

¿BIOÉTICA DE MÁXIMOS O DE MÍNIMOS EN LA RELACIÓN CLÍNICA?

LUIS MIGUEL PASTOR GARCÍA

Departamento de Biología Celular (Máster en Bioética)
Facultad de Medicina, Universidad de Murcia
Centro de Investigación y Formación en Bioética de Murcia

I. INTRODUCCIÓN

Es evidente que la experiencia ética en el hombre presenta una notable diferencia con respecto a otras que suceden en el ser humano. Quizá la diferencia más importante se apoye en la percepción que tiene cada hombre de que en su obrar no solo tiene que alcanzar un fin parcial, sea útil o placentero, sino que en cada acto está comprometida su propia humanidad. Es decir, las acciones que realizamos deben presentar conformidad con nuestra condición como tal de personas. La racionalidad ética, pues, se escapa del cálculo parcial, es ciertamente una elección de medios para un fin, pero no en función de una determinada parcela del ser humano, sino una elección referida a realizar la totalidad de la persona. Lógicamente, esto ocurre cuando la persona humana dispone de sí misma, es decir, cuando obra de manera libre, e indisolublemente unida a ella está en juego el valor ético. Este, que es querido siempre por la voluntad en sus acciones libres, no es solo un valor vital o técnico, es algo que libremente se pretende, como una especificación del desarrollo que exige el propio ser personal en una de sus dimensiones. Además, en el mismo acto de conocimiento del valor, este es expresado como norma, en cuanto la razón realiza una adecuación de los bienes en juego con la propia dignidad personal, con su propio bien como persona. Estamos, pues, ante el valor o bien moral, y junto a él, la norma ética.

Dentro de esta misma experiencia ética –realización del hombre según el bien moral–, las normas pueden adquirir en nuestro conocimiento formu-

Este artículo es una modificación del publicado en las actas de las IV Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería, celebradas en Alicante los días 22-24 de abril de 1999; pp. 115-130.

laciones negativas o positivas. Estas, aun implicando un grado de obligatoriedad similar, miran, en un caso, a prohibir las acciones que nieguen el valor moral adecuado a nuestro ser personal y, en otro, a la propia realización de ese valor. Mientras las primeras pretenden indicarnos modos propiamente no humanos de realizar nuestro ser y son, por lo tanto, limitantes, pues nos obligan siempre y en cualquier circunstancia, las segundas nos proponen bienes que hay que alcanzar, pero dependiendo de las situaciones, las personas o las propias condiciones personales.

Junto a esto, no hay que olvidar que el hombre es un ser con biografía. No solo la persona dispone de sí de una forma atomizada en cada una de sus elecciones, sino que cada acción deja una huella en su ser, que la dispone o no a realizar el bien de la persona y, en consecuencia, a vivir o no la norma. Así, pues, mediante el obrar no solo el hombre asiente al valor, sino que él mismo, en su propio ser, se hace más asintiente o no al valor. La voluntad, pues, puede perfeccionarse y hacerse más capaz en realizar ese bien, la libertad se perfecciona. Como consecuencia de ello, la persona sigue sin estar determinada al bien, pero al mismo tiempo progresa en hacer lo que quiere, haciendo lo que debe. Es más, la persona se hace mejor éticamente a través de la adquisición de cualidades morales estables o también clásicamente llamadas virtudes morales¹.

Con esta pequeña descripción de la vida ética he pretendido poner al lector ante la indisoluble realidad de que tanto los bienes como la norma y las virtudes son categorías éticas inseparables, y que se requieren mutuamente en el comportamiento ético de todo ser humano. Y cómo no, en una parcela tan importante de él como es la responsabilidad ética dentro del trabajo profesional. Lo he hecho así, pues considero que es necesario mantener estas categorías unidas para poder dilucidar el problema que planteo en este artículo, y también para comprender cómo la vida ética muestra tal riqueza, que no es posible delimitar una línea tras la cual nos encontremos con lo que está en el terreno de lo que algunos autores indican como universalizable y exige-

1 Estas disposiciones estables en la persona son el correlato psicológico que nos predispone de una forma estable y fácil al bien moral en todas sus dimensiones. Su desarrollo armónico y en consonancia con la verdad ética va desarrollando en la persona una connaturalidad cuasi intuitiva con el bien, y un rechazo de aquellas acciones que son absolutamente contrarias a él.

ble a todos, y lo que estaría en el ámbito de lo deseable, subjetivamente no exigible a todos y, por lo tanto, en el terreno de la excelencia. En concreto, pretendo en este artículo determinar si dentro de las tareas de un profesional de la sanidad se puede considerar la *relación clínica* como una tarea que puede ser incluida o no dentro de las obligaciones mínimas éticas de este, o si, por el contrario, esta tarea podría encuadrarse dentro de unas obligaciones que solo serían exigibles desde lo que algunos autores indican como una ética de máximos. Para intentar resolver tal cuestión, realizaré en esta exposición: a) una somera crítica a la distinción entre ética de máximos y mínimos; b) intentaré hacer ver la insuficiencia de esta perspectiva para resolver el problema planteado, y c) pondré en conexión la "*relación clínica*" con los principios de la bioética, para así delimitar la obligatoriedad de esta tarea en sí misma considerada.

