

QUINTA JORNADA DE BIOÉTICA

Segunda Ponencia:
La Ética del Curar, Cuidar y
Sanar:
Visión Integral del Enfermar y
de la Enfermedad Según el
Personalismo Orgánico:
Responsabilidades Compartidas
Entre Enfermo y Profesionales

Dra. Hna. M. Elena Lugo

Sábado, 14 de Junio de 2003.
Nuevo Schoenstatt. Argentina.

I. Introducción

A. Como punto de contacto con la Primera Ponencia, recordemos la tesis del colega Toombs sobre la inconmensurabilidad de la perspectiva del médico centrada en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una enfermedad como categoría de objetividad tecnocientífica, frente a la perspectiva del paciente, caracterizada por una serie de desintegraciones existenciales. No es apropiado explicar la diferencia de perspectivas sugiriendo que de parte del médico exista cierta insensibilidad. Toombs estima más apropiado destacar la responsabilidad de los profesionales en reconocer que la perspectiva del paciente es *parte integrante* de una auténtica práctica clínica primaria. Esta incluye no sólo curar o ni tan sólo cuidar sino *sanar*. Es decir que la narrativa del paciente no es un apéndice superfluo, si bien respetable, del quehacer clínico, sino componente de la práctica en el cuidado de salud y en el juicio clínico orgánico

B. Entendemos la práctica profesional en salud según el criterio de MacIntyre, quien insiste en identificar como práctica sólo aquella actividad que presenta los siguientes atributos distintivos de excelencia:

supone talento natural y formación rigurosa y extensa;
conducente a bienes externos (resultados benéficos para otros) y bienes internos como la satisfacción personal de hacer el bien y el desarrollo pleno de las capacidades personales para el servicio y la perfección misma del conocer y del arte correspondiente a la práctica;
cultivo de las virtudes de la integridad de carácter y la autodisciplina;
reconocimiento de la prioridad de la persona necesitada del ejercicio profesional por encima de las preferencias individuales.

Consideramos la práctica médica como central en las profesiones en salud, y la definimos como lo hacen Pellegrino y Thomasma. La medicina es una práctica afiliada al arte y la técnica, sustentada en el más exacto y riguroso conocimiento científico, aplicada a situaciones concretas de personas, con la finalidad de sanar con competencia clínica y virtud en el trato.

C. El intento de sanar exige, por un lado, ampliar el diagnóstico de la enfermedad y, por otro, configurar una RMP mas allá del paternalismo, sustentando el principio de beneficencia según el criterio del médico benevolente, por encima del autonomismo originado en la concepción del paciente como una minoría con derechos individuales y consumidor de un servicio ofrecido a discreción. Afirmamos que el encuentro profesional en salud es un intercambio asimétrico y, en ocasiones,

una confrontación de modelos explicativos entre extraños, como se dice en la ética narrativa, de historias o narrativas vitales. Si bien el paciente incorpora fragmentos de la explicación médica, resulta apropiado en esta V Jornada de Bioética mostrar la responsabilidad clínica del profesional a la hora de integrar la historia del enfermo y luego asistirlo en redactar otra historia conjunta, en la cual se contemple el cuidado y la cura, de ser esta posible.

D. Esperamos demostrar cómo el encuentro propuesto entre profesional y paciente contribuye positivamente a reintegrar los factores vivenciales que el enfermar pudo aislar o fragmentar en la persona: fragmentación de la vivencia de corporeidad, de identidad personal, de la infraestructura espacio/temporal, de comunidad y de visión cósmica. No fue nuestro objetivo ilustrar las diversas maneras como el enfermo reintegra su sentido vital, sino tan sólo indicar los desafíos que no pocos experimentan. Ahora veremos cómo puede el diagnóstico integrarse y no sólo confrontarse con el malestar del paciente.

E. A modo de recurso pedagógico demostraré que en una RMP sanar supone una ética clínica denominada por Brody (203) *relacional*. Esta acentúa el papel de la narrativa vivencial, en contraste con una ética decisional deductiva que opera básicamente aplicando principios a ciertos aspectos de la situación y marginando otros. Confío también en mostrar cómo esta ética clínica relacional corresponde a una antropología del personalismo orgánico según el P.J.Kentenich.

