

A fondo

Las tres transformaciones en la relación clínica y el olvido del vínculo profesional

(En el sexagésimo aniversario de la publicación de *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, de Pedro Laín Entralgo)

The Three Transformations in the Clinical Relationship and the Oblivion of the Professional Bond

Carlos Pose

Fundación de Ciencias de la Salud

Resumen

En este artículo recuerdo la obra de Pedro Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, en el sexagésimo aniversario de su publicación (1964), para analizar la evolución de la relación clínica desde el modelo tradicional, fundado en la amistad y la beneficencia, hasta los actuales enfoques centrados en la autonomía del paciente, la mediación y la interpretación, etc. A partir de las transformaciones metafóricas descritas por Nietzsche —del camello al león y finalmente al niño— interpreto los cambios en la relación médico-paciente, marcados sucesivamente por el paternalismo, el autonomismo y la búsqueda de un modelo alternativo a los dos anteriores, el deliberativo. El texto de Laín destaca cómo la tecnificación, la emancipación del paciente, la mercantilización de la medicina y la introducción de la autonomía y la eficiencia han erosionado el vínculo moral original, generando nuevas tensiones y conflictos. Frente a esta fragmentación, defiende la recuperación de un vínculo profesional que, sin retornar al antiguo paternalismo, integre la ciencia y la técnica médicas y el cambio de valores que afectan muy directamente al paciente, de modo que el buen médico y el buen paciente emerjan de una relación clínica madura, basada en la confianza y la deliberación.

Palabras clave: Relación clínica, Ética médica, Autonomía del paciente, Paternalismo, Deliberación, Laín Entralgo, Valores en medicina, Bioética.

Abstract

In this article, I revisit Pedro Laín Entralgo's work *La relación médico-enfermo. Teoría y realidad*, on the sixtieth anniversary of its publication (1964) to analyze the evolution of the clinical relationship from the traditional model—rooted in friendship and beneficence—to the current approaches centered on patient autonomy, mediation, interpretation, and others. Drawing on Nietzsche's metaphorical transformations—from the camel to the lion, and finally to the child—I examine the changes in the physician-patient relationship, successively marked by paternalism, autonomism, and the search for an alternative, deliberative model. Lain's work highlights how technification, the patient's emancipation, the commodification of medicine, and the introduction of autonomy and efficiency have eroded the original moral bond, generating new tensions and conflicts. In response to this fragmentation, it advocates the recovery of a professional bond that, without reverting to old paternalism, integrates both medical science and technique and the shift in values directly affecting the patient. In this way, the good physician and the good patient may emerge from a mature clinical relationship grounded in trust and deliberation.

Keywords: Clinical relationship, Medical ethics, Patient autonomy, Paternalism, Deliberation, Laín Entralgo, Values in medicine, Bioethics.

Introducción

Las expresiones “buen médico” y “médico bueno” parecen hoy diluirse, provocando en numerosos profesionales de la salud más confusión que claridad, más irrelevancia que necesidad. Sin embargo, esta no fue la percepción de los médicos humanistas españoles del siglo pasado, como Rof Carballo o Laín Entralgo. Justamente hace 60 años, Laín Entralgo publicó *La relación médico-enfermo. Teoría y realidad*, obra que contó con varias ediciones y versiones en español –una de las más recientes en Triacastela en el 2003 con el título *El médico y el paciente*–, además de su traducción al inglés en 1969. Una década más tarde, en la misma línea, Laín presentó en un Congreso en Nueva York una conferencia titulada “Qué significa ser un buen paciente”. Ahora el adjetivo “bueno” se aplicaba al paciente, en lugar de al médico. ¿Existe una conexión entre ambas cuestiones? La respuesta de Laín es afirmativa: los pacientes buenos suelen ser usuarios de buenos médicos, es decir, de médicos buenos.

Transcurridas seis décadas desde la publicación de *La relación médico-enfermo. Teoría y realidad*, vale la pena volver a la obra para comprender la transición desde el modelo tradicional de relación clínica hacia la diversidad de enfoques actuales. La antigua relación médico-enfermo se ha visto alterada tanto en sus elementos (el asunto de las denominaciones) como en su estructura (la cuestión del vínculo), a causa de la profesionalización científica de la medicina, la progresiva tecnificación en diagnóstico y tratamiento, la emancipación de los pacientes, la gestión mercantil de los servicios

La tecnificación, la mercantilización y el énfasis en la eficiencia han generado tensiones que erosionan la calidad humana del encuentro clínico.

sanitarios y la medicalización de la esfera pública y privada. Esto podría hacer pensar que todo el bagaje previo ha dejado de ser válido. Aunque la introducción de nuevos valores ha vuelto más conflictiva la relación clínica, apenas se discute si

las modificaciones generadas han prescindido de algo esencial. Que existe un afán persistente por canalizar el aumento de conflictos se evidencia en la búsqueda continua, en las últimas décadas, de nuevos modelos de relación clínica, aunque siempre con la idea de que nada de lo anterior resultaba ya útil.

Se ha convertido en un tópico afirmar que el espectacular desarrollo del conocimiento y las técnicas médicas en el último siglo han restado atención al núcleo central de la práctica médica: la “relación” clínica. La formación de los profesionales de la salud se ha concentrado mayoritariamente en el ámbito de los hechos clínicos, dejando intacto el mundo de los valores. Este sesgo formativo –o, mejor dicho, esta deformación– ha propiciado un incremento de los conflictos, tanto entre los propios profesionales como entre estos y los usuarios del sistema de salud. No solo falta la sensibilidad necesaria para identificar y ponderar adecuadamente los nuevos valores en la práctica clínica, sino que también se carece de herramientas para hacer operativos y adecuados los nuevos modelos de relación.

Ningún autor describió la transformación de los valores culturales con la fuerza metafórica de Nietzsche. Este filósofo habla de tres metamorfosis del espíritu: la del camello, la del león y la del niño. “Tres transformaciones del espíritu os menciono: cómo

el espíritu se convierte en camello, y el camello en león, y el león, por fin, en niño.” (Nietzsche, 1981, p. 49). El camello encarna la primera fase, marcada por la obediencia y la aceptación sin crítica de las creencias y valores heredados. El león, en la segunda fase, se rebela contra lo dado, luchando por la libertad sin crear todavía nada nuevo. Finalmente, el niño, como tercera fase, da paso a la creación autónoma de valores, generando un mundo de significaciones inéditas (cf. Nietzsche, 1981, pp. 49-50).

Aunque Nietzsche no pensaba directamente en el contexto médico ni en la relación clínica, sus planteamientos permiten una comprensión previa muy precisa de las metáforas con que la medicina ha intentado explicar la transformación que han sufrido los distintos modelos de relación clínica: el paternalismo, el autonomismo y la deliberación. Estos modelos no surgen en el vacío, sino que expresan transiciones culturales profundas y obligan a preguntarnos si en la búsqueda actual de nuevos modelos no estamos, en última instancia, tratando de recuperar una forma madura y consciente de aquel vínculo moral y humano que antes se daba por sentado.