II. ÉTICA DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS

Como es lógico entrever, este planteamiento dual, y en ocasiones diría yo, antagónico, de concebir la ética, está derivado de una serie de presupuestos teóricos sobre cómo hay que entender la vida moral del ser humano, y está influido grandemente por la búsqueda de un contenido ético mínimo, que pueda ser compartido por todos los hombres. De hecho, este segundo aspecto es el que, a mi parecer, prima en exceso en esta propuesta ética, condicionando los contenidos de ella. Así, prima en ella un intento por deslindar o separar dentro del universo ético dos realidades: lo justo y lo bueno. Según este planteamiento, lo justo es lo que se puede exigir a todo agente moral, porque es algo universalizable; lo bueno responde a una opción subjetiva, que perfecciona al sujeto y que no es posible generalizar, pues la felicidad es algo individual. De esta manera, se configuran dos tipos de sistemas éticos: las éticas de la justicia o ética de mínimos y las éticas de la felicidad o de máximos. Como se ve, esta propuesta busca principalmente, más que el desarrollo o perfeccionamiento de la persona –su mejora–, alcanzar un nivel de convivencia en el que la injusticia sea eliminada y cada cual pueda obtener su nivel de vida buena, siempre y cuando todos cumplan un mínimo de normas que son exigibles. Ahora bien, ¿cómo es posible exigir unas normas desligadas de unos bienes y sin hacer referencia a una mejora permanente en el ser humano, que en este caso concreto sería la virtud de la justicia?

III. VISIÓN CRÍTICA DE LA ÉTICA DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS

Evidentemente, el objetivo de este planteamiento es loable, pero más que un objetivo ético me parece más adecuado para otra realidad humana distinta, pero muy próxima a la ética, como es el derecho. Es necesario determinar socialmente cuáles son los bienes morales objeto de protección y promoción en la sociedad democrática, pero ellos no agotan la vida moral, ni se identifican con la moral social, y además requieren una fundamentación en la ética². Además, una ética de mínimos con una finalidad estricta de justicia corre el riesgo de identificarse con los deberes que emanan de la legislación positiva, con lo que de alguna manera podemos caer en el fundamentalismo legal. En síntesis, mantener un planteamiento tan disyuntivo de la vida moral, separando la justicia del resto de las obligaciones éticas, puede acabar no solo con el fundamento de esas obligaciones de justicia, sino hacer pensar que la vida ética es un mínimo de obligaciones legales. De tal forma, que fuera de ellas estamos en el terreno de lo no ético, algo que cada cual configura sin referencia a valor alguno, salvo su libre elección³. La consecuencia de este planteamiento "es que la ética se va adelgazando, hasta quedarse en los huesos, como esos adolescentes a los que la inapetencia cambia en esqueleto y piel"⁴, y la persona va padeciendo poco a poco de anorexia ética.

2 La consecución de la paz social, mediante la resolución legal de los problemas que pueden surgir entre los hombres, es una finalidad del derecho que responde a la búsqueda del bien común. Pero este no se identifica con el bien particular de los individuos. Es más, una identificación de los deberes que tiene cada individuo con los estrictamente legales, hace peligrar estos mismos y la misma paz social. Es cierto que hay que determinar unos mínimos legales para toda la sociedad, pero al mismo tiempo su respeto solo es posible si se estimulan en toda la sociedad comportamientos que vayan más allá de lo estrictamente exigido y penalmente sancionado. En consecuencia, la ética no se disuelve en los consensos legales que siempre serán necesarios para diseñar una ley civil o penal.

3 Algunos autores indican que detrás de esta concepción mínima de la ética se encontraría una visión antropológica reducida de la persona. Además, existe un problema añadido en este planteamiento ético, que no tratamos en este escrito. Se trata de la cuestión relativa a cómo se dilucidan los mínimos éticos. Como es bien sabido, la tendencia en muchas ocasiones consiste en armonizar la pluralidad y universalización a través del consenso. Esto supone una visión procedimental de la ética en la que los preceptos mínimos cada vez lo son más en aras al entendimiento entre personas. Evidentemente, hay que encontrar unos mínimos acuerdos en la sociedad para que esta no sea una jungla, pero esto es la ley democrática o la constitución, pero no la ética, que no es mínima, ni máxima, sino todo lo contrario. Cf. BARCO, J. L. *Bioética de la persona*, Universidad de La Sabana, Bogotá, 1998, p. 302.