II. La práctica clínica

A. Nuestro punto de partida es la práctica clínica y el ejercicio profesional en salud, y no una especulación filosófica sobre la profesión en salud, si bien la filosofía puede confirmar lo que nos plantea la práctica médica, y la primaria en particular. Según el estudio de Brody, el cuidado primario aspira a la continuidad, la amplitud y la coordinación de todos los elementos que puedan contribuir al bienestar total del paciente. Presupone una visión biopsicosocial tanto de la enfermedad como de la salud, es decir que se compromete a atender al paciente en su contexto comunitario y en virtud de su red de relaciones. Este modelo contempla el organismo humano como un conjunto jerárquico de sistemas naturales. Partiendo del sistema de átomos y moléculas hasta culminar en la composición de órganos, para luego reconocer el sistema neurológico asociado al sistema de interacción psicosocial que se extiende a la familia, la comunidad y la sociedad. Estos sistemas interactúan en virtud de un flujo de información que se busca interpretar con criterio objetivo. Más aún, el modelo exige familiarizarse con la narrativa del enfermar, la cual sólo el paciente puede exponer

1. *¿Qué se entiende por esa narrativa o en qué consiste la función de esta en la relación terapéutica?*

El narrar una historia no es un mero acto específico, sino que repercute esencialmente en la organización de los contenidos del conocer y en la dirección de nuestra conducta. Paul Ricoeur nos indica que la narrativa como acto humano se caracteriza por contar con objetivos, motivos, un agente - narrador, circunstancias contextuales, interacción con otros, proyección significativa hacia el futuro y responsabilidad en la secuencia temporal de pasado/presente/futuro.

En resumen, la narración es un desarrollo continuo en serie temporal. No se trata de una mera secuencia de eventos en serie sino de una configuración que expresa un proyecto vital o la evolución de proyectos en interacción coherente. La modalidad más común de la narrativa es la historia de la vida como un viaje hacia metas que motivan el movimiento gradual. En un importante sentido somos la historia de nuestra vida y no meramente una manifestación concreta de la naturaleza humana. Vale decir que el ser persona supone una identidad única biográficamente expresada, la cual se desarrolla en el proceso mismo de transmitirse por medio del lenguaje culturalmente condicionado.

Toda persona vive activamente programando su vida, consciente o subconscientemente, a modo de una trama coherente de continuidad temporal y atenta a proyectarse como una existencia significativa dentro de un marco individual y comunitariamente reconocido como importante. Se busca el autorrespeto y la identidad propias, y ello como expresión psicosocial de la dignidad de ser persona. Igualmente se intenta configurar los sucesos vitales en una continuidad significativa, procurando que esta sea aceptada y apreciada por una comunidad que consideramos valiosa. En términos del P. J. Kenterich, se trata de reconocer el ideal personal y hacerlo vida en comunidad.

2. *El relato como secuencia coherente supone la articulación original del relator pero también la articulación complementaria de parte del receptor.*

Hacer que estas dos configuraciones concuerden representa la raíz misma del arte de comunicar. La vivencia del enfermar o el malestar en gran medida impresiona, desafía o de algún modo invita a modificar y alterar la historia personal. El enfermar puede necesitar de una narrativa de coherencia replanteada ante sí y ante la comunidad, para incorporar las posibles desintegraciones experimentadas en la corporeidad, en la identidad, en las relaciones humanas y en el sentido mismo de la existencia.

Por ejemplo, una vez recibido el diagnóstico de enfermedad grave, capaz de amenazar al paciente con los modos de desintegración ya señalados en la ponencia anterior, el paciente podría discurrir así: *“¿Debo renunciar a mi estilo de vida acostumbrado y a identificarme con su narrativa, y por consiguiente configurar un nuevo*

estilo en vista de las circunstancias? ¿Cómo ha de ser o cómo he de expresar ese nuevo estilo de vida? ¿Será cierto que mi enfermar me restringe al grado de no poder intentar mis objetivos anteriores? ¿O será que exagero la severidad de mi malestar para así recibir simpatía y excusar los fracasos en mi esfuerzos anteriores por lograr mis metas vitales? Si en lugar de resignarme lucho con mayor dedicación por lograr mis metas, sin importarme las limitaciones actuales, ¿estaría mostrando fortaleza digna de alabanza de parte de mis colegas o negando peligrosamente la realidad de mi enfermedad, con lo cual agravaría mi situación?''.

