

# LA ÉTICA EN LA MEDICINA<sup>1</sup>

## ETHICS IN MEDICINE

### A ÉTICA NA MEDICINA

Antonio Pardo<sup>2</sup>

*“El deber del médico se lo enseña, la mayoría de las veces y ante todo, la misma medicina. Lo enseña por lo demás la ética médica, que brota por sí misma de la naturaleza de las relaciones de confianza entre el médico y el paciente”.*  
Robert Spaemann (1)

#### RESUMEN

La medicina existe desde tiempo inmemorial porque el enfermar pertenece a la esencia del hombre, y porque la ayuda mutua es un elemento imprescindible de la vida humana en sociedad. De aquí se deriva que quien tiene vocación de médico se debe a los enfermos, viviendo con ellos un respeto negativo (no hacer daño) y uno positivo (ayudar en la enfermedad), con competencia técnica, honestidad e integridad. Y debe atender del modo más humano posible, que resulta obligado ante la vida dependiente del enfermo.

**PALABRAS CLAVE:** ética, bioética, médico, paciente. (Fuente: Decs, Bireme).

#### ABSTRACT

*Medicine has existed since time immemorial, because falling ill is part of the essence of man and aiding one another is an indispensable element of human life in society. Accordingly, the physician working with the sick owes them negative respect (to do no harm) and positive respect (to help in the disease), with technical competence, honesty and integrity. The physician must serve as humanely as possible, being obliged to do so by the patient's dependence.*

**KEY WORDS:** ethics, bioethics, physician, patient. (Source: Decs, Bireme).

#### RESUMO

A medicina existe desde um tempo imemorial, porque o enfermar pertence à essência do homem, e porque a ajuda mútua é um elemento imprescindível da vida humana em sociedade. Daqui, deriva-se que quem tem vocação de médico se deve aos enfermos, vivendo com eles um respeito negativo (não fazer dano) e um positivo (ajudar na enfermidade), com competência técnica, honestidade e integridade. E deve atender do modo mais humano possível, que se torna obrigado diante da vida dependente do doente.

**PALAVRAS-CHAVE:** ética, bioética, médico, paciente. (Fonte: Decs, Bireme).

<sup>1</sup> Conferencia pronunciada en el ciclo sobre Ética de las proce-  
siones organizado por la fundación Cultural Profesor Cantera  
Burgos, Miranda de Ebro, 13 de octubre de 2010.

<sup>2</sup> Médico; Doctor en filosofía. Universidad de Navarra, Pamplona,  
España. apardo@unav.es

FECHA DE RECEPCIÓN: 21-09-2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 16-11-2011

## INTRODUCCIÓN

Esta exposición sobre la ética en la medicina puede proporcionar sustancia para un tratado. Como el contexto trata de la ética en las profesiones, es posible enfocar la amplitud de la materia aprovechando en parte este título general: ver inicialmente de qué estamos hablando cuando nos referimos a la ética para, a continuación, examinar qué es una profesión y, en concreto, la profesión médica y las razones de su existencia. De aquí podremos extraer de modo muy directo cuáles son las exigencias éticas que implica la práctica médica.

## LA ÉTICA

En primer lugar, tenemos que aclarar lo que se entiende por ética. O, mejor, por el obrar éticamente correcto. Ética, sin más, es el estudio teórico del comportamiento humano; pero, como todo estudio teórico, se tiende a apartar de la realidad de la acción concreta; aunque este apartamiento luego permita dar luces sobre cuestiones particulares de la conducta humana, es más productivo un acercamiento parecido al de los inicios de la filosofía: miremos la realidad y lo que habitualmente se dice de ella, pues es una buena pista para acercarnos a la verdad (2).

Desde ese punto de vista, la acción éticamente correcta se corresponde con lo que todo el mundo entiende por acción buena, actuar bien, o expresiones por el estilo. En suma, lo que cualquiera entiende por bueno (3)<sup>3</sup> cuando

<sup>3</sup> No es frecuente ver este tipo de enfoque en declaraciones de ética profesional, pero se puede encontrar, junto con otras ideas quizá más discutibles, en The Board of Directors. *Ethics and Standards: The underpinnings of quality professional practice. A discussion Paper for Action* (2), pp. 4-5: "Ethics is a

califica de buena a otra persona. Dicho de otro modo: el sentido común es una guía adecuada para distinguir lo bueno de lo malo.

Este enfoque nos libra de muchos problemas: actualmente se tiende a asociar la ética con cuestiones como "lo que se debe hacer" (el deber), "seguir lo que está mandado" (obedecer la norma), "buscar lo mejor" (perseguir valores, con la ambigüedad que encierra este término), o simplemente con "ser buena persona" (tener un carácter benévolo y poco dado a las rencillas o los enfados).

Todos estos enfoques tienen algo de verdad; de lo contrario serían insostenibles. Pero se quedan en un aspecto concreto, descuidando otros que no pueden dejarse de lado. Por intentar una visión un poco más completa se apuntarán elementos que pueden ayudar a entender una cuestión de por sí compleja.

### *La acción correcta*

En primer lugar, está claro que la ética tiene que ver con "el buen comportamiento", es decir, con actuaciones humanas buenas. Y aquí hay que diferenciar ese "buenas" de "conforme a la ley", "de acuerdo con las

---

study of good, bad, right, wrong and attempts to draw together ideas and words into statements and principles that guide us in deciding what to do and how to act morally. There is no one way that ethics can be written or expressed as it depends on the context, however there are some general principles and guidelines that can be used.

"Here are some definitions for these terms.

"In general, ethics is concerned about what is right, fair, just or good; about what we ought to do, not just about what is the case or what is most acceptable or expedient".

normas”, “que obtienen el mejor resultado”, “las más eficaces”, “técnicamente correctas” y un largo etcétera de opciones más.

Esas actuaciones humanas buenas son, más bien, del tipo “hacer lo más adecuado”, “actuar como es debido”, o “como Dios manda” si lo expresamos de modo más castizo. En suma, acciones que son lo que se espera en esas circunstancias como lo más correcto, y que no tienen que ser necesariamente iguales a lo que manda la ley, lo que establece la norma, lo que obtenga el mejor resultado o lo que sea más útil o eficiente.

Como puede verse ya a estas alturas, a raíz de los ejemplos propuestos, el buen comportamiento no tiene una utilidad detrás. Puede ser de lo menos productivo, o incluso acarrear perjuicios serios al que se comporta bien. Pero es lo correcto y sabemos reconocerlo. Quizá no sea lo más astuto o hábil y, juzgado desde ese punto de vista, puede ser una conducta incluso estúpida (“¿cómo puede haber dejado escapar esa oportunidad?”), pero es lo correcto. Y por eso nos parece admirable y lo calificamos de bueno.

### ***Con voluntad recta***

Pero no es suficiente desarrollar la acción correcta: hay quien hace lo correcto pero nos parece despreciable. La diferencia estriba en que quien nos parece admirable realiza esas acciones sin estar forzado a ellas, o incluso contra presiones externas que frenarían a muchas otras personas de llevar a cabo conductas de ese tipo. No es un subordinado que actúa así por temor a represalias o consecuencias desagradables, sino que la conducta

recta se deriva de la naturaleza recta de esa persona (4)<sup>4</sup>. Una persona que obra bien tiene dentro de sí el motor de su buen obrar, es alguien bueno, y así le solemos llamar, aunque siempre diferenciando entre “ser bueno” y tener un carácter afable o bondadoso: alguien genuinamente bueno debe ser enérgico en ocasiones, y el meramente afable puede carecer en esas ocasiones de la energía necesaria para resistir con paciencia o para actuar con arranque.