La propuesta de este trabajo es que el profesional de la salud no solo tiene una responsabilidad técnica (o jurídica), sino sobre todo ética en la gestión de los valores que comparecen durante el encuentro clínico con el paciente. El propio paciente necesita una cierta educación moral (en lo que aquí respecta, una educación sobre los valores relacionados con la salud y la enfermedad, los hábitos de vida, el consumo de recursos sanitarios, etc.) para poder deliberar sobre sus propias decisiones. Por eso el profesional no debe limitarse a aplicar unas ciertas técnicas ni a informar de sus efectos; debe deliberar con el enfermo, estar dispuesto a construir el sentido de una intervención cultivando un vínculo profesional sólido. Aunque hoy el paciente reivindique su autonomía y priorice sus propios valores por encima del diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico, es el profesional quien debe, por medio de una deliberación moral conjunta, contribuir a los mejores resultados, retomando el vínculo profesional como una relación madura, racional y humanamente significativa. Aquí es donde la tesis de Laín adquiere una cierta actualidad: el buen paciente depende del buen profesional, y el buen profesional depende de la calidad de la relación que establezca con el paciente. No se trata de volver a la amistad ingenua de tiempos pretéritos, sino de instaurar un vínculo profesional sólido —un “vínculo profesional” en sentido moral— que permita un proceso de deliberación continuo, guiado por la razón práctica o prudencial, que ayude a ambos a elegir las mejores opciones clínicas. Así, por encima del simple buen profesional (del buen técnico) o del buen paciente (del paciente satisfecho), destaca la relación excelente, esa que establece un vínculo profesional mediante un proceso deliberativo continuo hasta alcanzar la mejor o más prudente decisión.

Comenzaremos describiendo las tres edades de la medicina según Mark Siegler, cada una generadora de un modelo específico de relación clínica. En segundo lugar, resumiremos los cuatro modelos de relación clínica que presentan Ezequiel y Linda Emanuel. A continuación, abordaremos el modelo deliberativo propuesto por D. Gracia, distinto del modelo deliberativo propuesto por los anteriores autores. En cuarto lugar, examinaremos algunos aspectos de la obra de Laín Entralgo, con el objetivo de valorar los principales cambios ocurridos en la relación clínica desde su publicación de *La relación médico-paciente* hasta hoy, y el sentido, en su caso, de la amistad entre médico y paciente. Concluiremos valorando la evolución de la relación clínica a la luz de todo lo dicho con anterioridad, para defender un modelo que incorpore explícitamente un

espacio moral de deliberación madura, donde la técnica del profesional y la autonomía del paciente dejan de ser fuerzas antagónicas para convertirse en los pilares de un vínculo profesional excelente.

1. Del camello paternalista al león autonomista

Mark Siegler remite a Laín Entralgo en el contexto de las “Edades de la medicina”. “En este cuaderno se publican las dos conferencias impartidas por el doctor Mark Siegler en el marco de las Conferencias Josep Egozcue en su 4.ª edición. [...] Siegler sorprendió al auditorio con una primera conferencia en la que acudía a la perspectiva del historiador de la medicina español, Pedro Laín Entralgo. En *El médico y el enfermo*, Laín Entralgo explica cómo debería ser la relación entre médico y enfermo, sosteniendo que, sobre todo, debería fundarse en la amistad. El buen médico es aquel que sabe aconsejar, que logra que el paciente confíe en él, que inspira seguridad. Un buen médico suele tener buenos pacientes. A partir de esa idea, Siegler explica las ‘cuatro edades de la medicina’, marcadas, en orden cronológico, por el paternalismo, la autonomía, la burocracia y las decisiones compartidas. [...]. Dado que la ayuda del profesional posee un gran valor en su relación con el enfermo, mantener ese tipo de vínculo vendría a confirmar la tesis de Laín Entralgo acerca de la necesidad de que esa relación se funde en la amistad.” (Victòria Camps (2011). Presentación. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 26, p. 8-9).

Siegler parte del reconocimiento de la relevancia de la obra de Laín, *El médico y el enfermo*, traducida al inglés en 1969. En esa obra, tras un minucioso recorrido histórico, Laín Entralgo concluye que “la relación médica debe ser algo más que simple camaradería, debe consistir en amistad” (cit. por Siegler, p. 12). Asimismo, menciona otro trabajo de Laín, presentado en un congreso en Nueva York, titulado “¿Qué es un ‘buen paciente’?”, donde se argumenta que “la mejor muestra de que un facultativo merece el calificativo de buen médico –esto es, que cuenta con competencia técnica y voluntad de ayudar– radica en el hecho de que todos sus pacientes, de un modo u otro, resulten ser también buenos pacientes” (cit. por Siegler, p. 12).

A partir de esta base, Siegler describe las cuatro edades de la medicina, sintetizando lo que había publicado en años anteriores. Así, en un artículo que se ha convertido en un texto clásico, *The Progression of Medicine. From Physician Paternalism to Patient Autonomy to Bureaucratic Parsimony* (Siegler, 1985), Siegler ya mencionaba las tres primeras edades de la medicina: el paternalismo, la autonomía y la burocracia. A estas, el autor ha añadido recientemente una cuarta, caracterizada por la toma de decisiones compartida (Siegler, 2011).

El modelo más antiguo de relación clínica es el paternalista, una metáfora empleada para describir la relación clásica entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Pero no es solo una metáfora. Los términos usados en el lenguaje delimitan el alcance conceptual [al emplear “paternalismo”, se introduce una idea de relación no neutral, con una carga despectiva que contamina el debate ético y clínico]. “La edad del paternalismo se extendió durante milenios, representando la tendencia dominante,

La relación clínica ha recorrido un largo camino, desde el paternalismo tradicional hasta la afirmación de la autonomía actual.

autoritaria y casi sacerdotal de la medicina. La relación entre médico y paciente era diádica, y pocas personas externas podían irrumpir en ese espacio personal y casi mágico de la curación. Este modelo –el del médico que sabe qué es mejor– se basaba en la confianza en la habilidad técnica y la calidad moral del médico, sostenidas por la atribución de poderes casi mágicos al sanador. Dicho modelo se caracterizaba por la dependencia del paciente y la autoridad del médico” (Siegler, 1985, p. 714).

La justificación de este modelo es bien conocida. El médico diferenciaba lo bueno de lo malo mediante un criterio de carácter naturalista. La naturaleza poseía un “orden”, y cuando las cosas se ajustaban a ese orden, podía hablarse de lo correcto o bueno. La bondad significaba, en primera instancia, orden físico o cosmológico. Sin embargo, pronto los filósofos y médicos tradicionales vislumbraron que ese orden podía utilizarse como criterio moral. Así, el conocimiento del orden natural dotaba al médico también de poder y deber moral. Según el Prof. Gracia: “El deber del médico era ‘hacer el bien’ al paciente, y el de este aceptarlo. La moral de la relación médico-enfermo era una típica ‘moral de beneficencia’. El fin del médico era un bien ‘objetivo’, la restauración del ‘orden’ natural, por lo que debía imponérselo al enfermo, incluso contra su voluntad. Es cierto que el enfermo podía no ver como bueno lo que el médico proponía, pero ello se consideraba un error ‘subjetivo’ que no podía equipararse a la verdad objetiva. En consecuencia, en la relación médico-enfermo el médico era no solo agente técnico sino también moral, y el enfermo alguien necesitado tanto de ayuda técnica como ética. El conocedor del orden natural, ante la enfermedad, era el médico, que podía y debía actuar aun en contra del parecer del paciente. Esta fue la esencia del ‘paternalismo’, una constante en toda la ética médica del ‘orden’ natural.” (Gracia, 2007, p. 15)

La prolongada vigencia de este modelo obedece a que a lo largo de tan dilatado periodo de tiempo los avances médicos fueron escasos: “De hecho, este sistema médico resultaba relativamente barato e ineficaz. La medicina ofrecía cuidados más sintomáticos que terapéuticos, enfatizaba el valor de la información (el pronóstico), un misterio conocido solo por los médicos instruidos que se revelaba al paciente con cuentagotas. Era más apta para abordar los aspectos psicológicos de la enfermedad que sus componentes físicos, y enseñaba principios de higiene y prevención. En este sistema el médico representaba la fuente de información, apoyo psicológico y alivio sintomático.” (Siegler, 1985, p. 714)