En la novela de Thomas Mann *La Montaña Mágica* encontramos ejemplos de este tipo de dilema en el personaje de Castorp; y también en la novela de Aleksander Solzhenitsyn *Pabellón de Cáncer*, en el personaje de Rusanov y Kastoglotov. (Para conocer mejor el aporte de la literatura a la ética clínica atenta al enfermar como componente de la historia personal del enfermo, recomiendo la obra de reciente publicación: Brody, Howard, *Stories of sickness*).

1. La historia o narrativa del paciente puede ser de muchos tipos o combinaciones:

- a) narrativa de *restauración*, según la cual se pasa por la enfermedad como un período difícil del cual se logra salir para retomar la condición original (paciente agudo);
- b) narrativa *caótica o de relatos incoherentes y de carga emocional* sobre la desintegración máxima (paciente terminal / paciente con deterioro neurológico);
- c) narrativa de *búsqueda*, a modo de un viaje vital para reconfigurar el sentido de la vida en la marcha, lo cual puede suponer hacer de la enfermedad núcleo o punto de referencia (paciente crónico);
- d) narrativa *mítica* con su correspondiente interpretación de los sucesos según una verdad más profunda que la científico - técnica, de acuerdo a una filosofía de la vida en sí misma (espiritualidad en pacientes de todo tipo, y de terminales en particular).

2. En vista tanto de su autoridad y poder como de su papel socialmente sustentado, los médicos y profesionales en salud cuentan con recursos especiales para sugerir a los enfermos la composición de historias que faciliten la integración de la enfermedad a un nuevo proyecto vital. En cada encuentro con su paciente deben enfocar el sentido que el enfermar tiene para el paciente, como punto de partida para elaborar su propia narrativa explicativa en términos tecnocientíficos, lo cual en parte dependerá de lo que dice el paciente, de quién es el paciente, qué dice y cómo dice lo que le afecta. El paciente, como ya indicamos, busca una explicación personalmente esclarecedora de su condición, de su experiencia personal, y no tan sólo conceptos sobre su enfermedad. De ese modo sentirá que es cuidado en el proceso del intento de cura, que se le facilita autocontrol sobre los síntomas de su enfermedad y se lo

asiste a la hora de integrar sanamente las dimensiones vitales que su enfermedad probablemente haya alterado.

Escuchar la historia del paciente y ayudarlo a configurar (autoría compartida) una historia nueva capaz de integrar las dimensiones de su vida, no es tan sólo un gesto de humanitarismo y compasión en la práctica clínica, sino que resulta central en la práctica competente y eficaz, según su razón de ser a la hora de intentar curar, cuidar y sanar. El profesional en salud realmente competente reconoce y respeta que el paciente ofrece un ingrediente indispensable para la práctica clínica: la articulación y selección de detalles del problema que lo aqueja y lleva a la consulta. En la propuesta médica, ni el diagnóstico más exacto ni la terapia más prometedora resultarán suficientes si estas no explican, integran o responden a la manera como el paciente vive su enfermedad, motivando así en el paciente el seguimiento confiado de la propuesta clínica. El médico sabrá mucho sobre biología y patología, pero el paciente conoce mejor la historia de lo que pasó y cómo se sintió, y además reconoce lo que está dispuesto a hacer para remediar o mejorar su dificultad o malestar. El médico, como el profesional en salud, ha de complementar su perspectiva o narrativa centrada en el diagnóstico con lo que llamo *discernimiento*. Sólo así se sigue el modelo biopsicosocial y, más aún, se lo afina a tono con la RMP en cuanto intersubjetividad en confianza mutua.