### **BIEN, NORMA Y VIRTUD**

Hasta ahora hemos hablado solamente del bien: la acción éticamente buena hace lo correcto, es decir, busca un objetivo adecuado. Esos objetivos adecuados son lo que se denomina el bien. En la definición clásica, bien es lo que todos apetecen, lo que atrae la acción. Si no hay un objetivo, no hay acción.

Pero distinguir el bien no es una acción automática, como sucede en una máquina, ni tampoco una reacción instintiva, como la que se da en los animales. Para obrar el bien hay que recibir una educación moral. El bien se aprende, como todas las cosas. No nacemos sabiéndolo. Ese aprendizaje del bien sucede primordialmente en la familia, en la que nos inculcan las normas morales básicas: nos dicen que ciertas acciones están mal, que otras no son censurables, y nos alaban por llevar a cabo las genuinamente buenas.

La norma ética es así una guía para descubrir el bien. No es una norma en el sentido de un precepto que obliga como una ley de tráfico, o en el sentido de que se pueda

<sup>4</sup> No hay más que recordar al personaje Atticus Finch, de la novela de Harper Lee *Matar un ruiseñor*.

deducir de ella qué hay que hacer. Lo habitual es que las normas pongan unos preceptos negativos claros (hay cosas que nunca se deben querer y ejecutar), y otros preceptos positivos, pero ambos dejan un margen de acción amplísimo. Del deber de no matar y de ayudar a los demás no se deduce qué tengo que hacer *en concreto* ahora; ni se puede deducir.

Por tanto el hombre, además de percibir lo bueno y de ser capaz de captarlo gracias a la orientación de la norma que recibe en la educación, precisa algo más: unas cualidades que le permitan acertar en lo que hay que hacer aquí y ahora. Esas cualidades son las virtudes, especialmente la prudencia. Prudencia no es, en este contexto, ser precavido, sino el arte de atinar con lo más adecuado a la hora de actuar, una connaturalidad con lo más correcto, con la acción más adecuada que se presenta ante mí (5).

### ***El médico, vir bonus medendi peritus: hombre bueno experto en tratar***

Este cuadro de la ética muestra que comportarse bien no es fácil. Se precisa haber recibido una educación buena, esforzarse personalmente por distinguir siempre lo mejor, y el empuje complementario para ponerlo por obra (que, con el tiempo, se va haciendo connatural y más fácil: la virtud, que se adquiere a base de intentar obrar el bien).

Pero a todo esto hay que añadir la capacidad técnica: la medicina es un arte, es decir, con terminología moderna, una técnica de hacer cosas, de intervenir sobre el enfermo para procurar su salud.

De ahí la definición clásica del médico como *vir bonus medendi peritus*, hombre bueno, experto en tratar (6)<sup>5</sup>, que Escribonio Largo, médico del emperador Claudio, complementa con *plenus misericordiae et humanitatis*, lleno de misericordia y humanidad (7, 8, 9)<sup>6</sup>. Se puede juntar así, en una sola frase, todo el contenido de la ética profesional, que empieza por ser un hombre bueno, cuestión a la que hemos dedicado el comienzo de este texto. Sin bondad ética, en el sentido fuerte (no mera bondadosidad), no hay buen médico. Y no se traiciona la idea de fondo al afirmar que no hay médico siquiera.

<sup>5</sup> La expresión *vir bonus medendi peritus* es una versión o juego culto sobre la famosa *vir bonus, dicendi peritus*, definición clásica romana del retor (prof. Sánchez Ostiz, comunicación oral, 15-7-2010). Parece que su origen se remonta a Varrón (s. I a. C.), en su *Disciplinarum libri novem* que, al añadir la Medicina y la Arquitectura a las cinco artes liberales que se consideraban entonces, transpuso esta definición de retor (*vir bonus dicendi peritus*, hombre bueno experto en hablar) al médico, que se describe desde entonces como *vir bonus medendi peritus*, hombre bueno experto en tratar. Cf. el discurso de Gracia, *Primum non nocere* (6).

<sup>6</sup> Se atribuye erróneamente también a Escribonio Largo (s. I) la definición de médico como *vir bonus medendi peritus*. El texto de la Wikipedia que hace esta atribución (7) parece que toma el dato erróneo de Manzini (8): “Esta definición evoca la recomendación de Catón el viejo a su hijo acerca de las virtudes deseables en un buen rétor: honorabilidad y elocuencia (*vir bonus, dicendi peritus*)”. Este último artículo, además, se queda en que esa era la consideración de la época y, por deformación historicista, no llega a calar qué es la práctica médica o el humanismo en medicina sino relacionándolo con las prácticas o mentalidades de cada época. La Wikipedia, aunque tome la definición de ese artículo, dentro de su brevedad, la explica llegando mejor al núcleo de lo que es el médico. El texto original de Escribonio es el siguiente: “... tum praecipue medicis, in quibus nisi plenus misericordiae et humanitatis animus est secundum ipsius professionis voluntatem” (9). Obsérvese la referencia a la voluntad de la profesión, cuyo sentido explicitaremos a continuación en el texto.

## LA PROFESIÓN

En la precisión que Escríbonio realiza sobre las características del médico indica que la misericordia y la humanidad van con la voluntad de la profesión. También da una serie de características que dejó expuestas más por menudo en su obra, y que no se pueden desdeñar. Se podrían resumir diciendo que el médico se debe a sus pacientes (10)<sup>7</sup>. Si no fuera por la época en que vivió, se está tentado de atribuir a esas ideas un origen cristiano, que no es el caso. Pero este “deberse a sus pacientes” implica cuestiones que es raro ver explicitadas, aunque lo merecen.

### Vocación

En primer lugar, Escríbonio concibe la medicina como profesión, y me adhiero totalmente a la idea. Pero profesión no significa aquí “el tipo de trabajo que hacen las personas que se dedican a eso”, es decir, no es una categoría sociológica. *Professio*, para los latinos, era hacer una declaración pública; en este caso, una declaración pública de dedicación a los enfermos.

En castellano todavía empleamos la palabra “profesión” en este sentido en algunos contextos: profesión de votos religiosos, hacer profesión de fe (recitar el credo), o el propio juramento hipocrático que sigue existiendo en algunas facultades de medicina como parte del acto de fin de estudios. Todas estas son manifestaciones públicas de que se va a llevar un modo de vida acorde con lo que

se profesa o declara. Dicho de otro modo, ser médico no es un trabajo cualquiera, sino algo que compromete toda la vida.

La visión cristiana posterior ha proporcionado un fundamento teórico a la profesión, entendida de este modo. Dicho fundamento es la vocación; Dios llama a cada persona a un camino peculiar en su vida, que se puede reconocer, y aceptar (o rechazar). La aceptación implica un compromiso con una persona (Cristo) y su llamada, y la profesión externa de que se cumplirán las obligaciones correspondientes a la medicina es la manifestación de la aceptación de esa vocación en el caso del médico. De todos modos, no es necesario remontarse al origen divino de la vocación para percibir que se está llamado a servir a los pacientes, y para manifestar externamente que se acepta ese compromiso, cuestión clara cuando leemos a los médicos paganos como Hipócrates o Escríbonio.