A este modelo paternalista siguió el modelo autonomista, que se prolongó menos tiempo, aproximadamente desde 1945, o más probablemente desde 1965, hasta casi la actualidad (Siegler, 1985, p. 714). Estas fechas son aproximadas, pues en 1964 Pedro Laín Entralgo todavía pudo publicar *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* (Laín Entralgo, 1964). A diferencia de la época del paternalismo, la era de la autonomía se caracterizó por innumerables avances técnicos en la comprensión de la enfermedad y en las terapias médicas y quirúrgicas: “Fue una etapa médica centrada en la enfermedad. Priorizaron el tratamiento sobre la prevención, la curación por encima del cuidado. Los costes de la atención sanitaria no se consideraban relevantes y ciertamente no se contemplaban como un factor a tener en cuenta, especialmente cuando se contraponían a la autonomía del paciente, sus necesidades o incluso sus deseos.” (Siegler, 1985, p. 714)

En consecuencia, durante este periodo el equilibrio entre el poder del médico y el del paciente cambió gradualmente. A ello contribuyó la influencia cada vez mayor del ámbito jurídico, con la incorporación de la teoría del consentimiento informado y el recurso a procesos judiciales por agresión o negligencia profesional. “Muchos eticistas, juristas y defensores de los derechos del paciente empezaron a sostener que los pacientes debían tener el control sobre sus propias decisiones sanitarias (aunque no siempre la responsabilidad sobre ellas). Este modelo enfatizaba la información y los derechos del paciente.” (Siegler, 1985, p. 714)

Desde esta perspectiva, el profesional de la salud debía ponerse al servicio del paciente, proporcionándole información clínica y actuando conforme a sus directrices. A diferencia del modelo paternalista, el profesional ya no podía intentar influir ni mucho menos suplantar las decisiones del paciente.

No hace falta subrayar el cúmulo de conflictos que inundaron la práctica clínica cuando se produjo el choque entre un modelo en declive y otro emergente. Fue una fase crítica, muy cargada de tensiones, en la que la ética médica tradicional y el derecho del paciente contemporáneo debieron confrontar sus fuerzas. ¿Cómo superar los conflictos generados entre el paternalismo y el autonomismo? “En los últimos años, la práctica médica se ha considerado (al menos por la mayoría de los eticistas clínicos y por los abogados) principalmente como un encuentro impersonal entre dos individuos aislados y autónomos –el paciente y el médico–, cada uno con sus propios intereses, que deben protegerse estrictamente uno del otro mediante normas y estándares procedimentales.” (Siegler, 1985 p. 713)

Esta visión, que Siegler denomina “edad burocrática”, surgió cuando se introdujeron toda clase de medidas legales para proteger a los pacientes del poder médico, estableciendo qué factores eran relevantes moralmente y, por ende, qué actos médicos eran correctos o incorrectos. “La era de la burocracia ya está instalada, y se caracteriza también por la parsimonia. Esta nueva etapa exige contención del gasto y eficiencia en la relación coste-beneficio, basada en análisis burocráticos de riesgos y ventajas. La calidad asistencial, un concepto siempre difícil de definir, deja de ser un fin en sí mismo para sopesarse con el coste de la atención, un factor más fácil de cuantificar. Se hacen concesiones incómodas. [...] Los médicos deben responder ante instituciones con intereses variados, tales como hospitales, aseguradoras y el Gobierno. En la edad de la burocracia, los médicos se hallan divididos entre diversas lealtades. [...] El bien del paciente se evalúa junto con otros factores, como las necesidades del hospital, de su personal y de la sociedad. (Siegler, 1985, p. 713)

En esta etapa los médicos deben atender a la vez las exigencias de eficiencia y justicia social impuestas por la sociedad, y la demanda de atención individualizada requerida por los pacientes. A menudo estas exigencias son antagónicas (Siegler, 2011: 16). Los conceptos dominantes en las etapas anteriores –el paternalismo y, más tarde, la autonomía del paciente– han sido reemplazados por el criterio de la eficiencia institucional y social, principalmente en función de parámetros económicos. Como destaca Siegler, en esta etapa las acciones de médicos y pacientes están sometidas a las decisiones de administradores y burócratas. Esta situación

La autonomía del paciente no solo desafía el antiguo paternalismo, sino que también exige del profesional mayor sensibilidad y comprensión del cambio de valores.

distorsiona la relación médico-paciente y significa una merma de autonomía para ambos. La solución a este problema, afirmaba Siegler en 1985, sería una alianza entre médico y paciente en contra de la burocratización de la medicina: “El paciente y el médico libraron una contienda que parece que ganó el paciente (por ejemplo, mediante el consentimiento informado), pero fue una victoria pírrica; con la mirada retrospectiva queda claro que, al transformarse en antagonistas, ambos salieron perdiendo. La mayor esperanza que queda es que paciente y médico resuelvan sus conflictos, que las distintas disciplinas del ámbito sanitario resuelvan los suyos, y que todos vuelvan a formar una alianza natural para enfrentar no solo la enfermedad del paciente, sino también la enfermedad de la sociedad.” (Siegler, 1985, p. 713)

En el artículo de 2011, Siegler añade a las tres edades ya descritas (paternalismo, autonomía y burocracia) una cuarta: la caracterizada por la toma de decisiones compartida entre médico y paciente. Las dos primeras etapas, la del paternalismo médico y la de la autonomía del paciente, se habían definido por un conflicto de autoridad entre ambos. Basándose en su experiencia clínica, Siegler percibió que esta confrontación “parecía artificial” y “no reflejaba [sus] propias vivencias en la atención de pacientes” (Siegler, 2011: 16). En realidad, la toma de decisiones médico-paciente se realizaba a menudo de forma compartida: “El médico y el paciente colaboraban como socios hacia un objetivo común: ayudar al paciente, que acudía al médico en busca de tal ayuda.” (Siegler, 2011, p. 16)

Por ello, en un artículo de 1981 titulado *Searching for moral certainty in medicine: a proposal for a new model of the doctor-patient encounter* (Siegler, 1981), el autor describió un modelo alternativo a los tres anteriores (paternalismo, autonomismo y burocracia) que llamó “acuerdo entre médico y paciente”. Este modelo se sustentaba, en gran medida, en la comunicación, el diálogo y la negociación entre ambas partes, concibiendo la toma de decisiones como un proceso de consenso compartido. En este nuevo enfoque: “Eran [el médico y el paciente] quienes decidían qué derechos y responsabilidades conservaban y a cuáles renunciarían en el contexto de su relación. El proceso de acuerdo dependía de todos los detalles del encuentro médico: las actitudes y personalidades de médico y paciente, el tipo y la gravedad del problema clínico, y el lugar donde se producía el encuentro (consulta, domicilio del paciente, hospital). En lugar de asumir por adelantado que el médico o el paciente sabían la mejor decisión, el modelo de acuerdo ofrecía un marco para buscar la decisión más adecuada para el enfermo, objetivo fundamental del encuentro.” (Siegler, 2011, p. 17)

Esta propuesta fue incorporada, en 1982, en el informe *Making health care decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship* de la *President's Commission*: “El debate sobre el paternalismo y la autonomía se vuelve más árido cada día. En este informe, la Comisión intenta desplazar el foco del debate hacia la manera de fomentar una relación entre pacientes y profesionales caracterizada por la participación y el respeto mutuo mediante una toma de decisiones compartida [...] La opinión de la Comisión pretende abarcar una amplia variedad de situaciones, cada una moldeada por el encuentro médico concreto y sometida a cambios a medida que los participantes avanzan hacia un acuerdo con una toma de decisiones compartida.” (President's Commission, 1982, p. 2)

Desde entonces, la toma de decisiones compartida se ha convertido en el modelo dominante de relación médico-paciente. Este modelo ha recibido múltiples denominaciones: “atención centrada en el paciente”, “toma de decisiones participativa”, “toma de decisiones sensible a las preferencias”, “medicina colaborativa” o “modelo de autonomía avanzada” (Siegler, 2011, p. 17). Sin importar la denominación, todas las variantes destacan la estrecha colaboración entre médico y paciente.