B. *Diagnosticar* implica analizar y distinguir, apelando a los conocimientos especializados que apuntan a la resolución de los problemas. Para diagnosticar el médico se funda en su memoria y en su destreza para clasificar síntomas y signos por medio de la inducción y la deducción. Podrían recomendarse aquí la distancia y la exclusión de la intimidad, ya que el médico es el sujeto - agente activo y el paciente es el objeto pasivo que debe ser categorizado.

Discernir, en cambio, es un proceso intuitivo orientado a captar la totalidad individual en la intimidad, para comprender la vivencia del sujeto que sufre la enfermedad. Más que con conocimientos, el médico cuenta en este punto con un don semejante a la sabiduría práctica que le facilita reconocer el misterio en la persona. Y precisamente la espiritualidad que expondremos resulta adecuada en esta área.

C. Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial (término propuesto por George Engel) supone que el médico cuente con conocimiento científico y destrezas técnicas pero, a la vez, con conocimientos provenientes de las disciplinas sociales y humanísticas y de la comunicación personal. Es preciso insistir en que este modelo, para alcanzar su objetivo, no sólo debe añadir conocimientos a la formación intelectual del médico sino generar en el médico la disposición y actitud que le permita comprender con mayor facilidad el sufrimiento, la vivencia de necesidad, dependencia y vulnerabilidad del paciente visto como persona.

1. En efecto, el paciente anhela y busca ser reconocido en su experiencia individual y en su percepción del concepto que la sociedad tiene de la enfermedad o condición que lo lleva a comparecer ante el médico. De modo que un diagnóstico computarizado y un tratamiento de diseño prefigurado no serían suficientes para sanar o cuidar en el sentido amplio de la práctica clínica. Se necesita el diálogo personalizado, la conversación en la cual se incluya la historia individual y la proyección futura del paciente.

2. Tal como fuera concebido inicialmente, el modelo biopsicosocial da la impresión de ser una acumulación de conocimientos de biología, psicología y sociología, lo cual sugiere la figura de un médico, si no experto, sí al menos familiarizado con los principios de tales disciplinas. En vista del rápido desarrollo de las disciplinas científicas, tanto de las biológicas como de las sociales, es difícil imaginar un médico capaz de formarse rigurosamente en ellas de modo que pueda no sólo informar al paciente sino interpretar ampliamente todo lo pertinente a su enfermedad.

3. Anticipando un poco nuestra posición sobre este punto, recordamos que el cuidado integral del paciente no depende tan sólo del talento en el área cognoscitiva, ni de disposiciones particulares semejantes a las virtudes. Sea como fuere, resulta interesante señalar que este modelo facilita la participación del paciente en la decisión. Precisamente porque las dimensiones psicosociales de la enfermedad son de su propio conocimiento y evaluación, capacitándolo así para la autodeterminación, tan apreciada por las corrientes en pro de los derechos del paciente.

4. Este modelo puede asociarse a la mentalidad contractual, porque el paciente, en busca de autosuficiencia y amparado por el derecho vigentes en varios países (tal como la *Bill of rights* y *Self determination act*, EE.UU., 1992) se experimenta como un consumidor desconfiado ante una relación que se produce básicamente entre extraños y puede ser potencialmente conflictiva¹. En Holanda, por ejemplo, la RMP queda tipificada en los códigos civiles como *contrato terapéutico*.

5. En sintonía con la Conferencia de Wickenburg (Arizona, 1987) denunciamos la insuficiencia o parcialidad del modelo biomédico, pero también reconocemos que el modelo biopsicosocial, si bien procura integrar los diversos aspectos de la experiencia de la enfermedad, tampoco acierta en el núcleo del encuentro clínico.

¹ Cf. Engelhardt, 1996.

D. Pasemos ahora a examinar los modelos de RMP que sugieren los modelos de práctica clínica recién explicados.

1. En primer lugar tenemos el modelo *paternalista*. Este propone un médico que sea custodio o figura paternal ante un paciente cuya autonomía se reduce básicamente al acto de aceptar lo propuesto por el profesional. Como ya indicásemos, este modelo se asocia a una concepción biomédica de la prestación del servicio y se orienta en particular por el principio de beneficencia, pero fundamentalmente de acuerdo a un criterio clínico o terapéutico. La confianza en la relación se genera por las virtudes de benevolencia y altruismo de parte del médico.

