pánico. Por supuesto, a médicos y enfermeros no les provoca ningún pánico. Corren a dar un masaje cardíaco, administran fármacos, respiran para el paciente. Hace poco me tocó presenciar un episodio de esos en la UCI. Allí es habitual tener un «código», así que el evento estaba bastante coordinado; cada uno tenía su papel y no había elementos emocionales que les recordasen que el objeto de ese ejercicio, todavía en lo mejor de la vida, iba a dirigirse al olvido o bien a reunirse con la angustiada familia que esperaba fuera. Si había alguna emoción, estos veteranos salvavidas no daban muestra de ella. Era solo una más en una larga serie de paradas cardíacas, un término dramático pero bastante neutro que significa «al borde de la muerte».*

*Mi madre tuvo una en mi casa. Tenía un timbre junto a su cama por si nos necesitaba. Llevaba mucho tiempo enferma y ya estábamos acostumbrados a sus ataques de asma de las 2 de la madrugada, esos episodios aparentemente intratables en los que se sentaba ligeramente encorvada y usaba los músculos del pecho y cuello para inhalar un poquito más de aire. Sus ojos vidriosos y la mirada triste y asustada nos decían que la medicación no funcionaba. Una noche, cuando entré en su cuarto, me echó una mirada rápida antes de caer. Dejó de respirar. No puedo recordar exactamente lo que ocurrió, pero la «resucité» y, cuando llegaron los bomberos y la ambulancia, la intubaron, le dieron oxígeno, le pusieron una vía intravenosa. La seguimos en coche al hospital.*

*Médicos y enfermeros quedaron bastante impresionados por mi hazaña en solitario. Intenté explicarles que no se parecía en nada a su código, que hice lo que hice al borde del pánico. No podía recordar ni un solo detalle de mis acciones tras la parada, ni explicar por qué se reanimó. Todo lo que sé es que cuando llegaron los bomberos ella seguía viva. Mi madre vivió unos pocos años más, sola, sin nadie que pudiera sacarla de la última parada. No estuve ahí pero sé exactamente cómo debió haber experimentado sus últimos momentos. En cierto sentido, yo estaba ahí. Por fin había experimentado lo que era la muerte.*

*A los cuarenta comencé a separarme de la ciencia, a estudiar filosofía en serio y a cultivar conscientemente mi yo más amable. Sin lugar a dudas ahora soy mejor médico por ello. La muerte de mi madre había reactivado mi vocación inicial, recordándome que no podemos conocer nuestra propia muerte, solo la de los demás. Siendo testigos, nos vemos a nosotros mismos.*

Filosóficamente podemos contemplar la enfermedad como una disyunción entre la mente (la subjetividad) y el cuerpo (*disease*, la enfermedad de la medicina científica). Como ocurre con todas las dualidades, parte del dilema es cómo construir un enfoque coordinado que pueda reunir ambos aspectos de nuestra identidad. En el contexto médico, la división cuerpo/mente tal vez sea útil para un enfoque científico, pero curar las enfermedades no es un problema exclusivamente epistemológico. Psicológicamente, la enfermedad [*illness*] como *experiencia* es algo profundamente invasivo de nuestra integridad como *yoes*, y esto se vuelve un problema moral porque *persona* es una categoría moral.

El proyecto global se convierte entonces en un intento de unificación. En lugar de tratar solo con la enfermedad fragmentaria (epistemológicamente), el médico debe dirigirse a la persona entera (éticamente). En pocas palabras, tenemos que crear espacio en el «problema médico» para la solución ética: el encuentro médico-paciente requiere una filosofía relacional.

Nótese que este encuentro no es uno en el que médico y paciente se encuentren como amigos, dedicados ambos a perseguir el bien de la salud. Esta actitud se suele denominar «beneficencia»: una simpatía mutua al servicio del bien común que es la salud. Esa relación asume que médico y paciente comparten los mismos ideales médicos, que no hay conflicto de intereses económicos o sociales entre ellos, que tienen los mismos valores morales. Naturalmente, todo eso es mucho asumir, y a menudo no se cumple. Una ética basada en la beneficencia debe intentar establecer un terreno social común y, más en particular, debe partir de la complejidad inherente a los acuerdos sobre objetivos comunes. Lo que propongo tiene una estructura diferente. En cierto sentido, la ética relacional es más sencilla: en lugar de tener dos partes que se ponen de acuerdo en un objetivo común, el abordaje comienza en un momento anterior, cuando el médico sirve al paciente en un acto de responsabilidad. No tiene por qué haber una negociación sobre lo bueno o sobre cómo alcanzar un determinado objetivo. En este esquema, el cuidado es una relación ética a priori; los objetivos vienen después.