Siegler señala que este modelo ha contribuido a mejorar la atención a los pacientes, ya que ha incrementado la confianza de estos en los médicos, el cumplimiento de las prescripciones, la satisfacción del paciente, y ha permitido mejores resultados en el abordaje de enfermedades crónicas, entre otras ventajas (Siegler, 2011, p. 17).

No obstante, dichas mejoras pueden verse comprometidas por la irrupción de un nuevo factor, inexistente en épocas anteriores: ciertos mecanismos burocráticos del propio sistema sanitario. “Actualmente surge una nueva tensión entre la tercera edad de la medicina [la burocrática] y la cuarta, la de la toma de decisiones compartida. La cuestión es quién debe ostentar la máxima autoridad en la toma de decisiones: el médico, el paciente, ambos o el [sistema sanitario]. El problema central es si médicos y pacientes pueden tomar cualquier decisión, o si esas decisiones deben someterse a revisión [del sistema], que podría o no aprobarlas.” (Siegler, 2011, p. 19)

Esta tensión lleva a Siegler a preguntarse si el modelo de toma de decisiones compartida –e incluso la relación médico-paciente– sobrevivirá a la presión de la burocracia sanitaria, o si esta relación médico-paciente se convertirá en un anacronismo romántico de otra época de la medicina (Siegler, 2011, p. 20). Su respuesta, desde luego, es afirmativa: “Existen tres motivos por los que creo que la relación médico-paciente y la toma de decisiones compartida sobrevivirán incluso a los desafíos actuales presentados por las instituciones públicas y privadas que financian la sanidad: 1. La medicina atiende una necesidad humana universal e inmutable. 2. La medicina conserva el objetivo fundamental e inalterable de ayudar a los pacientes. 3. La mayor parte de la ayuda médica se brinda en el encuentro directo entre médico y paciente; es decir, en el corazón mismo de la relación médico-paciente.” (Siegler, 2011, p. 20)

En todo caso, Siegler considera que la toma de decisiones compartida no es un concepto totalmente novedoso, sino que es el resultado de una tradición médica que abarca desde Platón hasta el humanista Laín Entralgo. Por ello, confía, tal vez con un tono idealista, en que la toma de decisiones compartida acabará imponiéndose y, con ella, se preservarán los elementos fundamentales del modelo de relación médico-paciente descrito (Siegler, 2011, p. 24).

2. La sombra del león autonomista es alargada

Como se ha indicado, Siegler plantea un modelo de relación clínica basado en la toma de decisiones compartida, pero lo enmarca dentro de las categorías tradicionales de la relación médico-paciente. Esta no es, sin embargo, la única forma de interpretarlo. Existen otras aproximaciones que han recibido diferentes denominaciones y que se ubican entre el modelo de consenso puro o de mera mediación, y el modelo de

mediación ética. Ambas tendencias, de uno u otro modo, expresan de modo extremo el modelo autonomista que caracteriza la relación clínica en la actualidad.

Siguiendo la clasificación de Ezequiel Emanuel y Linda Emanuel, hemos revisado el modelo paternalista, también llamado directivo desde la psicoterapia. El modelo informativo o no directivo, pese a adoptar diversas modalidades, comparte ciertos aspectos con el modelo de mediación en términos generales. No obstante, la mediación no tiene conexiones solo con el modelo informativo. Dentro del propio modelo de mediación hay matices diversos, algunos de los cuales se desarrollaron a partir del modelo interpretativo.

El modelo interpretativo de la relación clínica procede de la adaptación clínica de la “Psicoterapia centrada en el cliente” de Carl Rogers. El planteamiento psicoterapéutico de Rogers presenta varias notas distintivas: atiende a una dimensión de la experiencia humana que rebasa los esquemas nosológicos clásicos (basados

Ni el paternalismo ni el autonomismo extremo satisfacen las exigencias actuales; el desafío es construir un vínculo profesional más maduro y equilibrado.

en la terapia centrada en el profesional) y transforma el papel del terapeuta, situándolo en un plano centrado en el cliente. Así, en vez de tener la función de curar al enfermo, el profesional asume la tarea de comprender al otro (psicología humanista), reflejar la expresión global de su vida

y convertirlo en asesor, de modo que la relación terapéutica se transforme en asesoramiento o consejo (empatía). En la *Psicoterapia centrada en el cliente*, Rogers describe las estrategias que permiten al individuo alcanzar por sí mismo nuevas y más eficaces adaptaciones de su personalidad –tanto superficiales como profundas–, al tiempo que ofrece algunas aportaciones decisivas a la ludoterapia infantil, a la terapia grupal y a la enseñanza escolar.

En el modelo interpretativo de relación clínica, la función del médico es “determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarle así a elegir de entre todas las intervenciones médicas disponibles aquellas que satisfagan sus valores” (Emanuel et al, 1994, p. 111). Para ello, el médico debe llevar a cabo una tarea de clarificación, pues el paciente no siempre conoce con nitidez sus propios valores ni su alcance. “Según este modelo los valores del paciente no son necesariamente fijos ni conocidos por él. A menudo están poco definidos y el paciente los comprende solo parcialmente; pueden entrar en conflicto cuando se aplican a situaciones concretas. Por consiguiente, es tarea del médico con el paciente aclarar y hacer coherentes estos valores. Para ello el médico trabaja con el paciente intentando reconstruir sus objetivos, sus aspiraciones, sus responsabilidades y su carácter. Situándonos en el extremo, el médico debe concebir la vida del paciente como un todo discursivo desde donde se determinan sus valores y sus prioridades. De esta manera el médico determina qué pruebas y tratamientos desarrollan mejor estos valores. Y lo que es más importante, el médico no debe imponer sus órdenes al paciente, sino que es el paciente quien en última instancia decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que él es. El médico nunca juzga los valores del paciente; le ayuda a comprenderlos y a valerse de ellos en el contexto médico. En este modelo el médico es un consejero, desarrolla un papel consultivo similar al de un gabinete ministerial para un Jefe de Estado, facilitando al paciente la información relevante, ayudándole a aclarar valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que

mejor los lleven a cabo. Las obligaciones del médico incluyen todas aquellas enumeradas en el modelo informativo, pero también requieren incorporar al paciente en un proceso global de análisis. Por lo tanto, la autonomía del paciente se concibe como una autocomprensión; el paciente llega a conocer más claramente quién es y cómo las distintas opciones médicas afectan a su identidad.” (Emanuel et al., 1994, p. 111)