2. En contraste con el modelo paternalista se encuentra el *contractualista* o *de la informática*. El médico funciona aquí como técnico o experto que suministra al paciente (considerado en primera instancia como un extraño) todo tipo de información, esperando que éste entienda y decida lo que ha de hacerse, bajo condiciones de ofrecer servicios contra remuneración.

a) Este modelo, como ya indicamos, supone una concepción biopsicosocial del servicio médico. El principio de beneficencia se implementa de acuerdo a las preferencias del paciente, con frecuencia designadas como derechos de formulación legal, y con un mínimo de crítica o evaluación de parte del profesional. La relación con el paciente se denomina *participativa* o *intercambio negociado*.

b) Naturalmente la relación supone un intercambio negociado o cuidado compartido que exige comunicación mutua y no sólo intervención técnica de parte del médico. Este modelo acentúa la autonomía individualista y podría constituir un tipo de muralla entre el paciente individual y otros pacientes. No sorprende que este modelo haya sido duramente criticado por desestimar la importancia de la comunidad como red de apoyo, y la interdependencia en la cual paciente, familia y médico se insertan. Esto es particularmente cierto en el caso de pacientes crónicos, para quienes la relación contractual e individualista resulta poco real. Y es poco real precisamente porque ellos tienen que reordenar su estilo de vida en comunidad, para adecuarse así a los requerimientos de una condición que no se cura, pero de la cual tampoco se espera morir. En este sentido Moros, en su análisis del paciente crónico, dice lo siguiente: “*La enfermedad crónica plantea cuestiones filosóficas complejas sobre la naturaleza del yo y de la comunidad, sobre la identidad de sí mismo en el curso de los cambios psicosomáticos, sobre las circunstancias sociales y sobre la capacidad de dirigir la vida y encontrarle un significado*”.²

² Moros, Daniel y otros; “Chronic Illness and the Physician-Patient Relationship”, en: **The journal of medicine and philosophy**, 16, págs. 161- 181, 1991.

c) Por otro lado, como bien indica R. Veatch, quizás haya pacientes que prefieran el anonimato de la relación contractual. ¿Por qué? Veatch observa que el conocimiento que el médico pueda tener de su paciente, en particular de sus dimensiones más íntimas, redundaría en poder de parte del médico para influir sobre las decisiones del paciente. Al enfermarse una persona se vuelve débil, vulnerable e incapacitada, y por consiguiente expuesta a que se socave su bienestar de parte de otra persona que goza de cierta autosuficiencia. Es evidente que Veatch supone un encuentro entre individuos que compiten entre sí por ejercer poder uno sobre el otro, a modo del estado natural descrito por Hobbes³.

d) La relación contractual acentúa la relación inicial entre médico y paciente en cuanto extraños que interactúan a nivel de derechos mutuamente reconocidos, en un contexto público y en consonancia con lo que estipula la ley sobre la interacción terapéutica. La relación contractual puede parecerse esquemática y carente de contenido representativo del entramado real del encuentro clínico tal como fuera expuesto más arriba.

3. Pero ninguno de estos dos modelos, ni el paternalista ni el contractualista, tuvieron aceptación en las últimas décadas, al menos en los EE.UU. El primero por ser ajeno a la democracia, y el segundo por ser ajeno a la tradición médica.

a) El modelo paternalista cuenta aún con cierta aceptación en una sociedad hispana en la cual se acentúa el carácter relacional de la persona. Para esta cosmovisión hispana, la persona, desde su nacimiento hasta su muerte, se integra en una red de vínculos que definen el sentido y dirección de su actividad y de la comprensión de sí mismo. Por otro lado, en países anglosajones se favorecería un modelo contractualista que toma como punto de partida dos individuos autónomos que interactúan de acuerdo a un compromiso o pacto mutuo.

b) En ambos casos la RMP ha sido implementada de modo unidimensional. Es decir, en la versión paternalista el médico es el participante activo de la relación, el que ofrece asistencia a un paciente pasivo y visto casi como objeto de la intervención. En la contractual, y en reacción a la primera, el paciente ya no es el objeto de la intervención, sino más bien el agente activo que decide sobre la terapia una vez que ha sido informado por el médico.

c) Consideramos a ambas como modelos incompatibles con la realidad del encuentro clínico en sí, de modo que propondremos una fórmula que destaque la interacción como diálogo o deliberación compartida en la cual ambos aprendan uno

³ Cf. Sulmasy, "Every Ethos...", pág. 235.

del otro y reconozcan que la verdad se capta precisamente en ese proceso de respeto mutuo y complementariedad.