### Social

De lo dicho se deriva una cuestión elemental: el médico, por el mero hecho de serlo, está para desempeñar una labor en sociedad, para servir a los demás, mediante su técnica que ayuda a recuperar la salud. Esta labor no es más que la cristalización en su profesión de un principio más general: el hombre está en este mundo viviendo en sociedad, es decir, en interacción con los demás y, básicamente, con el objetivo de la mejora mutua (11)<sup>8</sup>. Hay situaciones en las que la necesidad de esta ayuda mutua para conseguir la plenitud humana es patente: en

<sup>7</sup> Podemos encontrar la versión moderna de esta concepción en Herranz (10). Ahí, este autor enumera los pasos de dicho respeto —percepción, aceptación, respuesta—, fases en las que cristaliza la dedicación al paciente.

<sup>8</sup> “[La comunidad], habiendo comenzado a existir simplemente para proveer la vida, existe actualmente [siglo IV a. C.] para atender a una vida buena”, es decir, para conseguir la plenitud humana de la vida buena y virtuosa (11).

la infancia; primero desde un punto de vista meramente biológico; pero, ya desde muy pronto, desde un punto de vista humano: el niño debe aprender el lenguaje, los hábitos básicos de manejo de objetos o ropa, el modo de comportarse en sociedad, la ética, los conocimientos intelectuales básicos, la religión... y no terminaríamos esta enumeración.

Pero esto también sucede en el adulto: los estudios universitarios, el aprendizaje de las profesiones, los consejos de colegas y amigos, y un largo etcétera, configuran la vida humana.

Dicho con frase clásica: el hombre es social por naturaleza. Sin sociedad no hay hombre, como manifiestan los casos clínicos bien documentados de “niños salvajes” que no muestran un comportamiento propiamente humano. Sin la ayuda de otras personas, el hombre no puede llegar a serlo plenamente.

### ***No convencional***

Ser médico, además, no es algo cuyo contenido esté a nuestro arbitrio. No es un trabajo que ha inventado alguien ingenioso, que ha conseguido encontrar un hueco o una necesidad sin cubrir en el mercado laboral. El objetivo de la profesión médica viene dado: conseguir la salud de los enfermos.

El hecho de que la medicina haya inventado o emplee técnicas diversas de tipo físico, químico o biológico no significa que dichas técnicas se puedan emplear para cualquier fin. De hecho, uno de los problemas más serios de la medicina actual consiste en que se buscan sus servicios con objetivos distintos, y se pagan como si se tratara de un intercambio comercial cualquiera.

En muchas ocasiones esto no acarrea demasiados problemas pues lo que pide el enfermo como si fuera un cliente coincide con lo que el médico debe facilitarle para conseguir su salud; pero, de hecho, hay zonas grises en que no se termina de saber en qué terreno nos estamos moviendo: una determinada cirugía estética, que corrige una deformidad no muy notoria, ¿es proporcionar salud o un capricho que se puede vender? Y, en otras ocasiones, los problemas son numerosos cuando los médicos perdemos el sentido profesional por el dinero. Nos extenderemos más adelante sobre la cuestión.

### ***Por el bien del otro***

La labor del médico debe poseer siempre un componente de gratuidad, de hacer las cosas “por amor al arte” o, por decirlo con precisión, por amor a los pacientes. En esto se pueden encontrar grados, pero es un factor que debe estar siempre presente en la medicina.

No pensemos que otras profesiones están exentas de este deber de solidaridad. Así, incluso en el intercambio comercial más sencillo, tiene que haber una confianza mutua, sin la que la compraventa se haría imposible: quien vende debe buscar la utilidad del comprador, y este no debe defraudar en el pago. Si al vender se busca sobre todo el beneficio, puede que se obtenga efectivamente más dinero, pero será a costa del servicio debido al cliente. Por el contrario, si se busca ante todo el servicio, eso se logrará junto con algo que ha formalizado la economía moderna: la confianza y fidelidad del cliente, lo que supone, a un plazo ligeramente más largo, ese beneficio económico que otros persiguen a corto plazo con resultados a veces deplorables.

En medicina, no cabe siquiera plantearse otro objetivo que el bien del paciente. Toda injerencia de fines

extraños, si no está muy controlada, suele suponer un desaguado que puede ir desde que el paciente frunza el ceño ligeramente hasta incluso su muerte. Y no exagero: no hay más que pensar en los experimentos médicos realizados en Guatemala en 1949, que hemos conocido hace poco por la prensa.

### REQUERIDA POR LA NATURALEZA HUMANA

Al mencionar que la actividad médica es algo no decidido por las partes, solo nos queda la alternativa de derivarla del modo de ser del hombre. Por ser hombres, necesitamos atención médica cuando enfermamos. Aunque nos extendamos luego explicando qué son la salud y la enfermedad, conviene hacer unas precisiones previas.

El hombre es un ser complejo. Pensar que es solo un animal, es decir, un organismo vivo, que la biología puede estudiar completamente, es un error (quizá demasiado extendido). Por este motivo, la preocupación de la actividad médica debe abarcar todas las facetas del ser humano. La más evidente, y en la que primeramente se suele pensar, es la orgánica. La clase médica suele tener este aspecto en primer plano desde que apareció la idea de que a toda enfermedad subyace una lesión, idea muy fructífera para tratar a los enfermos, desde sus orígenes en el siglo XIX.

Pero un paciente no es solamente un organismo estropeado (al nivel que sea), desterraríamos la psiquiatría de la medicina si pensáramos así. También tiene un mundo interior, de afectos, impulsos, inquietudes, alegrías y tristezas; todos estos elementos deben guardar una armonía para que el hombre pueda desarrollar su vida normal, y pueden desequilibrarse. El médico debe

entrar a conocer todo ese mundo interior si realmente quiere ayudar a su paciente.

Y no solo eso: el enfermo también tiene una visión de la vida, un modo de entender el mundo, unas metas personales, una religión. Esos elementos centrales de su vida también pueden influir en su salud. Es bien conocido a este respecto el planteamiento de Víktor Frankl, padre de la escuela psiquiátrica de la logoterapia, en su obra *El hombre en busca de sentido* (12)<sup>9</sup>. El médico no puede ser ajeno a esos aspectos de la vida humana: en ellos puede residir la clave del enfermar. El profesional que es simultáneamente confidente y consejero no puede quedar relegado al pasado si se desea una buena medicina que trate a las personas como tales.

### PORQUE EL HOMBRE ENFERMA

Del apartado anterior ya se trasluce que enfermar tiene que ver con no poder vivir la vida ordinaria. Galeno entendió la salud como no padecer dolores y poder realizar las actividades diarias (13)<sup>10</sup>. Santo Tomás de Aquino, con el formalismo propio de la escolástica, la define como

<sup>9</sup> Esta obra, que describe la estancia del autor en los campos de concentración, muestra la importancia del sentido de la vida en esas circunstancias extremas: en uno de los episodios que relata animó a sus compañeros de cautiverio, en un momento de especial hundimiento psicológico, hablando del sentido de la vida, del sufrimiento y del sacrificio. En esta misma idea de fondo —la pérdida del sentido de la vida del paciente— sitúa Frankl el origen de muchos problemas psiquiátricos, que solo se pueden abordar adecuadamente desde este enfoque.

<sup>10</sup> Salud es “una condición en la cual ni sufrimos dolor ni estamos impedidos para realizar las funciones cotidianas”. Citado en Medicina, sanidad y salud (13). Por desgracia, este documentado trabajo adopta una noción de profesión puramente sociológica.

el hábito corporal que permite la operación (14, 15)<sup>11</sup>. Y lo mismo hace el Diccionario de la Real Academia (16)<sup>12</sup>. Estas definiciones, esencialmente coincidentes, precisan una explicación, aunque sea breve.