Esta descripción del modelo interpretativo lleva a E. Emanuel y L. Emanuel a señalar tanto las fortalezas como las debilidades que presenta. Por ejemplo, el modelo interpretativo soluciona la carencia del informativo, que no promueve el autorreflexión ni la autonomía del paciente, al limitarse a los hechos del caso sin tener en cuenta los valores del paciente. No obstante, el modelo interpretativo no está exento de limitaciones. “La especialización técnica dificulta que los médicos cultiven las habilidades necesarias para el modelo interpretativo. Con aptitudes interpretativas y tiempo limitado los médicos pueden, sin darse cuenta, imponer sus propios valores bajo el aspecto de articular los valores del paciente. Y los pacientes, abrumados por su situación médica y la falta de claridad en sus puntos de vista, pueden aceptar con demasiada facilidad esta imposición. Dichas circunstancias pueden hacer que, en la práctica, el modelo interpretativo se convierta en paternalista. Además, si la autonomía se entiende como autocomprensión, no permite juzgar los valores del paciente o tratar de persuadirle para que adopte otros. Esto limita las orientaciones y recomendaciones que el médico puede ofrecer al paciente. Y si vamos a la práctica, especialmente en medicina preventiva o en intervenciones que persiguen reducir riesgos, los médicos intentan persuadir a los pacientes para que adopten determinados valores relacionados con su salud. Con frecuencia instan a los pacientes con niveles de colesterol elevados y que son fumadores a cambiar sus hábitos dietéticos, a dejar de fumar, y a comenzar programas de ejercicio antes de iniciar el tratamiento farmacológico. La justificación dada para estos cambios es que los pacientes deberían valorar su salud más de lo que lo hacen. [...] En consecuencia, al evitar los juicios de valor, el modelo interpretativo parece caracterizar de forma incompleta las interacciones médico-paciente ideales.” (Emanuel et al, 1994, p. 120)

3. El niño, ingenuo y curioso, empieza a deliberar

Ante las objeciones planteadas, resulta comprensible que Ezequiel Emanuel y Linda Emanuel propongan un último modelo en su intento de hallar la relación clínica ideal: el modelo deliberativo. Este constituye el más completo de los descritos por E. Emanuel y L. Emanuel, ya que no se limita a que el médico proporcione información y ayude a aclarar y comprender los valores del paciente, sino que aspira a algo más exigente. En concreto, el objetivo del médico, según este modelo, es ayudar al paciente “a determinar y elegir, de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores.” (Emanuel et al., 1994, p. 112) “Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarle posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles. Entre los objetivos del médico se incluye indicar por qué ciertos valores relacionados con la salud tienen más valor y se debe aspirar a ellos. Llevado hasta el extremo, médico y paciente deben comprometerse en una deliberación conjunta sobre qué tipo de valores relacionados con la salud puede y

debe buscar el paciente. El médico analizará solo los valores relacionados con la salud, esto es, valores que afectan o son afectados por la enfermedad del paciente y su tratamiento, y tendrá presente que muchos elementos de la moralidad no están relacionados con la enfermedad del paciente o con su tratamiento, y que se sitúan fuera del alcance de su relación profesional. Además, no debe ir más allá de la persuasión moral; en última instancia, se debe evitar la coacción, y será el paciente quien defina su vida y seleccione el orden de valores que va a asumir. Al comprometerse en esa deliberación moral, médico y paciente juzgan la utilidad y la importancia de los valores asociados a la salud (Emanuel et al., 1994, p. 112).

El modelo deliberativo refuerza la autonomía del paciente. A diferencia del modelo interpretativo, donde el médico actúa como un consejero, en el modelo deliberativo el médico asume el rol de “maestro o amigo, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor.” (Emanuel et al., 1994: 112). Así, “el médico no solo muestra las posibilidades al paciente, sino que, al conocerlo y desear su bien, le indica qué debería hacer, cuál decisión terapéutica sería la más pertinente. Aquí la autonomía se entiende como autodesarrollo moral. El paciente no se limita a seguir preferencias poco meditadas o valores previamente establecidos; mediante el diálogo, aprende a analizar los diversos valores relacionados con su salud, su relevancia y sus implicaciones terapéuticas” (Emanuel et al., 1994, p. 112).

En consecuencia, este modelo es el que los autores respaldan, pues reúne varias condiciones esenciales en la relación médico-paciente. Primero, es el modelo que más autonomía ofrece al paciente. Esta autonomía supera la mera autoridad y control sobre las decisiones de salud, ya que exige que las personas “puedan formarse una actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias; que determinen, tras una reflexión, si estos valores son aceptables, y si son los más adecuados para justificar sus acciones, y posteriormente que sean libres para poder llevar a cabo aquellas que realicen estos valores.” (Emanuel et al., 1994, p. 122) Segundo, el médico ideal de este modelo, además de

El buen médico y el buen paciente emergen de un proceso deliberativo de educación, confianza y toma de decisiones prudente.

transmitir información relevante, “integra la información y los valores relevantes para hacer una recomendación y, a través del diálogo, intenta persuadir al paciente para que acepte esta recomendación, así como la intervención que mejor garantice su bienestar global.” (Emanuel et al., 1994, p. 122) Tercero, el modelo deliberativo se aparta del paternalismo. Cuarto, los valores del médico son también importantes para los pacientes y pueden ser un motivo para elegir un profesional u otro. Finalmente, quinto, los médicos no solo deben ofrecer terapias acordes con los valores del paciente, sino también promover valores relacionados con la salud.

Pese a su completitud, el modelo deliberativo tampoco ha estado exento de críticas. La principal objeción es si, en el contexto de una sociedad norteamericana pluralista, resulta apropiado que los médicos juzguen o promuevan determinados valores relacionados con la salud, lo que podría generar choques axiológicos con los pacientes o con otros profesionales. Otro reparo es que puede distorsionarse el propósito de la interacción clínico-asistencial; los pacientes buscan atención de sus médicos, no involucrarse en un debate moral o en una revisión de sus valores. Finalmente, se advierte que, igual que con el modelo interpretativo, en la práctica el

modelo deliberativo podría “fácilmente y sin querer” convertirse en una forma de paternalismo.

Una alternativa a estos modelos clínicos descritos por E. Emanuel y L. Emanuel es la ofrecida por Diego Gracia en sus artículos “La deliberación moral: el método de la ética clínica” (Gracia, 2001), “Moral deliberation and decision making” (Gracia, 2003), “Teoría y práctica de la deliberación moral” (Gracia, 2011) y “Problemas con la deliberación” (Gracia, 2016). De nuevo, se trata de un modelo deliberativo, pero ahora concebido desde una noción muy distinta de los valores. “Los valores se construyen. [...] No es verdad que los valores sean completamente objetivos, como los hechos, pero tampoco lo es considerarlos totalmente subjetivos, es decir, erráticos y carentes de racionalidad, como hoy resulta usual. Los valores tienen su propia lógica, y dar con ella es uno de los grandes objetivos de la filosofía. [...] El discurso sobre los valores tiene por lo general un carácter laxo, carente de rigor y en el que la precisión brilla por su ausencia. Todo el mundo habla de valores, pero resulta casi imposible aclararse sobre qué se entiende por tales.” (Gracia, 2013, pp. 13-14)

Esta nueva perspectiva axiológica socava el fundamento de todos los modelos clínicos presentados anteriormente. Desde el modelo paternalista, con su idea objetivista del valor, hasta los distintos modelos de mediación, más bien subjetivistas (ya sea mediación pura, puramente informativa o mediación ética e interpretativa), todos parten de una visión subjetivista de los valores. Por ello, en el contexto norteamericano, se asume que los pacientes tienen “preferencias” (subjetivas) y que el profesional de la salud solo puede “aclararlas” o “negociar” sobre ellas, determinando si se ajustan al marco legal (derechos) o a las posibilidades clínicas (diagnóstico, pronóstico, tratamiento). En cambio, en la perspectiva mediterránea de Diego Gracia se habla más de valores que de preferencias, con la idea de que la misión del profesional de la salud es ayudar a que el paciente “madure” sus decisiones, elija lo más razonable y prudente, no limitándose a respetar decisiones aisladas. Esto puede ser duro, pues implica deliberar estrictamente sobre posturas contrapuestas y visiones diferentes de los valores, consecuencia inevitable de una teoría constructivista del valor.