4 Cf. BARCO, J. L. *Bioética de la persona*, op. cit., p. 303.

En mi opinión, las categorías de máximo o mínimo entrañan un planteamiento muy encorsetante de la vida moral, tanto en el ámbito privado como en el profesional, que es el caso que estamos abordando. El ser humano es interpelado en cada acción. En ella, como hemos dicho, no solo se juega obtener o no unos fines concretos, sino siempre se juega la afirmación o no de la propia persona como tal. Las propuestas minimalistas de la ética olvidan que el núcleo de la vida ética es presentar un carácter proyectivo y no acabado. Es siempre una tarea que realiza la libertad y, por lo tanto, tiene siempre un carácter de máximo, que permite el progreso, el perfeccionamiento y la autorrealización. Es verdad que existen comportamientos que jamás se deben realizar y que podemos considerar como los mínimos éticos de la acción, pero estos no son condición suficiente para que la acción ética sea lícita; son simplemente condiciones necesarias. Se puede no infringir este mínimo y no ser nuestro comportamiento adecuado a la dignidad del sujeto con el cual nos estamos relacionando, porque casi todo lo ético no es de mínimos sino de máximos⁵. El comportamiento ético, pues, no tiene como finalidad primera acatar normas de una forma rígida y disciplinada –a palo seco–, convirtiéndose en un puro normativismo, tras el cual se encuentran opciones máximas libres. Es cierto que no debo hacer esto o lo otro, pero esto está en función del objetivo –intención– de mi obrar, que siempre será la búsqueda del bien. En cada situación concreta soy llamado a hacer el bien; parte de él es no hacer algo que lo destruya –preceptos negativos⁶–, pero substancialmente mi obrar ético es hacer realidad concreta los preceptos positivos que están implicados en esa situación. Para ello deberé conocer los bienes, aplicar las normas y apoyarme en mis cualidades o virtudes para hacer realidad la acción.

Los principios negativos dicen lo que no se debe hacer en concreto; por el contrario, los positivos son principios universales, que admiten numerosas determinaciones y que no son concluyentes, como los primeros. Es cier-

5 Cf. BARCO, J. L. *Bioética de la persona*, op. cit., p. 304. La mayoría de las decisiones que tomamos en la vida versan sobre lo que es mejor o peor en una determinada situación, no siendo lo peor algo que intrínsecamente sea malo para nuestro desarrollo personal.

6 Evidentemente, todo precepto negativo tiene su razón de ser en uno positivo, al cual hace referencia. Se evita el mal porque hay que hacer el bien. Ahora bien, la formulación negativa muestra dentro del carácter universal de ambas su no relatividad a las circunstancias y, por lo tanto, su cumplimiento siempre y bajo cualquier situación. MILLÁN PUELLES, A. *Ética y realismo*, Rialp, Madrid, 1996, pp. 110-115.

to que la norma negativa es siempre obligatoria, porque contradice cualquier determinación posible, pero no agota el obrar moral. Si esto fuera así, si lo permitido resultara obligatorio y el resto no tuviera trascendencia ética, ¿dónde situaríamos la obligación ética de la propia mejora personal, implícita en cada acción ética?, ¿dónde colocaríamos la máxima de "haz todo el bien que puedas y como se te ocurra. Cuanto más crezcas en actitudes éticas, mejor lo harás: no te detengas"??.

Así, pues, es cierto que la norma ética negativa es la más adecuada para la libertad, en cuanto deja un amplio espacio para hacer, para mejorar, indicándole a la persona aquello que destruiría y empobrecería la condición humana, porque el ser humano está hecho para crecer, para ser cada vez más activo, pero al mismo tiempo el principio ético más básico es un impulso a hacer el bien. Evitar el mal es necesario, pero la negación no es lo primero en la ética.

En resumen, la ética, y como tal el comportamiento ético, es una realidad tripartita, constituida de bienes, normas y virtudes, en reforzamiento mutuo, apoyadas en un principio ético que mueve desde el interior de la persona a crecer y desarrollarse éticamente realizando el bien. Bien que no puede ser reducido tampoco a normas positivas obligantes, pues este depende también de las circunstancias existentes. El ser humano, según esto, se enfrenta en cada una de sus acciones a buscar el bien encerrado en ellas, con la norma como guía y con las actitudes éticas como ayuda. Los mínimos normativos son seguridad de no errar en principio, pero no eximen de lo mejor, que no es un plus de la acción sino su correcta finalización. Es más, en ocasiones lo prudente y aconsejable para la bondad de la acción podrá ser, en situaciones concretas, simplemente atenerse a lo mínimo exigible. "Así, pues, no tiene sentido hablar de virtudes sin normas, porque enfrentadas a las normas, las virtudes se crispan al modo estoico. Tampoco se aspira a bienes más altos que los materiales si no se poseen virtudes. A su vez, separadas de los bienes, las normas son inhumanas. Por consiguiente, o se acepta la integridad de la ética, o tan solo se dispone de éticas reduccionistas, parciales e inestables"⁸.