### **Problema en el vivir**

Como hemos mencionado, hoy tendemos excesivamente a considerar la vida como una cuestión meramente biológica. Vivir, desde ese punto de vista, es el conjunto de procesos orgánicos funcionando adecuadamente. No nos extenderemos criticando el cientificismo que hay debajo de esta concepción.

Es claro que vivir abarca mucho más que la vida orgánica: ya hemos mencionado otras facetas que no podemos desdeñar. Y, entre ellas, además, existe una gradación y una subordinación: el hombre vive para unas metas personales que dan sentido a su vida, y para ello precisa un cuerpo y una psique que no le impidan su actividad en busca de dichas metas.

### **La salud no es bienestar**

Como bien decía Galeno, uno de los componentes de la salud es no sentir dolores o, por decirlo positivamente, disfrutar de un bienestar razonable. Por desgracia hoy, junto con la visión puramente científica de la salud como desorden orgánico, se ha desarrollado el complemento del bienestar subjetivo. En palabras de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la salud es un estado de

completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (17).

Esta definición, que no ha sido modificada desde su origen en 1948 (17), resulta completamente insostenible en su tenor literal (si un calmante nos alivia un dolor, ¿estamos curados?, etc.); además, es contraria a observaciones de lo más elemental<sup>13</sup>. La equivalencia de salud y bienestar se muestra inadmisibile.

### **La salud como posibilidad de vivir**

Para llegar a un resultado más objetivo comencemos por observar la realidad de una consulta al médico. Tras el protocolario saludo inicial, el médico pregunta: “Y bien, ¿que le pasa?”, a lo que el paciente responde con cuestiones como que se siente fatigado, que nota dolores en tales circunstancias, o lo que sea, cuestiones que terminan confluyendo en que no puede desarrollar su vida como lo hacía habitualmente antes de hacer aparición la enfermedad. Enfermar es tener problemas para vivir. Este planteamiento normal es el polo opuesto de la anécdota, por desgracia real en ocasiones, del paciente que, preguntado sobre qué le pasa, responde diciendo: “Pues eso lo sabrá usted, que para algo es médico”. Se confunde aquí enfermedad con un cuerpo estropeado, cosa muy lejana a la realidad.

<sup>11</sup> Debo el hallazgo de esta definición a la obra de Pellegrino y Thomasma, *A Philosophical basis of medical practice* (15).

<sup>12</sup> “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”.

<sup>13</sup> Podríamos escenificar un diálogo frecuente de encontrar: “Hombre, Fulano, que bien, cuánto tiempo sin verte. ¿Qué tal estás?”, a lo que el otro responde: “Bien. Bueno, con los achaques de la edad, pero bien”. El amigo reconoce así que no posee ese utópico estado de perfecto bienestar, pero que goza de buena salud. La definición de la OMS no puede explicar este diálogo elemental que, fruto del sentido común, capta mucho mejor lo que es realmente la salud.

### ***Vivir propiamente humano***

Conviene hacer otra precisión más: en qué consiste vivir para los hombres. Para un veterinario, saber en qué consiste la salud de los animales no es complejo, pues su vivir es muy sencillo. El ganado tiene que comer y crecer, dar leche si es el caso, y reproducirse. En suma, cuestiones que podemos rotular de “biológicas”. Evidentemente, solucionar los problemas de salud animal puede no ser fácil, pero sí lo es entender en qué consiste su meta vital: cuestiones determinadas por la naturaleza de su especie y por sus instintos<sup>14</sup>.

En el caso del hombre, la vida es extraordinariamente más compleja: aparte de las cuestiones que hemos rotulado de “biológicas”, existe todo un mundo de cuestiones no biológicas, o no útiles biológicamente hablando, que nos describen la vida personal, sus afanes e incidencias. El arte, la ciencia, el derecho, la ética y la religión podrían ser el comienzo de una larga enumeración. Es más, el hombre ni siquiera ejecuta las cuestiones biológicamente necesarias del mismo modo que los animales: las humaniza, añadiéndoles aspectos inútiles en términos biológicos (o, si son útiles, no es el motivo por el que se

<sup>14</sup> Es fácil encontrar, en este punto, una respuesta del tipo “cuestiones que vienen determinadas por su genética”. Esta respuesta supone un reduccionismo inaceptable: cuestiones tan básicas como los instintos de alimentación no están directamente determinadas por los genes, sino que son un resultado de varios elementos que abarcan un funcionamiento neurofisiológico correcto (y las conexiones *concretas* de las neuronas no están grabadas en los genes) y un mundo psíquico o mental (en sentido lato) que permite descubrir sensiblemente los impulsos instintivos cuando estos aparecen. Este mundo mental no puede reducirse nunca a mera neurofisiología, y mucho menos a genética. La salud animal no es mera “biología”, tal como se suele entender hoy día, de un modo bastante cientifista, que resulta reductivo y polarizado en la genética.

añaden). Así, el hombre guisa lo que come, comer es un acto social con unas reglas de urbanidad; tiñe y estampa los tejidos que viste para protegerse del frío; añade detalles decorativos a los edificios en los que se resguarda de las inclemencias del tiempo, y no terminaríamos nunca de poner ejemplos similares.

Como las actividades del hombre son tan variadas, y tantos los posibles trabajos, aficiones, deportes, relaciones familiares, etc., supone todo un desafío para el médico meterse en la intimidad de su paciente, conocerlo como persona, de modo que pueda hacerse cargo del problema personal que la enfermedad le plantea. En algunos casos será algo relativamente elemental, como cuando estamos ante una fractura ósea, pero puede ser bastante complejo y exigir mucha finura de trato en otras ocasiones, especialmente en el caso de enfermedades crónicas que afectan más intensamente al paciente.

### **Y NOS DEBEMOS A LOS DEMÁS**

Hemos mencionado que el médico debe siempre, al menos en cierta medida, hacer su trabajo “por amor al arte” o, dicho con más precisión, buscando el bien del paciente. Es lo que, en palabras del doctor Herranz, se denomina respeto al paciente (10).

Con el término respeto no nos referimos a un mero no inmiscuirse en las cosas del paciente. Eso sería un punto de vista demasiado superficial. El respeto sería, más bien, la denominación del conjunto de deberes que aparecen cuando nos situamos delante de otra persona (18)<sup>15</sup> y,

<sup>15</sup> En la obra de Chalmeta, *Ética social. Familia, profesión y ciudadanía* (18), especialmente en las páginas 79 a 86, se plantea, concretamente, que lo primario en las relaciones sociales son

en concreto, cuando el médico se sitúa ante el paciente. Desde este punto de vista, el respeto tiene dos fases o facetas: una primera negativa y otra positiva. Lo que podríamos llamar “respeto negativo” sería, en cierto modo, parecido al no inmiscuirse en los asuntos ajenos que acabamos de mencionar, pero va más allá: no se trata simplemente de dejar el mundo correr sin interferir en las vidas de los demás, sino más bien de comprender las metas vitales de estos y no ponerles obstáculos innecesarios. Esto es muy distinto del simple no inmiscuirse, que puede ser mera indiferencia hacia los demás y hacia sus vidas. El respeto, aun el negativo, implica una cierta atención hacia los demás, sin desentenderse de ellos.