Esta noción de valor no altera formalmente el concepto de deliberación, pero sí su proceso y contenido, lo cual debe tenerse en cuenta en la relación clínica. La deliberación es un proceso natural del ser humano, no limitado a la ética, pero su potencial moral se hace evidente porque, gracias a su inteligencia, el ser humano puede anticipar acontecimientos, planificarlos, prever sus resultados y, por tanto, asumir la responsabilidad de sus decisiones. “La inteligencia es un modo de anticipación y previsión, que denominamos proyección. [...] Por eso también el ser humano es moral, porque se propone fines y sale responsable, como mínimo ante sí mismo, de los fines que se propone.” (Gracia, 2011, p. 109)

Para proyectar, hay que deliberar, sopesando factores antes de actuar. Aplicado a la medicina, la deliberación reduce la incertidumbre inherente a la práctica clínica. “[E]n [la clínica] rein[a] siempre la ‘incertidumbre’. La certeza es imposible. [...] La razonabilidad consiste siempre en la ponderación cuidadosa de los factores principales, a fin de disminuir la incertidumbre. [...] Esto es lo que técnicamente se conoce con el nombre de ‘deliberación’. [...] Deliberación y prudencia son las dos

condiciones básicas del ‘razonamiento práctico.’” (Gracia, 2001, p. 20)

La deliberación permite, pues, decisiones razonadas y prudentes, tomadas tras un proceso comunicativo interpersonal que exige entrenamiento y autoconocimiento. “Existe la deliberación clínica (que el profesional practica ante cada paciente) y la deliberación ética. Esta última no es sencilla. Muchos no saben deliberar, o no lo consideran necesario. De forma análoga a algunos profesionales que toman decisiones clínicas por ‘ojo clínico’, hay quienes creen poseer ‘olfato moral’, suponiendo que conocen la respuesta sin necesidad de deliberar, a menudo por inseguridad o temor al proceso” (Gracia, 2001, p. 20).

En la deliberación, los participantes deben ser agentes morales autónomos, obligados a argumentar sus perspectivas y a escuchar las de otros, siendo además maduros emocionalmente. “Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional. [...] Las emociones llevan a tomar posturas extremas [...] y convierten los conflictos en dilemas.” (Gracia, 2001, p. 20)

El objetivo de la deliberación es analizar los problemas en su complejidad. En ella intervienen tres factores: los hechos, los valores y la realización práctica (los deberes). La práctica clínica ilustra el primer paso: la deliberación sobre los hechos. “El médico tiene que deliberar consigo mismo sobre los hechos clínicos de cada caso [...]. En todo caso, el objetivo final [...] es la respuesta a ‘¿qué pasa?’ (diagnóstico), ‘¿cómo evolucionará?’ (pronóstico) y ‘¿qué podemos hacer?’ (tratamiento). La deliberación sobre los hechos, reduciendo la incertidumbre, es el primer paso de todo proceso de razonamiento moral.” (Gracia, 2011, p. 122)

El paso siguiente es la deliberación sobre los valores, quizás el más relevante. Es imposible decidir únicamente a partir de hechos. Los valores constituyen el motor de las acciones humanas, añadiendo “valor” a los hechos y desencadenando el proceso entero (Gracia, 2016, p. 9). “[L]a valoración es un fenómeno espontáneo, automático, [...] Los valores son los motores de nuestras vidas. [...] Los hechos no mueven, son inertes. El impulso viene de los valores.” (Gracia, 2016, pp. 8-9)

El profesional de la salud, más allá de la pericia técnica, tiene una responsabilidad ética en la gestión del diálogo moral con el paciente.

El último nivel es la deliberación sobre los deberes. “Las proposiciones sobre deberes son siempre de ‘futuro contingente’, [...] por tanto, están afectadas por las circunstancias y las consecuencias previsibles. Esto hace imprescindible la deliberación.” (Gracia, 2011: 123) “Como último paso, la deliberación valora principios y valores implicados, circunstancias y consecuencias del caso. Esto permite enumerar todos los cursos de acción posibles, desde los extremos hasta los intermedios, hallando el punto más razonable. Aristóteles ya decía que la virtud suele estar en el justo medio” (Gracia, 2001, p. 20).

En suma, para llegar a decisiones razonables, responsables o prudentes, la deliberación moral “exige pasar por estos tres niveles. No cabe reducirla al tercero. De ahí su dificultad.” (Gracia 2011, p. 124) Este proceso ha dado lugar a un procedimiento estructurado de análisis de conflictos éticos y toma de decisiones, que Diego Gracia ha enseñado en sus cursos y plasmado en sus escritos.

4. El niño se hace mayor y recuerda su pasado

Según Laín, la creciente importancia de la psicoterapia, el avance imparable de la socialización de la asistencia médica y la moderna aspiración a una medicina cibernética —el sueño de un *medicus ex machina*, por así decir— han conferido a la cuestión de la relación entre médico y paciente una actualidad renovada. Estos cambios, además, no se entienden sin el contexto histórico y cultural en que surgen, sin el modo en que las mentalidades se han ido transformando con el paso del tiempo.

En la obra *El médico y el paciente* (1969), Laín Entralgo destaca que la relación clínica no puede comprenderse al margen de las circunstancias históricas y las ideas dominantes de cada época. Cada generación, afirma el autor, posee su propia mentalidad y su postura ante la vida. Esta idea queda subrayada en el texto de la contraportada que él mismo cita. Habla de la “Era atómica” como un momento caracterizado por un avance tecnológico sin precedentes, un temor nunca antes sentido y una responsabilidad moral igualmente nueva y acuciante. Esta época, que situamos aproximadamente entre 1945 y 1975, marca un cambio radical en la forma de entender la medicina, la relación entre el médico y el paciente, así como el surgimiento de nuevos derechos para el enfermo y, en consecuencia, el nacimiento y consolidación de la bioética y de la ética clínica.

Introducción	9
Primera Parte:	
Historia de la relación entre el médico y el enfermo	
1 El médico y el enfermo en la Grecia clásica	15
2 El médico y el enfermo en la Edad Media	53
3 El médico y el enfermo en la sociedad burguesa del siglo XIX	101
Segunda Parte:	
La relación entre el médico y el enfermo en el mundo actual	
4 Fundamento de la relación entre el médico y el enfermo	149
5 Estructura de la relación entre el médico y el enfermo	177
6 Formas actuales de la relación entre el médico y el enfermo	223
7 Conclusión	243
Notas	245
Bibliografía	247
Nota de agradecimiento	252
Índice onomástico	253

No es casual que a finales de los setenta y principios de los ochenta la bioética irrumpa en los hospitales. Ya no basta con debatir los problemas éticos en seminarios universitarios: ahora la ética clínica demanda que las cuestiones éticas se examinen junto a la cama del enfermo, en el lugar donde se desarrolla la relación que Laín Entralgo califica de esencialmente humana. Ahora bien, esta relación, afirma el autor, no puede quedar reducida a un simple intercambio de datos técnicos; es imprescindible recuperar la dimensión moral y personal que históricamente la ha caracterizado.

Laín ya había publicado en 1964 *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, fecha de especial relevancia en el campo de la ética médica, pues ese mismo año se redactó la *Declaración de Helsinki*, un referente en la ética de la investigación médica. Para Laín es necesario comprender el acto médico como una relación humana cargada de valores, no únicamente de hechos. Aunque su obra no se centra en la investigación, sí recoge esta creciente sensibilidad ante las dimensiones éticas y jurídicas de la práctica clínica, reflejando así el ambiente intelectual de la época.