4. La integración de los dos modelos no resulta sencilla. En todo caso no habría sólo una sino varias formas de integración de los mismos. Estas, a su vez, tendrían que contar con una contextualización cultural que respete las características de cada cultura.

a) Por ejemplo, los médicos que favorecen una concepción científica y técnica de la medicina (concepción biomédica) consideran (sin tomar en cuenta las diferentes culturas) que el paciente ha de ser básicamente pasivo, de modo que el consentimiento ilustrado resultaría superfluo, ya que sólo el médico cuenta con el conocimiento necesario para diagnosticar y tratar a su paciente.

b) Por su parte los bioeticistas norteamericanos insisten en el principio de autonomía como fundamento de la participación de los pacientes en la interpretación y la decisión, en el marco de referencia psicosocial de la enfermedad. De esa manera los bioeticistas pueden, involuntariamente, socavar la responsabilidad del médico. Este, a su vez, podría actuar de forma indiferente, considerándose un mero técnico que informa sin preocuparse de la totalidad de la persona.

c) Por todo ello es preciso establecer una RMP sobre la base de una concepción de la persona fundada en la relación intersubjetiva, en la apertura y disponibilidad esenciales para con las otras personas.

Tomemos como referencia la obra de los esposos Emmanuel, quienes nos ofrecen alternativas para el paternalismo y el contractualismo.

a-1) Modelos interpretativo y deliberativo

En los últimos años, E y L. Emmanuel han elaborado los modelos denominados *interpretativo* y *deliberativo*.

En el interpretativo, el médico funciona como un consejero que toma como referencia el sistema de valores del paciente, orientándolo hacia sus mejores opciones, fomentando la comprensión de sí mismo y el examen crítico de sus preferencias. Se conjuga así el sentido benéfico clínico del médico con la concepción de beneficio que debe sustentar el mismo paciente. En efecto, el paciente decide en autonomía corresponsable y respetando la integridad profesional del médico. En esta situación, la confianza mutua otorga a la RMP un matiz de virtud.

El modelo deliberativo supone el interpretativo. Sin embargo, la diferencia radica en que el médico, en su calidad de amigo del paciente, se adelanta a educarlo y facilitar su desarrollo moral tomando su sistema de valores como punto de partida. El profesional examina así los distintos sentidos del bien según el principio de beneficencia (bien clínico, bien de preferencia del paciente, bien inherente al ser persona en sí mismo y en su finalidad trascendental), y en diálogo con el paciente delibera sobre la mejor opción en su contexto personalizado. Como bien podemos anticipar, este modelo está enmarcado por el cuidado, sustentado en la empatía y animado por la compasión. Es posible vincular el modelo deliberativo de Emmanuel a la intersubjetividad (la cual le da su base existencial) y sus correspondientes características.⁴

a-2. Estos dos modelos nos conducen a una interpretación filosófica, de matiz personalista, de la RMP, la cual ha de caracterizarse por ser:

▪ *Interactiva*

Cada agente de la relación aporta un elemento constitutivo: el paciente, la experiencia misma de la dolencia; y el médico, la interpretación de la experiencia y la recomendación terapéutica. Ambos agentes se orientan corresponsablemente hacia la sanación, cuidado y curación. Ambos reconocen la vulnerabilidad y la solicitud de asistencia como realidades inherentes a la existencia humana.

▪ *Personal*

Es un intercambio orgánico en el cual intervienen la razón, la voluntad y la afectividad.

▪ *Dinámica*

La meta de cuidar o curar se va evaluando gradualmente *sin prisa pero sin pausa*. El consentimiento ilustrado funciona como proceso educativo a lo largo de la relación, y no como hecho puntual para cumplir con una norma legal.