Como prolongación natural de este “respeto negativo” estaría el “respeto positivo”: la obligación o el deber de fomentar en los demás su crecimiento personal. Y aquí se abre un campo de ideas que no podemos abordar sin alargarnos enojosamente: las virtudes como perfección sobrevinida al hombre mediante su actuar recto. Esta cuestión está relacionada con el concepto de naturaleza, nada sencillo de formular correctamente en el caso del hombre. Mencionemos simplemente que la vida del hombre apunta hacia una perfección interna, la virtud, que se consigue con la acción éticamente correcta; esta, a diferencia de lo que piensan algunos, puede ser variadísima en su materialidad; no es precisamente algo que encorsete, a no ser que se considere la proscripción de la acción éticamente incorrecta como una barrera insoportable.

---

los deberes, que surgen al reconocer en el otro alguien digno de atención, de iniciar una relación con él, de fomento por nuestra parte, es decir, con la terminología que estamos empleando, el deber de respeto a su dignidad de persona.

Dentro del respeto al paciente se encierran todos los puntos básicos de la ética profesional del médico, que desarrollaremos brevemente en los apartados que siguen. No obstante, dado que actualmente se acusa a la práctica médica de pérdida de humanidad en el trato con el paciente, al final haremos algunas precisiones al respecto. Sin embargo, esto no significa que no estén ya encerradas en el concepto de respeto: de él se deriva un trato adecuado con el paciente, incluyendo el calor humano que a veces se echa de menos en el ejercicio de la medicina.

## RESPECTO “NEGATIVO”

### *Primero no hacer daño*

Dentro de lo que hemos llamado “respeto negativo” entra, en primer lugar, un aforismo de enorme tradición en medicina: ante todo, no hacer daño. La interpretación inicial, obvia, consiste en que la técnica médica, cuando se aplica al enfermo, no debe producirle un mayor perjuicio a su salud; al menos, que el enfermo no empeore con nuestra intervención.

Aunque este aforismo parece algo elemental que nadie puede olvidar, no siempre sucede así en el ejercicio de la medicina. No es raro que el entusiasmo del médico por una nueva técnica recién aprendida, o introducida hace poco en el mundo de la salud, haga que la recomiende quizá demasiado a la ligera, sin considerar adecuadamente los efectos secundarios que puede tener para el paciente. En este sentido, existe una recomendación práctica a la hora de prescribir tratamientos: no se debe preferir lo último, sino lo penúltimo. El motivo es fácil de comprender: un tratamiento o un medicamento que ya lleva tiempo en el mercado es mejor conocido, se

sabe más sobre sus efectos secundarios y cómo hacerles frente cuando aparecen; lo último, sin embargo, puede depararnos desagradables sorpresas (aunque también lo último puede ser una solución efectiva en ciertos casos: puede darse una tensión entre lo más moderno y lo más clásico; de todas maneras, resulta recomendable quedarse en lo penúltimo si es efectivo y no hay motivos para intentar otra línea de tratamiento).

### **Reconocer sus peculiaridades y respetarlas: autonomía para el bien**

Pero este significado del “no hacer daño” es solo una parte del respeto que hemos llamado “negativo”. Originalmente, cuando se habla de las relaciones humanas en general, se hace más bien referencia a dejar la razonable libertad a quienes conviven con nosotros para que puedan buscar libremente el bien. En efecto, no todos los modos de vivir de las personas de una sociedad son iguales: profesiones, situaciones familiares, costumbres que van del uso del tiempo libre a la culinaria, difieren entre las personas. Si esos modos de vivir no suponen daño para nadie, es injusto coartarlos en nombre de un bien pretendidamente mayor.

Además, hemos de considerar que si la persona no obra libremente, propiamente no obra ni bien ni mal, obra forzosamente, obligada por la situación; y la vida social —atención médica incluida— no puede ser un corsé para la vida de los demás, debe estar abierta a la actividad libre del hombre en busca del bien. El fomento de la perfección humana (moral) de los demás no puede hacerse a costa de su libertad.

Este respeto a la libertad del paciente, a su modo peculiar de vivir, exige mucha capacidad de comprensión

por parte del médico: debe hacerse cargo de cómo es el vivir cotidiano del enfermo, cuáles son sus ideales, gustos, aficiones, qué cosas considera —de modo más o menos consciente— imprescindibles en su vida. Esto no es fácil, y exige del médico una calidad humana al menos suficiente como para poder comprender a los pacientes sin proyectar sobre ellos los propios sentimientos o las reacciones a sus situaciones o problemas (19)<sup>16</sup>.

### **CONFIDENCIALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA**

Este comprender al paciente en profundidad tiene a su favor el contexto peculiar de la relación clínica: el enfermo acude a relatar al médico sus problemas para que este ponga el remedio oportuno. El paciente tiene que abrir su intimidad para poder ser tratado adecuadamente. Forma parte del “respeto negativo” mantener secreto lo que pertenece a la vida del paciente, las cosas de las que somos conocedores solo por la naturaleza de nuestra relación peculiar con él, que puede llamarse con propiedad *amistad terapéutica*: una relación entre personas (amistad) pero con un fin concreto (tratar la enfermedad).

En este contexto sería injusto, y podría perjudicar la vida del enfermo, airear lo que conocemos solo porque era necesario saberlo para ayudarlo. Y no se trata, prin-

<sup>16</sup> Un caso bien relatado de falta de entendimiento aparece en la novela de Conrad *El agente secreto* (19). El señor Verloc nunca ha captado la interioridad de su mujer, y la incompreensión termina en tragedia; el motivo queda patente en la descripción del último diálogo entre ellos: el señor Verloc solo piensa en sí mismo. Si, en vez de tratarse de personas que conviven diariamente, se trata solo de la relación periódica, siempre breve, de una consulta médica, las posibilidades de falta de entendimiento crecen proporcionalmente.

principalmente, de cuestiones relativas a si padece esta o aquella dolencia, sino a las cuestiones relativas a la vida del paciente como persona.

Por verlo de un modo algo distinto, podríamos decir que la relación de amistad implica un mutuo abrirse de la intimidad de las personas, que solo es razonable en un contexto de relación interpersonal. Abrir esa intimidad conocida a otros ámbitos distintos de esa relación interpersonal significa una cierta traición a la amistad existente, incluso cuando no se siga perjuicio alguno.

#### **SIN PREFERIR INJUSTIFICADAMENTE A UNOS SOBRE OTROS**

En lo que llevamos dicho no ha aparecido nada sobre peculiaridades del paciente que modifiquen de algún modo este respeto que venimos llamando “negativo”. En efecto, una cualidad esencial del ejercicio de la medicina es que el médico se debe a todo paciente que acude a él (20, 21, 22)<sup>17</sup>.

En situaciones extremas, como en la medicina de guerra, esta característica de la sanidad puede hacerse difícil de practicar. Sin embargo, también en la atención común o en la investigación se puede deslizar con facilidad una preferencia por ciertos pacientes o un rechazo por otros: por su carácter más o menos afable, por haber dado o negado su aquiescencia a una investigación, por solicitar más o menos atención, etc.

<sup>17</sup> “El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna” (20), artículo 4.2. Gonzalo Herranz abunda en esta idea en su comentario al Código de 1990 (21), especialmente en su comentario a este artículo (22).

Como puede comprenderse, estas mayores afinidades por unas personas y rechazo de otras pueden ser difíciles de combatir. En casos extremos, pueden obligar a que el médico remita al paciente a un colega, antes que una animadversión haga peligrar una atención sanitaria correcta. Cabe que suceda lo mismo por parte del paciente: no todos sintonizan bien con cualquier médico; para solventar este tipo de desencuentros el enfermo debe tener la libertad de elegir su médico, cuestión que ya está contemplada en sistemas relativamente rígidos como los de atención sanitaria socializada o estatal.