7 Cf. POLO, L. *Ética. Hacia una versión moderna de los temas clásicos*, Unión Editorial, Madrid, 1997, pp. 119-120.

8 *Ídem*.

IV. INSUFICIENCIA DE LA ÉTICA DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS EN BIOÉTICA

Ahora bien, ¿cómo puede afectar un planteamiento teórico basado en un concepto no unitario de la ética –mínima-máxima– en la vida ética de una persona y, en concreto, en la vida moral dentro del propio trabajo profesional? Más específicamente, ¿cómo puede afectar en el terreno de la bioética de la relación clínica?

Para dar una respuesta a este interrogante, es indudable que tenemos que hacer un acercamiento a los principios éticos que están involucrados en el ámbito de la práctica clínica. Pero más que hacer un análisis de ellos, lo que nos interesa ver es cómo estos se alteran por un determinado planteamiento ético de fondo y, en consecuencia, ofrecen al profesional una orientación diferente, no solo en la toma de decisiones sino principalmente en la actitud ética global de este. En concreto, la idea de que la ética puede escindirse en dos niveles, ¿cómo afecta los principios bioéticos?

No es este el momento de abordar cuál es la mejor formulación de los principios y cómo estos tienen que estar jerárquicamente ordenados, pero está bastante claro que la relación clínica es una relación interpersonal muy peculiar, en la que ambos sujetos están implicados en una situación de alta densidad ética⁹. De todos es conocido que las relaciones sanitario-enfermo son un sistema en el que están en juego grandes valores éticos. Lo están no porque entren en diálogo la enfermedad y la medicina, sino porque se en-

9 -En el encuentro personal que se produce en la relación sanitario-enfermo, existe una confluencia entre dos dimensiones profundamente humanas y cargadas las dos de una gran densidad ética. Por un lado, la realidad de enfermar, y por otro, el acto profesional (trabajo humano) del sanitario. Con respecto a la primera, todo ser humano puede ser sujeto de la enfermedad y, de hecho, la dimensión enfermiza del hombre se presenta como una situación común de todos los mortales. Además, los acontecimientos que sufrimos en el proceso de enfermar son de tal entidad que afectan profundamente a la persona y, por lo tanto, tienen una fuerte connotación ética. La enfermedad sitúa a la persona, en mayor o menor medida, frente a los bienes o fines que constituyen su proyecto biográfico. Mi condición de hombre viviente, fundamento de mi propio crecimiento moral, se ve dañada y por lo tanto limitada por la enfermedad, o seriamente amenazada por la aniquilación con la muerte. Se entiende, pues, la alta responsabilidad ética a la que estoy llamado a través de mis decisiones durante la enfermedad. Con respecto a la segunda, se pueden considerar también dos niveles de responsabilidad ética. Por un lado, uno general, que afecta cualquier actividad profesional, y otro derivado del objeto específico de las profesiones sanitarias: el alivio, prevención, cuidado y, si es posible, curación del enfermo. Es decir, de aquel sujeto que se encuentra también en una situación, como he indicado anteriormente, de alta densidad ética». Cf. PASTOR, L. M. «Algunas consideraciones sobre la docencia de bioética para posgraduados», *Cuadernos de Bioética* 37 (1999), pp. 17-25.

cuentran frente a frente dos hombres de carne y hueso. Estos, mutuamente y de forma interrelacionada, deben responder a la llamada ética, que comparece desde la perspectiva de ser un enfermo que es ayudado por un sanitario concreto, y de ser un profesional al servicio de ese enfermo concreto. Ambos, pues, se ven mutuamente interpelados en su conciencia ética, pues juntos se ven implicados en una situación de crecimiento personal que está transida de responsabilidad ética frente a muchos bienes morales en juego y en especial la vida de uno de ellos. Esta situación hace que si se puede enunciar que cualquier trabajo humano no es una mera ocupación de facultades humanas, sino actividad que compromete radicalmente desde su interior a quien la realiza, donde lo productivo y lo personalizante, lo técnico y lo ético están íntimamente imbricados y que, por lo tanto, es fuente de crecimiento moral, este en concreto –el sanitario– tiene una sobrecarga ética. Ambos, el enfermo y el profesional, son responsables directos de la condición de ser hombre viviente: la vida.

A esta realidad responde uno de los imperativos básicos de la bioética, configurado como el principio del *valor fundamental de la vida humana*, dentro del ámbito de la bioética personalista, con una formulación positiva: *servir y promover la vida humana*, y otra negativa: *la inviolabilidad –respeto– de la vida humana*, y dos de los principios de la bioética principialista americana: *no maleficencia* y *beneficencia*. Ahora bien, como habrá observado el lector, en el primer caso tenemos un mismo principio con dos caras de una misma moneda; en el segundo caso, dos principios independientes, uno negativo y otro positivo, con relación a la misma realidad. ¿Es esto algo indiferente o responde a un presupuesto metabioético? ¿Responde esta división a un planteamiento similar al descrito anteriormente entre ética mínima y máxima? ¿Qué consecuencias trae consigo en la práctica clínica tal separación?