Posteriormente, en 1969, como ya ha quedado citado, publicó *El médico y el enfermo*, obra a la que nos referiremos en adelante y que constituye una síntesis o complemento divulgativo de la anterior. Esta obra se estructura en dos partes: una reconstruye la “Historia de la relación entre el médico y el enfermo”, y la otra aborda “La relación entre el médico y el enfermo en la actualidad” de su tiempo. En la primera parte, esencial para comprender las raíces de la relación clínica, Laín analiza el vínculo médico-enfermo en la Grecia clásica, en la Edad Media y en la sociedad burguesa del siglo XIX. De ese recorrido histórico extrae una tesis fundamental: durante muchos siglos la relación entre el médico y el enfermo fue esencialmente una relación de amistad. Laín no entiende la amistad como una mera camaradería o simpatía social, sino como una auténtica *philía*, un vínculo moral profundo. En *El médico y el enfermo*, el autor recalca que esta amistad no es un ideal utópico, sino que hunde sus raíces en la antigüedad clásica, desde la medicina hipocrática, y que su función es asegurar que el médico vea en el paciente un ser humano completo, digno de cuidado, y no solo un caso clínico.

Para ilustrar esta idea, Laín menciona un texto de Séneca, donde el filósofo muestra cómo el médico, para ser realmente tal, debe entregar algo más que su técnica: debe ofrecer su benigna y familiar buena voluntad. “¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más? ¿Por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente... ¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo, y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de los que como enfermos le requerían, fui para él primerísima

Según Laín Entralgo, la amistad entre médico y enfermo constituía la base de la medicina antigua, un vínculo moral debilitado por la fragmentación de la relación clínica actual.

preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con ése estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo.” (SENECA, *De beneficiis*, VI, 16)

El médico que no pasa de recetar medicamentos sin afecto alguno no merece el título de “buen médico”. Solo aquel que se conmueve ante el dolor del enfermo, que se preocupa por él y lo convierte en objeto de su primera atención, puede ser considerado su amigo. Laín vuelve a este punto una y otra vez en *El médico y el enfermo*, ampliando la reflexión: la amistad no es solo la base moral del encuentro clínico, sino que determina su eficacia terapéutica. El paciente que confía en el médico, que percibe en él una actitud genuina de ayuda, seguirá mejor las indicaciones y se abrirá a las sugerencias de cambio en su vida. La amistad, concluye Laín, no es un adorno, sino una dimensión constitutiva de la relación clínica.

Para entender este concepto de amistad, Laín se apoya en la tradición filosófica griega. Aristóteles, en la *Ética a Nicómaco*, considera la amistad como una virtud necesaria para la vida humana; sin amigos, nadie querría vivir, aun poseyendo todos los demás bienes. Laín entrelaza esta idea con el hecho de que el médico necesita la confianza y la cooperación del enfermo, así como el enfermo necesita la guía y el apoyo del médico. De esta co-implicación nace la *philía* médica, que no es una elección contingente, sino la forma natural en que se debe encauzar la práctica médica si se quiere mantener su dignidad humana.

Esta relación de amistad no puede confundirse con el enamoramiento (*éros*), ni con la simple utilidad o el placer. La amistad perfecta, según Aristóteles, se funda en la virtud y en desear el bien del otro por lo que el otro es, no por lo que proporciona. Según Laín, en el contexto médico, esta amistad es un modo de vida, no un simple tipo de relación. No se trata de un lazo circunstancial, sino de una actitud ante la existencia, de la vocación del médico que, más allá de la técnica, se siente obligado moralmente a servir al enfermo. En *El médico y el enfermo*, Laín insiste en la necesidad de esta vocación moral que enraíza en la *philía*: es el cimiento ético que da sentido a la profesión médica y la distingue de la mera prestación de servicios sanitarios.

Por lo tanto, los griegos del siglo V a. C. inventaron una forma de entender la ayuda al enfermo basada en la *philía*. Y si la salud y la enfermedad se interpretan en términos de orden natural y armonía, el médico, al restaurar el equilibrio del paciente, contribuye al bien del otro y, con ello, al orden de la naturaleza. Esta acción, subraya Laín, no es solo técnica (la *téchne iatriké*) sino también moral y filosófica, lo que exige conocerse a sí mismo y conocer la humanidad del enfermo. Por eso la relación de amistad se expresaba en tres recursos principales: la ilustración médica del enfermo, la persuasión verbal y la adecuación biográfica del tratamiento. ¿Acaso no son estos recursos, se pregunta Laín en *El médico y el paciente*, igualmente necesarios hoy, aunque debamos adaptarlos a las condiciones contemporáneas?

El rescate histórico que Laín lleva a cabo no es fruto de la simple erudición. Al recuperar la antigua concepción de la amistad médica, Laín ofrece un punto de referencia para evaluar el presente. La tecnificación extrema del diagnóstico y el tratamiento, la masificación y socialización de la medicina, el surgimiento de la psicoterapia y la entrada en escena del paciente informado y autónomo han alterado profundamente la relación clínica. En *El médico y el paciente*, Laín recalca que estos cambios no invalidan la

necesidad de una relación moral fuerte entre el médico y el enfermo. Por el contrario, la actual complejidad hace aún más urgente recuperar el fundamento de la relación clínica en la *philia*. La historia —señala, como muchos de sus maestros (Ortega, Zubiri) y de sus discípulos (Gracia)—, no es pura repetición: volver la mirada atrás permite redescubrir aquellos elementos que siguen siendo esenciales.

¿Qué queda, entonces, de todo lo anterior? ¿Es tan solo un relato histórico o hay algo que merezca la pena revivir? Laín Entralgo nos sugiere que, a pesar de la complejidad, del conflicto y de la erosión de la “naturalidad” que antaño definía la relación clínica, la amistad permanece como un ideal regulativo capaz de orientar nuestra práctica. En una época de burocratización, de especialización extrema, de reivindicación del derecho a la autonomía, al consentimiento informado, etc., en fin, de complejas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, el gran cambio que es preciso asumir, como ya nos advertía Nietzsche al inicio, es, sobre todo, el cambio de valores.

Laín sostiene que la pérdida de la relación personal, la quiebra de la confianza, el énfasis en la técnica sobre la humanidad de la persona, todo ello puede y debe reorientarse si recordamos el ideal clásico de la *philia*. Con esta evocación histórica, ni Laín (ni nadie) pretende volver a los modelos caducos, ni ignorar la modernidad; antes bien, se trata de redescubrir en la amistad la clave para rehumanizar o remoralizar el acto médico. Cada época demanda sus propios valores, sus propias soluciones, pero la presencia de la amistad y la confianza —temas centrales en *El médico y el enfermo*— siguen siendo la piedra angular sobre la que construir una relación clínica verdaderamente humana.

Conclusión: la recuperación del vínculo profesional como respuesta a la fragmentación de la relación clínica

La relación clínica, vista en perspectiva histórica, muestra un itinerario complejo que va desde la cercanía moral y afectiva entre médico y paciente, hasta la situación contemporánea marcada por la fragmentación y el conflicto. La etapa del paternalismo clásico, a lo largo de milenios, se definió por una relación de amistad que, sin ser perfecta, reflejaba una aspiración moral y un vínculo de confianza entre el médico y el paciente. Como insistieron algunos autores humanistas, como Pedro Laín Entralgo, el médico no era solo un técnico, sino alguien que compartía con el paciente un horizonte de valores, un ideal de bien, y que procuraba equilibrar la destreza profesional con la calidad moral. En esa época, la palabra, la empatía, el tiempo dedicado y la amistad — en el sentido de la *philia* griega— eran ingredientes fundamentales del acto terapéutico.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, sin embargo, la relación clínica afronta una transformación radical. Influida por los horrores de la Segunda Guerra Mundial, el ascenso de la bioética, la afirmación de la autonomía del paciente y la institucionalización del consentimiento informado, se fragmenta el equilibrio moral anterior. La ciencia médica, potenciada por un avance técnico sin precedentes, se concentra en la enfermedad y en el éxito terapéutico medible, relegando en parte la dimensión interpersonal y moral. La excelencia técnica desplaza la excelencia moral, la autoridad del médico se desdibuja al convertirse en un asalariado dentro de un sistema sanitario, y se introduce el valor de

Al integrar ciencia, técnica, valores y un diálogo moral genuino, la relación clínica puede recuperar la solidez perdida y ser el espacio de un cuidado más humano y significativo.

la eficiencia, con su lógica mercantil. Estos cambios hacen que la relación clínica, antes más orgánica, aparezca ahora como un encuentro entre dos “extraños” unidos por un contrato, con menos carga moral y un mayor énfasis en derechos, protocolos y resultados cuantificables.