#### **RESPECTO “POSITIVO”**

##### ***Procurar su bien***

El “respeto negativo” del que venimos hablando no aporta todavía nada al enfermo. Hace falta también la versión “positiva”: no solo no afectar negativamente al paciente, sino ayudarle en lo que esté de nuestra mano.

Como puede verse en esta formulación, y vimos anteriormente, si de esta frase quitamos la referencia a la enfermedad, queda algo genérico que se debe cumplir en todas las relaciones sociales: nos debemos a los demás.

Lo primero que surge ante el descubrimiento de la otra persona es el deber de fomento hacia ella. En sanidad, ese deber toma inmediatamente la forma de atención médica; en esta frase se engloban todas las profesiones sanitarias que, inicialmente, eran una con la medicina; aunque posteriormente se hayan ido independizando, su objetivo sigue siendo el mismo (la salud), y es necesario que trabajen juntas para conseguir su fin. La medicina debe procurar la salud del enfermo, y ese objetivo es un bien para él.

Actualmente, el avance técnico de la medicina permite muchas intervenciones sobre el paciente; este, fiado en el nuevo poder técnico, pide a veces directamente cuestiones que no han surgido en el diálogo de la amistad terapéutica, y son solamente deseos personales. En este contexto se ha llegado a querellas judiciales porque el médico no cumplió lo que se le pedía, y los tribunales han acuñado la expresión “el mejor interés del paciente” para referirse al bien auténtico del mismo, que puede coincidir o no con sus deseos. Este es el único criterio que se puede aplicar cuando el paciente es incapaz por cualquier causa, y no ha expresado ninguna voluntad anticipada. Y es lo que todo médico debe tener en mente cuando inicia su relación con el enfermo.

#### **NO ES INTERCAMBIO COMERCIAL**

A diferencia de otras relaciones interpersonales (aficiones comunes, comercio, etc.), el bien del paciente limita las posibilidades de acción del médico. No se puede hacer todo lo que este pide. La atención sanitaria tiene límites intrínsecos que no pueden ser traspasados: mutilar o dañar, causar perjuicios a terceras personas, proporcionar medicamentos o consejos fútiles, o que el médico actúe contra la propia conciencia (23).

Hoy, sin embargo, se observa una progresiva asimilación de la atención médica a las demás profesiones del sector servicios. En esos contextos, la relación del cliente con el proveedor del servicio puede ser, sin dificultades, muy distinta a la amistad terapéutica que hemos bosquejado anteriormente. Por usar un ejemplo del comercio, el cliente pide un determinado producto, y el vendedor se lo facilita. Quien manda es básicamente el comprador. No se excluye el diálogo, y el consejo de quien vende puede ser muy recomendable y útil. Pero si el cliente

se muestra obstinado, el vendedor puede proporcionar lo que el cliente pide, sin excesivo cargo de conciencia.

En medicina, como hemos visto, hay límites a lo que el médico puede hacer. Incluso si el paciente se lo pide, hay ciertas cosas que nunca hará o deberá hacer. Y no es una cuestión periférica: va la integridad profesional en ello. O se busca el bien del paciente, su mejor interés, o se busca simplemente satisfacer sus peticiones, causándole quizá daño. Esto último es inadmisibles en medicina pues se está tratando con la vida personal, modulándola con la acción médica; no sucede así con la elección de un estampado para la tapicería de un sillón, el modelo de un coche o las peculiaridades de un electrodoméstico, que siempre supondrán una relación mucho más periférica con la persona.

#### **ATENCIÓN CON COMPETENCIA TÉCNICA**

Una vez que el médico se encuentra en el contexto de ayuda al paciente para que recupere la salud, es imprescindible que conozca los aspectos técnicos de la medicina, y los sepa aplicar adecuadamente al caso concreto. Dicho de otro modo, la competencia técnica es una obligación ética de importancia primordial en medicina (24)<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> “Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana y científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance” (20), artículo 18.1. Cf. también el comentario de Gonzalo Herranz al artículo 21.1 del Código de 1990 (24).

Esta competencia en la técnica médica del momento se denomina también conocimiento de la *lex artis*, es decir, de las reglas de dicha técnica. Estas reglas no son algo fijo, pues van variando conforme los conocimientos del enfermar van progresando: lo que hoy es *lex artis*, mañana puede ser algo completamente equivocado para plantear al paciente.

Habitualmente, las cuestiones de la *lex artis* se formulan en forma de procedimientos normalizados de tratamientos a los pacientes elaborados para las diversas situaciones clínicas por expertos o comisiones especiales reunidas expresamente para confeccionarlos. No obstante, estos protocolos no son unas reglas fijas de actuación ante los problemas clínicos: la variabilidad vital de los pacientes hace que el médico deba plantearse críticamente los pasos previstos en dichos protocolos para ver si son lo más adecuado para el enfermo concreto que está atendiendo. Esto implica, como es lógico, estar al día de los avances que tienen lugar, de modo que pueda tener razones sólidas para cambiar lo habitual ante una determinada enfermedad: nuevamente, el estudio y la puesta al día en las cuestiones técnicas se muestra vital para poder tratar a cada paciente como merece.

### HONESTIDAD, INTEGRIDAD, DECIR LA VERDAD

La atención técnica correcta al paciente solo es posible mediante una adecuada comunicación con él, que da origen a lo que hemos llamado *amistad terapéutica*. Esa relación es viable si el médico se abre realmente al paciente: actuar honradamente en relación con él y decir la verdad es indispensable para una correcta atención clínica.

Muchas veces se plantea esta cuestión como el derecho del paciente a conocer lo relativo a su salud, derecho al que correspondería la obligación de informar del médico; tras este intercambio, el paciente decidiría el servicio que prefiere. Este enfoque de la atención médica como menú ofertado al paciente, con posterior elección por su parte, empobrece mucho la ética médica; la relación interpersonal con el paciente se desdibuja y, junto con ella, los deberes del médico hacia este, que quedan reducidos a una cuestión meramente formal o protocolaria (25)<sup>19</sup>.

Solo cabe entender la ética médica dentro de una relación interpersonal con el enfermo que implica automáticamente los deberes que surgen ante otra persona: la franqueza que no oculta la verdad, y la sólida honradez en el comportamiento hacia ella, buscando, ante todo, su bien.

### CON HUMANIDAD

No sobra reiterar que es conveniente hacer hincapié en el trato humano con el paciente, especialmente si consideramos que una de las quejas contemporáneas más frecuentes es la deshumanización de la técnica médica. Como las ideas de fondo para este trato humano ya han sido esbozadas, solamente subrayaremos algunas cuestiones puntuales.

<sup>19</sup> O, lo que es peor, lleva al médico a despreocuparse de su paciente; le oferta las posibles opciones, pero no le proporciona el consejo que debe facilitarle; a la hora de la verdad, eso es abandonar al paciente justo en el momento en que las decisiones cruciales precisan de su ayuda.

### ***Mantener el tono humano adecuado***

Las normas de urbanidad habituales en una cultura no son mera convención superflua: aunque admiten cierta elasticidad, son expresión del reconocimiento a la dignidad de los demás. Su puesta en práctica constituye una muestra de respeto a las demás personas, y los pacientes merecen también dichas muestras externas de respeto (26, 27)<sup>20</sup>.

No hacerlos esperar sin pedir disculpas posteriormente, invitarlos a tomar asiento en la consulta, hablarles de usted (si es lo acostumbrado como muestra de deferencia en la región), ir correctamente vestido (los enfermos, con gran diferencia, prefieren que los médicos vistamos bata blanca), y un largo etcétera, son la muestra inicial de ese respeto al paciente, que luego tomará más cuerpo en una atención clínica éticamente correcta.