Contestar estas preguntas supone iniciar un discurso sobre uno de los temas de mayor discusión en el interior de la bioética actual, pero para el fin que nos hemos propuesto es necesario adentrarnos en él, aunque sea de una forma somera. Es cierto que en un primer momento los principios de *no maleficencia* y *beneficencia* eran contemplados de forma unida, pero muy pronto, dentro del ámbito de la ética anglosajona y por influencia de una perspectiva ética disociadora de la vida ética, fueron separados, relegando el principio de *beneficencia* al mundo de lo subjetivo –benevolencia–, de lo no

universalizable ni, por lo tanto, exigible, y convirtiendo la *no maleficencia* en el eje de la conducta sanitaria en el ámbito de la relación clínica. Es más, cualquier acto beneficiante se mediría en cuanto no dañara al sujeto, no en cuánto este fuera exigible por la situación del enfermo. Ahora bien, ¿es positivo para dicha relación minimizar los actos positivos en función del daño que se produzca o no, que los hará entonces exigibles?, o más bien, ¿considerar, como hemos indicado antes, la *no maleficencia* vinculada a acciones positivas, por las cuales se evitan unos males porque hay que hacer unos determinados bienes? ¿Responde bien esta perspectiva ética, preponderantemente normativista, a la estructura relacional terapéutica?

Mi respuesta, como supongo habrá captado el lector, es negativa. Y lo es porque, como he indicado anteriormente, la ética se funda siempre en un impulso hacia el bien y no en una actitud de negatividad o de no hacer determinados actos. La *beneficencia*, entendida como un hacer el bien de forma integral al sujeto y respetando su libertad (consentimiento implícito y explícito), como algunos reivindican hoy¹⁰, no puede dejar de ser el primer elemento del encuentro entre un ser debilitado por la enfermedad, que es acogido por el personal sanitario de forma incondicionada y con *respeto* absoluto de su realidad de ser humano. Insisto, no hay que olvidar que primero es hacer el bien y luego evitar el mal, y que tanto uno como otro se miden por el bien que se deja de hacer o del que se priva voluntariamente, o el bien que se conserva al no hacer el mal. De hecho, la recuperación –siguiendo la terminología americana– de la *beneficencia* es parte constitutiva de algunas de las corrientes actuales de la bioética. Pero no es solo esto. Es mucho más. Hacer el bien

10 El profesional respetará exquisitamente la libertad del paciente competente, pero al mismo tiempo le aconsejará lo que crea más conveniente, negándose a acciones que objetivamente son contrarias a la dignidad del propio paciente. No hay que tener miedo al conflicto, ni a intentar resolverlo por medio del diálogo; tampoco a la posibilidad de que llegado al extremo, haya que buscar soluciones parciales o suspender la relación clínica. En principio, la mayoría de las discrepancias entre el sanitario y el paciente versarán sobre la determinación de lo mejor en un momento concreto de la relación. En esos casos, o existe una incapacidad subjetiva por parte del paciente o sanitario para captar las razones del otro, por las cuales una decisión es mejor que otra, o uno de ellos tiene razones objetivas que el otro no puede captar. En ambos casos la decisión del paciente puede ser mejor asumida y tolerada por el sanitario. En cambio, sí que parece que no puede ser obligado el sanitario o el paciente a asumir acciones que son consideradas en sí mismas como actos intrínsecos de maleficencia. Desear lo mejor, pues, al que ayudamos, es la base firme para respetarlo también en su libertad y conciencia, pues no es admisible la imposición del bien a una persona y concebir que estamos haciendo lo mejor. Evidentemente, no contemplamos aquí situaciones de tutela médica, donde por incapacidad del enfermo este está bajo la protección del sanitario.

en la relación clínica –evitando lógicamente el mal, pues va implícito en el primero– es el núcleo de la actividad sanitaria. *Servir* o *ayudar* al enfermo requiere de la prudente concreción de normas para realizar los bienes inherentes a dicha relación, con la ayuda inestimable de las virtudes sanitarias. ¿Qué ocurre, entonces, si desde una perspectiva ética minimalista se pone un excesivo énfasis en diseccionar las obligaciones éticas en dos mundos separados, haciendo hincapié, dentro de la relación clínica, en el principio de *no maleficencia*?