En la filosofía que propongo el encuentro entre médico y paciente es fundamentalmente ético: no hay reservas ni contingencias. La esencia de la medicina solo puede ser una relación *incondicional*. En este sentido, la ética interrelacional altera el campo de juego de la ética médica. Obviamente, la beneficencia es un principio rector en el encuentro médico-paciente, pero es solo un producto del compromiso ético primario. La beneficencia es resultado de un mandato ético más fundamental y no puede servir como un criterio definitorio de la atención sanitaria.

Finalmente, cuando la alteridad *define* la relación, el yo autónomo queda atrás. Así como la beneficencia se ha convertido en un producto de la ecuación, la autonomía ha desaparecido del álgebra ético. Pasa de un ideal de autosuficiencia a convertirse en un principio de la amoralidad. Puede que esto sea plantearlo de manera muy tajante, pero ilustra bien la distancia entre la ética relacional y la de la autonomía. Difícilmente podría polarizarse más la estructura metafísica de estas posiciones.

¿Cómo empezar a esbozar una filosofía de la medicina a partir de este esquema? Hay tres preceptos básicos.

(1) La relación médico-paciente viene dada, a priori, como una relación de responsabilidad, y esta debe emanar de la compasión. Así, el profesional sanitario hace al paciente un compromiso personal, un producto empático de su personalidad. Encontramos este precepto en los escritos hipocráticos, y está presente en las diversas descripciones del buen médico a lo largo de los siglos. Hay testimonios de épocas pasadas, cuando la conciencia religiosa se expresaba con más libertad, en los que este rasgo se expresaba en términos de amor. Por ejemplo Savonarola, el dominico visionario del siglo XV, escribió que:

Nadie puede haber mejor que el médico que lleve amor y caridad a los enfermos, si es bueno y amable, capaz y bien formado. El amor le enseña todo, y será la regla y medida de todas las reglas y medidas de la medicina.

En estos tiempos más secularizados basamos esa empatía en lo que Nathaniel Hawthorne describió en *La letra escarlata* como una clase de intuición compartida:

Si [el médico] posee una sagacidad innata y algo tan difícil de expresar como lo que podríamos llamar intuición; si no demuestra vanidad intrusa ni características propias exteriorizadas en exceso; si tiene el poder innato de llegar a tal afinidad con su paciente que este, sin quererlo, diga lo que él solo creía haber pensado; [...] entonces, en algún momento inevitable, el alma del paciente se abrirá y fluirá como una corriente oscura pero transparente, exponiendo a la luz aquellos misterios.

En ambos pasajes, la relación médico-paciente se describe como algo basado en una comprensión compartida de la enfermedad. El médico no solo sirve de observador objetivo, sino que participa en una comunión con el enfermo. La responsabilidad requiere una *respuesta* personal, que se origine en lo más profundo del alma.

Uno de los testimonios modernos más elocuentes de esta relación es el retrato de un médico rural inglés, John Sassall, descrito por John Berger en *Un hombre afortunado* (1967). Cuando describe la naturaleza de la enfermedad, Berger enfatiza la sensación de alienación del paciente. El principal compromiso del doctor Sassall es revivir la individualidad perdida, lo que consigue gracias al mismo proceso de respuesta y reconocimiento descrito por Levinas. Dice Berger:

La tarea del médico ahí —a no ser que se limite a aceptar que existe una enfermedad y sencillamente se tranquilice a sí mismo diciéndose que es un paciente «difícil»— es reconocer al hombre. Si el hombre empieza a sentir que es reconocido —y ese reconocimiento podría incluir rasgos de su carácter que él todavía no ha reconocido en sí mismo—, habrá cambiado la naturaleza desesperada de su desdicha [...].

Al esbozar el encuentro profundamente personal entre médico y paciente, Berger subraya el acto de reconocimiento, una palabra que emplea repetida y deliberadamente para atrapar el lugar del encuentro ético. El proceso de reintegración —de curación— requiere que el doctor se proyecte a sí mismo como una persona semejante, alguien en quien el paciente reconoce aspectos que él también posee, a pesar del daño o la molestia presentes en su autoconciencia:

el hecho de que el médico acepte lo que le cuenta y la precisión con la que aprecia sus insinuaciones sobre cómo podrían encajar las diferentes partes de su vida, terminarán convenciendo al paciente de que él y el médico y el resto de los hombres son semejantes; le parecerá que el médico conoce tan bien como él lo que quiera que le cuente sobre sus miedos y sus fantasías. Ha dejado de ser una excepción. *Puede ser reconocido*. Y esto constituye el requisito básico para la cura o la adaptación. (Las cursivas son mías).