Esta evolución ha tenido consecuencias notables. Por una parte, la autonomía del paciente, convertida en derecho, rompe con el paternalismo estricto y ofrece una mayor libertad de decisión. Pero, por otra, esta dinámica se ve inmersa en una relación asimétrica y conflictiva, en la que se superponen múltiples criterios y presiones: el respeto a las preferencias del paciente, la eficiencia económica, la fragmentación de la práctica asistencial en especialidades, el abuso de tecnologías diagnósticas, la sobrecarga asistencial y la creciente complejidad normativa. El resultado es una relación clínica muchas veces tensa, donde el profesional y el paciente actúan más como partes enfrentadas que como aliados, y donde el antiguo vínculo profesional —ese que Laín describía como “amistad” o *philia*— se ve seriamente debilitado.

Para afrontar este problema, diversos modelos han intentado recuperar la dimensión moral de la relación clínica. La bioética angloamericana ha impulsado la Resolución Alternativa de Conflictos, buscando un punto medio, una mediación, entre el paternalismo y el individualismo extremo; mientras tanto, en el contexto mediterráneo, se ensaya una mixtura entre la tradición paternalista suavizada y el modelo interpretativo de Carl Rogers, que valora la dimensión psicológica y valorativa del paciente. A estas tentativas se añaden otras más recientes que apuntan a la necesidad de introducir la flexibilidad, la creación de significados y la atención a los afectos, sin abandonar la seguridad, la justicia, la eficacia y la eficiencia, valores imprescindibles para la práctica clínica.

El gran reto, sin embargo, es lograr una síntesis superadora de las tensiones actuales. Ni un retorno ingenuo al paternalismo clásico, ni una defensa a ultranza de la autonomía como único valor, ni una desregulación que obvie el marco normativo y la igualdad entre los pacientes. La exigencia de nuestros días pasa por recuperar el vínculo profesional en su dimensión más moral y humana, reconociendo a la vez la complejidad del mundo sanitario contemporáneo. Este vínculo no ha de ser una mera añoranza romántica de la medicina antigua, sino la piedra angular de una relación clínica renovada, capaz de integrar la ciencia y la técnica con la comprensión profunda del paciente, sus valores y su contexto vital.

Para ello, la toma de decisiones deliberativa no debe entenderse como un procedimiento formal de información, negociación o interpretación, sino como un proceso moral en el que el profesional y el paciente se encuentran no como antagonistas, sino como personas autónomas en la búsqueda del bien tanto individual como común. En este sentido, la dimensión moral de la relación clínica se convierte en el hilo conductor que da coherencia a la práctica, recordándonos que la medicina no se reduce a un intercambio instrumental, técnico o mercantil, sino que implica una vocación: la del profesional que, con conocimientos y experiencia, ayuda a una persona vulnerable a recobrar su salud, su bienestar y su sentido de la vida.

La historia no es pura repetición, pero nos enseña que, cuando el acto clínico pierde su dimensión moral, la relación se deshumaniza y empobrece. Al volver la mirada hacia autores como Laín Entralgo o hacia las ideas clásicas de la amistad y la *philia*, podemos

rescatar algunas claves para rehumanizar la relación clínica. Y al integrar estas claves con las propuestas más flexibles, singulares y abiertas que se desprenden de algunos enfoques éticos contemporáneos, la relación clínica puede aspirar a una madurez moral más plena.

En definitiva, la conclusión es clara: no basta con normas, derechos y protocolos; tampoco con excelencia técnica y eficiencia. La relación clínica debe recuperar el vínculo profesional, aquella conexión humana, de confianza, que dote de sentido la ciencia médica y a la práctica asistencial. Sin este anclaje, la complejidad del sistema sanitario actual seguirá generando tensiones y conflictos; con él, la medicina podrá reencontrarse con su esencia: la búsqueda conjunta del bien del paciente, entendida no como imposición ni simple negociación, sino como un acto profundamente moral y humano.

Bibliografía

- Aristóteles. (2004). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Gredos.
- Balint, M. (2002). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Barcelona: Paidós.
- Camps, V. (2011). Presentación. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, (26), 89.
- Cassell, E. J., & Siegler, M. (Eds.). (1979). *Changing Values in Medicine*. Washington, DC: University Publications of America.
- Deleuze, G. (1989). *La lógica del sentido*. Barcelona: Paidós.
- Deleuze, G. (1994). *Diferencia y repetición*. Barcelona: Paidós.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1994). The moral basis of physician-patient relationships: The four models of the physician-patient relationship. *Hastings Center Report*, 24(3), 110-120.
- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (trad. S. Palarea). México: Siglo XXI.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18-23.
- Gracia, D. (2003). Moral deliberation and decision making. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(1), 15-22.
- Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación moral. En *Bioética: el estado de la cuestión* (pp. 105-128). Madrid: Triacastela.
- Gracia, D. (2016). Problemas con la deliberación. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 273-2284.
- Hipócrates. (1992). *Obras completas*. Madrid: Gredos.
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (1991/2005). *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica* (5.^a ed.). Barcelona: Ariel.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.

- Laín Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Editorial.
- Laín Entralgo, P. (1972). *Sobre la amistad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Laín Entralgo, P. (1979). What does the word good mean in good patient? En E. J. Cassell & M. Siegler (Eds.), *Changing Values in Medicine*. Washington, DC: University Publications of America.
- Laín Entralgo, P. (1995). *Tres reflexiones éticas*. Madrid: Alianza Editorial. (Ed. original 1986)
- Laín Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela.
- Nietzsche, F. (1984). *Así habló Zaratustra*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ortega y Gasset, J. (1929). *La rebelión de las masas*. Madrid: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1970). *Lecciones de metafísica*. Madrid: Revista de Occidente.
- Platón. (1992). *Leyes*. Madrid: Gredos.
- Platón. (2000). *Lisis*. Madrid: Gredos.
- Pose, C. (2022). *Teoría y práctica de la consultoría en ética clínica. El modelo deliberativo de resolución de conflictos*. Biblioteca de derecho y ciencias de la vida. Granada: Comares.
- President's Commission. (1982). *Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Rogers, C. R. (1972). *Terapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1975). *El proceso de llegar a ser persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1983). *El camino del ser*. Buenos Aires: Paidós.
- Séneca. (1993). *De los beneficios*. Madrid: Gredos.
- Siegler, M. (1981). Searching for moral certainty in medicine: a proposal for a new model of the doctor-patient encounter. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 57(1), 56-69.
- Siegler, M. (1985). La progresión de la medicina: del paternalismo del médico a la autonomía del paciente a la parsimonia burocrática. *Archivos de Medicina Interna*, 145(4), 713-715.
- Siegler, M. (2011). The four ages of (American) medicine: The Journal of the American College of Surgeons surgical ethics lecture. *J Am Coll Surg*, 213(2), 16-24.