Para poder responder a esta pregunta, pienso que necesito describir el conflicto en el que están inmersas, aun hoy día, un buen número de las profesiones sanitarias. Se trata del cambio operado en la relación sanitario-paciente, por diversos factores sociales, culturales y técnicos. ¿Cómo podríamos caracterizar esta situación? Y concretando la pregunta hecha antes: ¿Qué papel tiene en este conflicto una bioética excesivamente balanceada hacia el principio de *no maleficencia*, en relación con el de *beneficencia*?

Contestemos a la primera pregunta. Sintéticamente, podemos decir que en el ámbito sanitario nos enfrentamos en la actualidad ante una relación clínica que ha sido trastocada en sus fundamentos tradicionales, debido a¹¹:

- a. El avance vertiginoso de la ciencia y la tecnología, que han situado al profesional sanitario ante un dominio cada vez mayor y, por lo tanto, en cotas superiores de responsabilidad. Este dominio se opone a la actitud de *servicio*, que tiene como primer correlato el *respeto* y “es, sin duda, determinante de una cierta ‘falta de respeto’ a la realidad profunda del hombre, que subyace más allá del aparente servicio que creemos darle, buscando, a toda costa, el resultado, la eficacia o el éxito”; es decir, produce una adulteración del principio de *beneficencia*¹².

11 Nos hemos basado, en este apartado y el siguiente, en el análisis lúcido de la situación actual de la relación terapéutica de M. DE SANTIAGO, «La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo», *Cuadernos de Bioética* 36 (1998), pp. 665-678.

12 Querer el bien del paciente es incompatible u opuesto a una actitud tiránica por parte del sanitario que pretendiera imponer siempre su parecer. Al mismo tiempo, el querer que a uno le ayuden –enfermo– no puede degenerar en la tiranía de exigir caprichosamente –paciente consentido– lo que a uno le venga en gana. No responden adecuadamente a la relación

- b. Como contrapeso a esta situación, una tendencia a priorizar la voluntad del paciente en dicha relación, produciendo una situación tensa entre la actividad de servicio del sanitario y la libertad del paciente, lo que en términos principialistas sería un conflicto entre autonomía y *beneficencia*.
- c. La pérdida de la impunidad jurídica, que coloca al profesional en una situación de fragilidad, al realizar un ejercicio profesional difícil, dada la complejidad del acto sanitario, su relativa efectividad y la esperanza desmesurada que ponen en él, en muchas ocasiones, el paciente y la sociedad.

Como se ve, la situación no parece muy favorable a esa dimensión esencial del acto sanitario que es la actitud de *servicio*. La situación, como se observa, es disgregadora de los elementos implicados en el acto sanitario; el dominio, la libertad autónoma y la posibilidad de verse envuelto en responsabilidades jurídicas con cierta facilidad, son elementos que amenazan desestabilizar la alianza terapéutica. De hecho, hace emerger el miedo en la relación y se rompe en ella la confianza, que está en la base del *servicio* del acto sanitario. Un nuevo modelo de relación puede emerger, basado en un equilibrio de intereses, donde el sanitario puede privilegiar su propia defensa e inhibición, en detrimento del bien del paciente, o donde la actividad diagnóstica es hipertrofiada en búsqueda de la seguridad. Estamos ante lo que muchos autores han denominado la *medicina defensiva*. Una situación con alto coste moral y económico, pero sobre todo psicológico, en donde las propias actitudes éticas del profesional se trastocan. Es verdad que la crítica del paternalismo ha sido justificada, pero, ¿no habrá sido excesiva, y más que ayudar a restablecer en su genuina pureza la actitud de *servicio* ha acabado por destruirla?

Intentemos contestar la segunda pregunta. Evidentemente, una bioética fraccionada en principios independientes o agrupada en sus principios bajo

terapéutica las actitudes de paternalismo médico o de abuso de la atención sanitaria –infantilismo– por parte del enfermo. La razón estriba en que si es verdad que el punto de arranque de la relación clínica es la petición de ayuda del enfermo, que es respondida por la actitud de servicio de un profesional en el cual se confía el paciente, tal petición no es, por un lado, ni una expropiación de la persona en beneficio del otro, ni tal servicio es una rendida prestación de servicios a voluntad del paciente. Se trata más bien de un pacto o alianza, que tiene por finalidad la salud del paciente y que exige de ambos un ejercicio adecuado de virtudes en relación con dicho pacto, para que este no sea desnaturalizado. En concreto, todas aquellas que lo faciliten y no lo conviertan en injusto por cada una de las partes.