El éxito de Sassall depende de «la profunda, aunque tácita, expectativa de fraternidad del paciente». Esta es la dimensión ética que informa su práctica. No ha renunciado a su pericia técnica; al fin y al cabo, era competente como cirujano, obstetra, pediatra e internista. Pero al tratar con sus pacientes Sassall dependía de su fuero interno ético mucho más que de una habilidad para esconderse detrás de su identidad profesional o técnica. Expresaba esa voz humana de muchas maneras, pero a mí me gusta en especial esta confidencia:

Hace muchos años que el sentido común es para mí un tabú, salvo, tal vez, cuando se aplica a problemas muy concretos y fáciles de evaluar. Es mi mayor enemigo en el trato con los seres humanos, y mi mayor tentación. Me tienta a aceptar lo obvio, lo más fácil, la respuesta que está más a mano. Me ha fallado casi siempre que lo he utilizado, y solo Dios sabe cuántas veces he caído y todavía caigo en la trampa.

Si no priorizamos la empatía nos condenamos a una medicina miope y tecnocrática. Esto no quiere decir que no haya lugar para soluciones altamente técnicas a ciertos problemas. Ya no podemos esperar menos. Pero esta no es una elección excluyente, de una cosa o la otra. ¿Por qué no exigir cuidados humanos y científicamente competentes? Más allá de la pericia y la competencia técnica, tal vez la ética médica deba enfrentarse a ese desafío más difícil de la identificación del médico con el paciente. A mi juicio, esta relación sitúa adecuadamente al profesional como paladín defensor del paciente. En el mundo de las organizaciones sanitarias, el papel del médico necesitará incorporar progresivamente ese rol defensor.

(2) La ética médica debe reconocer la primacía de esa confianza por la que un paciente entrega una porción significativa de su autonomía. Los

médicos se forman, y deben hacerlo, para dominar actividades extraordinariamente complejas. Realizar una operación a corazón abierto o de neurocirugía es una hazaña intelectual y técnica prodigiosa; tratar una leucemia aguda o el SIDA requiere un enorme fondo de conocimientos, experiencia clínica y buen juicio. Los pacientes renuncian inmediatamente a su estatus autónomo en base meramente a estas diferencias de conocimiento. El juicio es el ingrediente crucial; y cuando estamos enfermos perdemos nuestra capacidad para ser objetivos. En la dependencia los grados de libertad disminuyen necesariamente. Esa relación entre iguales propia del esquema original de Levinas ha perdido su paridad. La ecuación se ha vuelto más compleja y el perdedor es esa autonomía del paciente tan presente en la bioética reciente.

—*¿Qué tal va el doctor Cassidy?*

—*Bueno, ya sabes, tiene 89 años. Apenas puede tolerar la dosis completa de quimio.*

—*¿Qué? ¿Le habéis dado una dosis completa?!*

—*Mmm... él insistió.*

—*Eso es ridículo. ¿Quién es el médico aquí?*

—*Yo, obviamente. ¡Pero no te metas conmigo! Sabes perfectamente que él ha tratado más linfomas que el resto juntos. Esta vez se lo pasé. La próxima ronda le damos la mitad.*

—*Eso si sobrevive a la primera.*

La cuestión de la autonomía es muy problemática y creo que el verdadero asunto está en cómo definir la confianza profesional. Por un lado, queremos controlar nuestro destino, pero a menudo debemos renunciar a la oportunidad o la obligación de hacer elecciones. Otros toman por nosotros las decisiones médicas. Al mismo tiempo, también se cometen errores, incluso entre pacientes bien informados y médicos bien intencionados. Nuestra ignorancia respecto del futuro nos niega poder hacer algo con completa confianza. Cuando el médico recita una estadística en la que una terapia particular ofrece un 80% de probabilidad de curación, ¿es relevante para este paciente individual? Hay una posibilidad entre cinco de que la terapia falle, y solo la prueba determinará en este caso particular cuál será el resultado. Debemos tomar la decisión mejor informada, pero nunca hay garantías de que la elección sea la correcta. Hay muchas incógnitas en juego, y la estadística solo puede proporcionar información, es parcial y descriptiva. Esta es una distinción importante. Tratamos de elegir la mejor opción, pero a menudo no sabemos cuál es. Intentamos anticipar las consecuencias con estimaciones inteligentes, basadas racionalmente, y esperamos que todo salga lo mejor posible.