▪ *Comprometedora*

Se procura coherencia e integridad a la hora de aplicar los principios morales y clínicos; competencia en el orden del conocimiento; destrezas; cultivo del carácter virtuoso y, de ser posible, orientación hacia temas de espiritualidad (particularmente para el médico en su calidad de profesional).

▪ *Comunitaria*

La relación debe incluir la justa solidaridad con la comunidad institucional y social, sin caer en la rigidez burocrática ni en el anonimato. Debe asimismo integrar

⁴ Cf. Emmanuel, L., op. cit...

las consideraciones económicas, procurando conservar la prioridad del bienestar del paciente individual.

La relación aquí caracterizada como personalista se inicia con la vivencia existencial del encuentro clínico considerado como una experiencia de intersubjetividad.

a) Explorar la experiencia del encuentro en sí mismo nos lleva a dejar de lado los modelos biomédico y biopsicosocial. Ambos suponen categorías de interpretación reflexivas previas a la descripción directa del encuentro médico - paciente, siendo este, precisamente, la base epistemológica para discernir las funciones de médico y de paciente.

En efecto, ambos modelos resultan abstractos porque, por un lado, enfocan selectivamente algunos aspectos a los que se destaca con mira a definir la relación pero, por otro lado, ocultan otros aspectos que pueden resultar significativos para las personas en el encuentro clínico. Así pues se limitan a describir al paciente exclusivamente como un ser necesitado y dependiente, y al médico como un ser solícito y capaz de asistirlo.

b) Ahora bien, la visión fenomenológica de estos papeles, el del paciente y el del médico, nos llama la atención sobre el hecho de las vivencias comunes o compartidas por ambas partes. En efecto, tanto el médico como el paciente pueden sufrir y experimentar dependencia, como también asistirse mutuamente. Por eso hoy la ética clínica se refiere con frecuencia al médico como a un *sanador herido* (wounded healer). Esto lleva al médico a superar la dualidad entre el sano (él) y el enfermo (su paciente), y reconocer también su propia humanidad como vulnerable y, en algún sentido, herida o quebrantada, necesitada de sanación. Una sanación que puede provenir indirectamente de parte del paciente, en el sentido de que el médico, al desarrollar empatía para con la enfermedad de su paciente, logrará entender mejor lo que significa la realidad humana de estar enfermo. Así pues tanto el paciente como el médico pueden educarse recíprocamente, aprender sobre la situación contingente y finita de la humanidad y ofrecerse mutuamente su asistencia.

c) El modelo acentúa también el carácter original del paciente, el cual exige respeto y aprecio. La visión fenomenológica añade a los objetivos de la medicina, enunciados al principio de este capítulo, la exigencia de responder a las expectativas personales del paciente en su integridad e individualidad. Asimismo llama la atención sobre la importancia del conocimiento intuitivo de parte del médico frente a su paciente individual. Un conocimiento intuitivo que sirve de complemento al

conocimiento inductivo de las ciencias biológicas e inclusive al conocimiento deductivo de la ética filosófica, sobre la cual reflexionaremos más adelante.

d) La vivencia del encuentro clínico revela que la relación en sí presenta rasgos distintivos y constitutivos de dicho encuentro. Tales rasgos llevan a designar a uno de los participantes *médico* y, al otro, *paciente*. Por eso resulta evidente hablar de un *modelo* de la relación, en este caso, *de mutua benevolencia* o *fiduciaria*.

5. Edmund Pellegrino, exponente fiel de esta modalidad de mutua benevolencia, define la medicina clínica basándose en la relación que busca sanar por medio de la intersubjetividad entre personas que constituyen los puntos de contacto del encuentro y los puntos de referencia para entender la enfermedad y aplicar el conocimiento de experto.

a) Pellegrino denuncia el modelo biomédico porque reduce la práctica médica a la aplicación de conocimiento útil para el tratamiento de una enfermedad. Y lo hace señalando la definición de Seldin, para quien la medicina es *biología aplicada a la cura y prevención de enfermedades y la postergación de la muerte*.