las categorías de máximos o mínimos, tiene un papel en la situación descrita. Este, en mi opinión, más que ser corrector de la situación, puede justificarla y hasta darle carta de naturaleza. Es decir, puede ayudar a perpetuar un esquema de alianza terapéutica que considero insuficiente e inadecuado a la naturaleza de las personas involucradas en ella. Así, este planteamiento bioético puede ser utilizado para apoyar planteamientos en los que la *no maleficencia* pasa a ser lo primero: no contrariar al paciente, asumir sus exigencias, no dañar, pero no como obligaciones incluidas en el deber prioritario del bien, sino como oculta exigencia de la propia seguridad. También se podría estar facilitando que el acto sanitario pasara a ser un acto técnico o una simple transacción mercantil. De esta forma, lo que pretendidamente se presenta como actos de bioética mínima, que intentarían eliminar consideraciones de excelencia en la base de la relación usuario-paciente, podrían convertirse a la larga en actos de maleficencia para el propio paciente, por su falta de humanidad y consideración del bien del paciente. El ejercicio de las profesiones sanitarias podría convertirse más en el ejercicio de una ética mínima, "donde el hombre, el paciente –la persona que sufre–, no constituiría el objetivo esencial –el deber en conciencia del médico–, sino la enfermedad, la eficaz resolución de la misma o el fiel cumplimiento de una técnica"¹³. Estaríamos ante un comportamiento guiado por el no dañar, entendido en muchas ocasiones solo desde la dimensión jurídica, donde el nivel de exigencia ética se relajaría, porque ante el horizonte psicológico solo se plantearía la necesidad de evitarse complicaciones o riesgos innecesarios. Evidentemente, la alianza terapéutica basada en la amistad médica dejaría paso a la prudencia calculadora: "¿por qué, en suma, asumir riesgos innecesarios para beneficio de un enfermo, cuando este muchas veces no los comprende, ni los distingue de la mera obligación, o cuando su propio talante es ya belicoso y crítico?"¹⁴.

Al final parece, como decíamos antes, que el paciente, más que ser defendido, es penalizado por la transformación actual del acto sanitario y por la cobertura bioética que pretende justificarlo. Más tecnificación, menos humanismo y, en último lugar, el peligro de ser menos respetado. Y es que, como hemos dicho al principio, la tensión ética en la que vive todo hombre se

13 Cf. SANTIAGO, M. de. "La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo". *Cuadernos de Bioética* 36 (1998), pp. 665-678.

14 *Ídem*.

desinfla o queda anoréxica, cuando desligamos las obligaciones mínimas de los bienes que hay que procurar y a las cuales esas obligaciones mínimas sirven.

En el caso que nos ocupa, ese bien es el *valor fundamental de la vida humana*, que expresado como principio tiene carácter unitario, albergando juntos e inseparablemente unidos tanto el del *servicio y promoción de la vida* como el de su *respeto inviolable*. De lo contrario, las posturas maximalistas abocarán a un paternalismo dominador y negador de la propia vida humana, y las minimalistas empuñarán la dignidad humana y empobrecerán el *servicio* que esta exige.

En conclusión, considero que la distinción entre obligaciones mínimas o máximas plantea una serie de disfunciones en su aplicación a la ética profesional en general, y en particular en las profesiones sanitarias. Estas proceden de:

- a. No responder a la realidad de las condiciones éticas del acto sanitario.
- b. Crear un normativismo que aleja al profesional del crecimiento ético en el ejercicio de su profesión, que a la larga produce inhibición y daño al propio paciente.
- c. Ser una metodología –aunque puede ser utilizada– que no parece lo suficientemente adecuada para valorar globalmente el comportamiento ético de un profesional, y en concreto el sanitario, ni tampoco parece que ayude a mejorar la calidad de la actividad profesional.

V. MÁXIMOS Y MÍNIMOS EN LA RELACIÓN CLÍNICA

Después de llegar hasta aquí, pienso que estoy ahora en mejor disposición de contestar a la pregunta de si la *relación clínica* es una tarea de máximos o mínimos dentro de la atención sanitaria, y si el profesional de esta debe profundizar en su conocimiento y en la aplicación de las técnicas requeridas.

Si partimos del dato de que la tarea de sanar o cuidar, que realiza el profesional sanitario, se hace en el ámbito de una atención integral de la persona enferma, parece bastante evidente que todos aquellos bienes que redun-

den en un mayor bienestar del paciente y que, por lo tanto, tengan un carácter terapéutico, están bajo la órbita de las exigencias éticas a las que tiene que dar respuesta el profesional, si quiere realizar en su concreta actividad profesional el principio del *valor fundamental de la vida humana*. Determinadas acciones habrá que cumplirlas siempre –obligaciones negativas–; otras, las positivas, habrá que realizarlas también siempre, pero dependiendo de las circunstancias. Recordemos una vez más que servir adecuadamente abarca las dos facetas de este principio, pues todo acto de *beneficencia* auténtica es indisolublemente un acto de *no maleficencia*, pues si no se hubiera realizado, hubiéramos hecho un daño a la persona, una omisión debida a las circunstancias en las que se encontraba. Afirmar bienes mediante el obrar ético exige, como primera condición, no negarlos con acciones que los destruyan¹⁵.