### ***El paciente es dependiente***

El médico debe tener presente que la amistad terapéutica no es una amistad entre iguales: el enfermo ha acudido a él porque tiene un problema, y confía en la atención médica para su solución. El médico se encuentra, aunque no lo quiera, en situación de superioridad, y el enfermo en una situación de mayor o menor dependencia.

<sup>20</sup> Del amplio contenido ético que se deriva de la actitud de respeto al paciente (recogido de modo general en los Códigos de Ética y Deontología Médica españoles de 1990 y el de 1999, en su artículo 4.1 en ambos casos), los mismos códigos precisan algunos de estos detalles que podríamos llamar “menores”, como puede ser el decoro en la instalación del consultorio; figura en el artículo 12 del Código de 1999, y en el artículo 14 del Código de 1990; puede verse el comentario del Herranz a este último (26), y también a los artículos 4.4 y 8.2 (27) (el 8.2 trata específicamente el trato cortés y educado).

Este desequilibrio pide al médico una atención mayor que la que correspondería por la mera relación interpersonal: debe ser proporcional a la situación de indefensión y dependencia del paciente. Por este motivo, es especialmente incorrecto que el médico aproveche esta situación de indefensión para esquivar cuidarlo o ayudarlo, o incluso para hacerle daño<sup>21</sup>.

Aparece así una faceta de la atención médica, el paternalismo, muy criticado hoy, pero que, dentro de sus justos límites, resulta muy razonable y éticamente correcto. Las críticas recientes al paternalismo suelen plantear una situación ridícula, muy poco frecuente, del médico prepotente que, sin informar de nada al paciente, le ordena secamente lo que ha de hacer. Eso, en los limitados casos en que se dé, es mala práctica médica: no parte de una relación interpersonal con el paciente, que hará muy bien en buscar otro médico.

El paternalismo bueno, éticamente aceptable y aconsejable, se limita a tomar decisiones en los huecos que deje la amistad terapéutica, en los que el paciente no termina de comprender, y se confía enteramente a la decisión de su médico. Cuando existe ese paternalismo bueno, las decisiones relativas a la salud, que son siempre comunes a médico y paciente (son decisiones de los dos a la vez), recaen con más intensidad, o incluso enteramente, sobre el médico (baste pensar en el paciente inconsciente). Pretender la autonomía del enfermo en estos contextos

<sup>21</sup> Situación que se da de modo especialmente agudo en los atendidos actuales contra las vidas más indefensas que vemos realizar sobre las personas de los embriones y fetos (en la fecundación in vitro y en el aborto), de los ancianos y discapacitados (la eutanasia), o de los pacientes en situación terminal de enfermedad (a quienes se llega a sedar sin que exista un motivo razonable, o se les niega la alimentación y la hidratación).

es una utopía que solo consigue envenenar la confianza plena que debe haber en la relación médico-paciente.

### ***Rebajarse a su nivel***

La atención especial que se debe al paciente por tratarse de una vida dependiente implica poner los medios para que pueda desarrollarse la amistad terapéutica, en la que el enfermo comunica sus problemas al tiempo que el médico se hace cargo de sus peculiaridades humanas. Como hemos mencionado, esta relación no se da entre iguales, no solo por la situación de dependencia del paciente, debida a su enfermedad, sino por la situación de mayores conocimientos del médico sobre las cuestiones técnicas de la medicina.

Comunicarse con el paciente implica, por tanto, no solo saber escuchar y hacerse cargo de las situaciones, sino también saber hacer asequibles las cuestiones técnicas básicas al paciente, asunto nada fácil en muchas ocasiones. De hecho, en muchos casos, tras algunos intentos de explicar los pormenores técnicos más básicos de la enfermedad, el médico ve que no consigue progresar y debe renunciar a ser entendido (situación que también se puede dar por otros tipos de falta de entendimiento, no solamente el técnico). Esto es muy distinto a la fastidiosa y perjudicial obligación que existe en algunos países de informar de todo al paciente, en un proceso pormenorizado legalmente, que pocas veces consigue su objetivo. Aquí, como en muchos otros extremos, más que reglas concretas debe imperar la virtud de la prudencia del profesional, que estimará más adecuado al caso concreto detener el flujo de información y no meterse en más pormenores.

### ***Sin herir, con caridad***

Hemos pintado un cuadro que puede parecer idílico pero irrealizable. Esta imposibilidad práctica se puede atribuir a motivos de las dos partes, el enfermo y el médico.

Para el paciente, acudir al médico significa reconocer su situación de inferioridad. Va a pedir ayuda para algo de lo que no es capaz. Y pedir admitiendo la inferioridad siempre puede humillar. Contemporáneamente, la salida para esquivar esa humillación ha sido el recurso a hablar de los derechos del paciente, que han llevado a la exaltación de su autonomía de un modo desmedido, en detrimento de una buena relación médico-paciente. Dentro de esa dinámica, el enfermo sigue mandando, con lo que la atención que recibe no contiene ese factor potencialmente humillante de beneficio gratuito.

La solución más adecuada a este problema pasa, en primer lugar, porque el paciente reconozca su situación de inferioridad; pero pasa también porque el médico le atienda con tal atención y cariño que le haga olvidar su situación de dependencia y, muchas veces, de indefensión. El médico, si se comporta así, puede permitirse decir cualquier cosa al paciente, pues sabrá decirlo sin hacer que este se humille innecesariamente más de lo que ya lo está. Es paradigmática, a este respecto, la recomendación de san Vicente de Paúl a sus Hijas de la Caridad: solo por el amor que muestren a quienes atiendan, los pobres perdonarán la humillación de verse socorridos en su necesidad (28)<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> “Juana, pronto darás cuenta de lo pesado que es llevar la caridad, mucho más que cargar el caldero de sopa y la cesta del pan. Pues conserva tu dulzura y tu sonrisa. No todo consiste en dar el caldo y el pan, eso pueden hacerlo los ricos. Tú eres la insignificante

## IMAGEN SOBRENATURAL DEL HOMBRE

Esto puede verse también respecto al médico. Si el paciente debe asumir la mayor o menor humillación que implica su dependencia, el médico debe, paralelamente, esquivar toda actitud de prepotencia. Ya hemos mencionado que la dedicación amorosa al paciente es la que posibilita esa actitud sencilla ante el enfermo. Y de nuevo surge la dificultad antes mencionada: parece que esta actitud es demasiado elevada para poder encontrarla en la práctica médica ordinaria en la que, como en toda conducta humana, solemos saber qué es lo correcto pero, de hecho, con mucha frecuencia dejamos de hacerlo. El remedio a este problema práctico se encuentra en la Redención (29)<sup>23</sup>.

Por decirlo resumidamente: el hombre precisa la ayuda divina para poder comportarse de modo correcto; y no de modo excepcionalmente correcto, sino correcto sin más, del modo que todos juzgarían que se trata de una conducta buena, sencillamente. El amor de fondo del médico por su paciente es una de estas conductas correctas que solo se puede desarrollar con la ayuda de Dios. Esta necesidad de la ayuda divina ya fue intuida por Aristóteles en su estudio de la ética:

---

sierva de los pobres, la Hija de la Caridad, siempre terriblemente susceptibles y exigentes, ya lo verás. Así que cuanto más feos y sucios sean, cuanto más injustos y groseros te parezcan, tanto más deberás darles amor. Únicamente por tu amor, solo por tu amor, te perdonarán los pobres el pan que les des”.