Para lidiar con la incertidumbre hace falta una gran experiencia y capacidad de juicio profesional. En el contexto de una enfermedad, la con-

fianza en el médico reduce de manera natural la autonomía del paciente. Los pacientes necesitan ser informados, necesitan tomar decisiones libremente, y son responsables en última instancia de los riesgos médicos asumidos; pero estos son grados limitados de autonomía. El paciente depende en última instancia de los profesionales para recibir consejo. No estoy proponiendo una vuelta al paternalismo, pero así vista la autonomía pierde mucho de su carácter sacrosanto. Dicho de manera tajante, la autonomía tiene un estatus subordinado en mi descripción del universo ético de la medicina.

(3) Aunque he defendido una ética relacional, esta construcción no puede basarse en una formulación levinasiana en la que haya una reciprocidad entre el Yo y el Otro (es decir, en la que el Yo sea definido por el Otro en una ecuación relacional, y el Otro sea también un yo definido recíprocamente). En medicina, la ecuación entre el Yo y el Otro es categóricamente asimétrica. La exigencia de que el paciente deba confiar en la habilidad del médico no deja lugar a la reciprocidad. En mi intento de describir la ética médica como una aplicación de esa filosofía relacional, debo admitir que la interrelación entre el Yo y el Otro ya no posee la igualdad del libre encuentro. Cuando consideramos la posición del paciente, vemos que el poder del constructo relacional se aplica mejor si lo entendemos como un vector que va del médico hacia el paciente. Lo opuesto es imposibilitado por la dependencia. Así las cosas, la cuestión de la restauración del pleno sentido de la personalidad del paciente puede construirse en este esquema como algo pasivo en exceso. Pero el médico se compromete éticamente como cuidador para restablecer la identidad completa del paciente. La relación puede no ser simétrica, pues el paciente sufre, pero el *objetivo* de curarle afirma de hecho un intercambio igualitario entre yoes plenos. El éxito del cuidador reside en la recuperación del verdadero yo del paciente, pero esa ecuación tampoco es unilateral. Al establecer una identificación empática con el paciente, al *verle* verdaderamente, el profesional se experimenta a sí mismo en su plenitud. De esta manera, la tarea de una ética médica centrada en el encuentro asistencial realiza tanto al paciente como al cuidador. Cada uno se convierte en un yo *relacional*.

Al plantear los temas de esta guisa he intentado presentar explícitamente lo que yo veo como el problema esencial en la filosofía de la medicina o, para ser más preciso, el problema de la medicina, que aparece tan claramente en la cuestión de los yoes postmodernos en este mundo postmoderno. Buscamos fundamentar una teoría ética respetando al mismo tiempo diferentes creencias y exigencias culturales y así impedir que el Otro se convierta en un objeto. Y la otra cara de la moneda



también está clara. En última instancia, el clínico se define mediante el cuidado y la responsabilidad que emergen en un espacio ético repleto de oportunidades para convertirnos en verdaderos yoes. Este encuentro es, al fin y al cabo, lo que cumple nuestras aspiraciones profesionales.

La medicina es una encrucijada única en la que probar estos preceptos. Si la filosofía va a ayudarnos a entender quiénes somos y cómo ordenamos el mundo implicándonos en él, yo veo el componente ético no como un añadido, sino como los cimientos de la práctica clínica. Ese es el lugar natural de la medicina. Así que cuando nos preguntamos «¿qué es la medicina?» yo comenzaría diciendo que «la medicina es ética». Todo lo demás viene a continuación.

---

### Referencias bibliográficas

Howard Brody, *Ethical Decisions in Medicine*, 2d ed. (Boston: Little, Brown and Co., 1981), p. 5.

C. S. Lewis, *The Abolition of Man* (Nueva York: Macmillan, 1947), p. 40. Trad. cast.: *La abolición del hombre* (Madrid: Encuentro, 2007).

Marc A. Rodwin, «Strains in the fiduciary metaphor: Divided physician royalties and the obligations in a changing health care system», *American Journal of Law and Medicine* 21 (1995): 241-257; pp. 249, 254.

Savonarola citado en Maurice B. Strauss (ed.), *Familiar Medical Quotations* (Boston: Little, Brown and Co., 1968), p. 399.

Nathaniel Hawthorne, *The Scarlet Letter* (Nueva York: Dell Publishing Co., 1960), pp. 158-159. Trad. cast.: *La letra roja* (Madrid: Espasa-Calpe, 1998), capítulo 9.

John Berger, *A Country Doctor* (op. cit.), citas, en este orden, de las pp. 75, 76 y 62. Trad. cast.: *Un hombre afortunado* (Madrid: Alfaguara, 2008).