Evidentemente, el profesional sanitario no está obligado a realizar tareas extrasanitarias, que pueden ser hasta indirectamente beneficiosas para el paciente, pero sí lo está en atender todo lo que de manera directa se refiera a la salud del paciente y al curso de su enfermedad, entendiendo esta no solo en su dimensión puramente biológica, sino global de la persona, es decir, en sus necesidades materiales, psicológicas y espirituales. El acto del sanador o cuidador es un acto técnico, que está configurado por un *ethos*. El primero delimita las fronteras del segundo, indicando hasta dónde debe intervenir, pero al mismo tiempo, la voluntad de *servicio*, motor primero de su intervención, explora en esos límites, consciente de que esa vida humana está bajo su cuidado. De hecho, esa misma tensión positiva, que busca el bien del paciente, nos puede hacer descubrir tareas no suficientemente atendidas, que llaman a la puerta a cada profesional en concreto y a la profesión en conjunto. En este campo pienso que se encuentra la propia *relación clínica*. Esta necesita, en un primer momento y siempre, de “una *actitud empática*, resultado del pensamiento y la voluntad del personal médico o de enfermería, dirigida hacia una persona que precisa y demanda ser ayudada. La *relación de ayuda terapéu-*

15 De forma sintética, se podría afirmar que hay, por un lado, acciones que son maleficientes siempre para el paciente y, por otro lado, otras que lo son de forma relativa. Estas últimas –actos de maleficencia relativa– serían aquellas acciones beneficentes, que eran debidas en su momento y que no fueron realizadas por el profesional. En la relación clínica, ambos, sanitario y enfermo, son convocados para la realización del bien en un contexto de confianza. Hacer el mal traiciona dicha relación, así como el no buscar lo mejor la hace ineficaz. La alianza terapéutica tiene dentro de ella un pacto implícito: *yo, sanitario, te respetaré en todas tus dimensiones, y yo, enfermo, colaboraré respetando tu dignidad profesional.*

tica comprende también el compromiso terapéutico. Se puede decir que existe calidad en la relación empática del asistente al paciente, cuando esta se caracteriza por la aceptación del otro tal como es. De esta forma se consigue con habilidad crear un ámbito existencial, en el que el paciente pueda expresarse de forma segura y pueda encontrar, si así lo desea, nuevas pautas de comportamiento. Para conseguir esto, se exige al médico o al enfermero/a una sensibilidad y capacidad para percibir y valorar de una forma objetiva las necesidades del ayudado y responder a ellas adecuadamente¹⁶. De esta breve descripción, que evidentemente no es exhaustiva y en la cual pueden caber apreciaciones diversas, y contrastando con todo lo que venimos diciendo, se desprenden una serie de consecuencias para el tema que nos ocupa:

- a. Instaurar y desarrollar una adecuada *relación clínica* no es algo accidental al acto de cuidar o sanar, sino más bien algo esencial e indisolublemente unido a la acción terapéutica, que nace, se establece y concluye en una esfera de *comunicación interpersonal* propia de los seres que participan en ella. Puede ser que haya sido desatendida por los profesionales en estos últimos años, pero es claro que la primera condición necesaria o mínima para la relación clínica terapéutica es que se dé, de hecho, esa relación.
- b. En ella es cierto que existen mínimos éticos –la propia relación en sí misma considerada–, y situaciones, hechos o actos que contradicen siempre y bajo cualquier circunstancia esa relación. Pero según el planteamiento apuntado, son acciones que están en relación directa con un comportamiento, exigible para todos, de búsqueda por establecer la relación, y que esta sea cada vez de mayor calidad. En concreto, una buena *relación clínica* es una exigencia ética derivada del principio del *valor fundamental de la vida humana*, en sus dos vertientes de *servicio* y *respeto* a dicha vida.
- c. Esas posibles acciones positivas son relativas a cada situación, susceptibles de incremento y variables con las personas, pero siempre exigibles para el médico o cuidador.

16 Con algunas modificaciones de PARTERA GONZÁLEZ, M. J. y TORRALBA MADRID, M. J. *La relación terapéutica enfermera-cliente, desde la ética*. En PASTOR, L. M. y LEÓN, F. [edit.]. *Manual de ética y legislación*. Mosby, Madrid, 1997, pp. 100-103.

- d. Evidentemente, la mejor calidad de la relación exige aprendizaje para incrementar la efectividad terapéutica de la atención médica o de enfermería y, como consecuencia de ello, una disminución de los efectos negativos sobre la persona cuidada. A la par que el profesional busca sanar o cuidar mejor a su paciente, tiene que ir mejorando la *relación clínica* respecto a él.
- e. En conclusión, la *relación clínica* no es cuestión que se encuadre bajo categorías de mínimos o de máximos. Es una realidad indisolublemente unida al acto terapéutico y, como tal, es tanto *servicio* a la vida humana como *respeto* a ella.