<sup>23</sup> Es el argumento del capítulo 5 (libro I) de Lewis en *Mero cristianismo* (29); en las páginas siguientes desarrolla la naturaleza de la Redención, remedio a nuestra indigencia moral. Cfr. también el clásico pasaje de San Pablo: “pues querer el bien está a mi alcance, pero ponerlo por obra no. Porque no hago el bien que quiero, sino el mal que no quiero” (Rom. 7, 18-19).

Se piensa de modo general que la honestidad de algunos proviene de la naturaleza, y la de otros de la costumbre o la educación. Es evidente que este don de la naturaleza no se halla a nuestra disposición y que no ha sido dado más que a las gentes verdaderamente favorecidas de la suerte por alguna causa divina (30).

Para explicar esta ayuda divina, la teología cristiana habla del don de la gracia (que no está atado necesariamente a la pertenencia visible a la Iglesia, aunque tiene en ella los medios más ordinarios para comunicarse a los hombres). Gracias a este don, el hombre puede amar con el amor incondicional de Dios. Y el médico, al tratar adecuadamente al enfermo, no estará solamente reconociendo su dignidad personal y comportándose de modo acorde. Estará viendo la imagen de Cristo paciente en el enfermo, que se hace presente entre los hombres en la forma de los desheredados de la fortuna, y los más débiles y necesitados.

Vivir la vocación médica siguiendo esta ayuda divina no solo se traduce en una mejora de la atención al paciente o de las relaciones con él. Es también el camino para que el médico, además de servir de ayuda a los demás, entre en la intimidad de la vida divina y escale así el cielo (31)<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> “Allí donde están vuestras aspiraciones, vuestro trabajo, vuestros amores, allí está el sitio de vuestro encuentro cotidiano con Cristo. Es, en medio de las cosas más materiales de la tierra, donde debemos santificarnos, sirviendo a Dios y a todos los hombres”. “Os aseguro, hijos míos, que cuando un cristiano desempeña con amor lo más intrascendente de las acciones diarias, aquello rebosa de la trascendencia de Dios. Por eso os he repetido, con un repetido martilleo, que la vocación cristiana consiste en hacer endecasílabos de la prosa de cada día. En la línea del horizonte, hijos míos, parecen unirse el cielo y la tierra. Pero no, donde de verdad se juntan es en vuestros corazones, cuando vivís santamente la vida ordinaria...” (31).

---

 REFERENCIAS
 

---

1. Spaemann R. *Ética: Cuestiones fundamentales*. Pamplona: Eunsa; 1987. p. 103.
2. Aristóteles. *Tópicos*, libro I, capítulos 1 y 2, pp. 418-9, BK 100a-101b (1). En *Aristóteles. Obras*. Madrid: Aguilar; 1977.
3. Preston N. *Understanding Ethics*. Sydney: The Federation Press; 1996.
4. Lee H. *Matar un ruiseñor*. 7 ed. Barcelona: Plaza & Janés; 1998.
5. Polo L. *Ética. Hacia una versión moderna de los temas clásicos*. México: Ediciones Universidad Panamericana; 1993.
6. Gracia, D. *Primum non nocere*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1990.
7. Anónimo. *Escribonio Largo*. Disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/Escribonio\\_Largo](http://es.wikipedia.org/wiki/Escribonio_Largo) [Fecha de acceso: 14 de julio de 2010].
8. Manzini JL. La educación humanística en medicina. *Revista del HPC* 2004; 7 (1, enero/julio): 71-6. Disponible en <http://www.hpc.org.ar/images/revista/359-v7n1p71.pdf> [Fecha de acceso: 15 de julio de 2010].
9. *Scribonivus Largvs. Compositiones*. Leipzig: Teubner; 1983.
10. Herranz G. El respeto, actitud ética fundamental en la Medicina. Pamplona: Universidad de Navarra; 1985. (Lección inaugural del curso 1985-86, Pamplona, 3 de octubre de 1985). Texto completo disponible en <http://www.unav.es/cdb/dhbgghrespeto.html> [Fecha de acceso: 15 de julio de 2010].
11. Aristóteles. *Política*, libro I, capítulo 1, p. 1412, BK 1252b. En *Aristóteles. Obras*. Madrid: Aguilar; 1977.
12. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 2004.
13. Segovia de Arana JM. *Medicina, sanidad y salud*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1998.
14. *Sancti Thomae Aquinatis. Summa Theologiae II (Prima secundae)*. 4ª ed. Madrid: BAC; 1985.
15. Pellegrino ED, Thomasma DC. *A Philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethics of the healing professions*. New York: Oxford University Press; 1981.
16. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 21 ed. Madrid: Real Academia Española; 1992, t. 2.
17. OMS. *Preguntas más frecuentes*, 2010. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> [Fecha de acceso: 24 de octubre de 2010].
18. Chalmeta G. *Ética social. Familia, profesión y ciudadanía*. 3 ed. Pamplona: Eunsa; 2007.
19. Conrad J. *El agente secreto*. Barcelona: Muchnik; 1996.
20. Organización Médica Colegial Española. *Código de Ética y Deontología Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial Española; 1999.
21. Herranz G. *Comentarios al código de ética y deontología médica*. Pamplona: Eunsa; 1992.
22. Herranz G. *Comentario al artículo 4.2 del Código de 1990*. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/dhbcedmarticu04.2.html> [Fecha de acceso: 1 de noviembre de 2010].
23. Pellegrino ED. *Decisions to Withdraw Life-Sustaining Treatment. A Moral Algorithm*. *JAMA* 2000; 283(8): 1065-7.
24. Herranz G. *Comentario al artículo 21.1 del Código de 1990*. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/dhbcedmarticu21.1.html> [Fecha de acceso: 1 de noviembre de 2010].
25. Angell M. *Del paternalismo al abandono del paciente (o la pervisión del consentimiento informado)*. Disponible en <http://bioeticayderechosanitario.blogspot.com/2007/03/del-paternalismo-al-abandono-del.html> [Fecha de acceso: 20 de noviembre de 2010].
26. Herranz G. *Comentario al artículo 14 del Código de 1990*. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/dhbcedmarticu14.html> [Fecha de acceso: 20 de noviembre de 2010].
27. Herranz G. *Comentario a los artículos 4.4 y 8.2 del Código de 1990*. Disponibles en <http://www.unav.es/cdb/dhbcedmarticu04.4.html> y <http://www.unav.es/cdb/dhbcedmarticu08.2.html> [Fecha de acceso: 4 de diciembre de 2011].
28. San Vicente de Paúl a la novicia Juana. En Anónimo. *Significado y proceder sencillo*. Disponible en <http://vmilagrosa.web44.net/7.htm>. [Fecha de acceso: 14 de noviembre de 2010].
29. Lewis CS. *Mero cristianismo*. Madrid: Rialp; 1995, pp. 45-49.
30. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*, libro X, capítulo 9, p. 1307, BK 1179b. En *Aristóteles. Obras*. Madrid: Aguilar; 1977.
31. *Escrivá de Balaguer J. Amar al mundo apasionadamente: homilía pronunciada en el Campus de la Universidad de Navarra el 8-X-67*. 6 ed. Madrid: Sarpe, 1978. Texto completo disponible en [http://www.unav.es/servicio/opusdei/files/filetextos%2san%20josemaria/amar\\_almundoapasionadamente.pdf](http://www.unav.es/servicio/opusdei/files/filetextos%2san%20josemaria/amar_almundoapasionadamente.pdf) [Fecha de acceso: 20 de noviembre de 2010].