b) En cuanto al modelo biopsicosocial, Pellegrino objeta que es tan amplio que abarca de modo ilusorio la definición de salud de la Organización Mundial de Salud: *estado de bienestar total en el orden físico, psíquico y social*⁵. Asimismo cita la definición que León Kass ofrece de la finalidad de la medicina: *búsqueda de la salud, primordialmente la física*, criticándola por ser muy abarcadora, por no incluir los objetivos de la medicina en el caso de pacientes crónicos o discapacitados, y por no dar orientación al médico ante sus pacientes terminales.

c) Pellegrino concluye que ningún modelo de la RMP expresado en términos de conocimiento y logros define la práctica clínica. Se inclina entonces a favorecer la descripción del encuentro desde un punto de vista fenomenológico, tal como queda expuesta más arriba, pero añadiendo una interpretación del carácter moral inherente al encuentro.

Partiendo de los enunciados de Pellegrino, propongo un modelo de RMP inspirado en la beneficencia, y que puede definirse como confianza fiduciaria o vinculación en mutua responsabilidad⁶.

a) Ampliando el sentido que Gregory nos ofreció del vocablo *fiduciario*, en cuanto término originalmente legal, recordamos que se refiere a un acuerdo para

⁵ Cf. Pellegrino, *The Lived-world*, pág 25

⁶ Cf. Pellegrino, *Helping and Healing*, op. cit., pág. 158.

actuar en beneficio del otro. En virtud de ese acuerdo, el agente es fiduciario, está sujeto al deber libremente aceptado de proceder principalmente al servicio del otro en el área de su competencia.

b) La relación fiduciaria es característica de muchas profesiones e inherente a la relación sustentada en la confianza y la confidencialidad que el agente inspira y asegura. Como ya indicáramos al exponer el pensamiento de Gregory, la relación fiduciaria se caracteriza por:

- Promover los intereses del cliente o paciente. Vale decir, su beneficio tiene prioridad sobre el bienestar personal del profesional.
- Basarse en la diferencia o asimetría entre el experto en un área de conocimiento y destrezas, y el necesitado; y diferencia o asimetría en cuanto al poder que el experto tiene a raíz de sus conocimientos.
- Basarse también en la vulnerabilidad del paciente, lo cual hace a este último más susceptible de coerción o presiones indebidas. Tales presiones pueden producirse en el marco de la urgencia de la dolencia o por contarse con menos posibilidades de elegir entre distintos profesionales.
- Estar el médico obligado a no hacer sentirse culpable al paciente en el caso de que, luego de la participación de este en el cuidado, no se logre una mejoría o sanación de la dolencia.

c) En relación con este último punto, hemos de recordar que la experiencia de enfermarse genera, en muchos casos, cierta vergüenza, cierto sentimiento de no merecer el cuidado que se ofrece, lo cual puede obstaculizar la prestación del servicio. Por ejemplo, en una cultura como la norteamericana, que pone tanto énfasis en la autosuficiencia y la autonomía individual, la pérdida de la capacidad de cuidarse a sí mismo puede generar un desasosiego tal que la persona, por no sentirse dependiente, se incline a no buscar el cuidado necesario y dispensado a tiempo.

d) Por otra parte no resulta fácil para el médico reconocer los límites de su ciencia y técnica, su insuficiencia a la hora de atender a su paciente. Por lo tanto debe evitar la estrategia de construir una barrera protectora de sí mismo para no admitir sus limitaciones, su carencia de medios de control ante la enfermedad e incluso la posible falta de colaboración de parte del paciente. Conviene añadir que la obligación que tiene el médico de ser fiduciario ha de ser compatible con las objeciones de conciencia, al igual que con algunos intereses legítimos que no socavan su servicio abnegado al paciente.

6. Aun cuando el modelo de relación fiduciaria nos parezca el de más sólido arraigo en la vivencia clínica, no refleja, sin embargo, la totalidad del encuentro clínico intersubjetivo original. William May introduce el concepto de *alianza* (de inspiración bíblica) para precisar la calidad terapéutica de la relación fiduciaria.⁷ Nos dice que existen aspectos de la relación que contribuyen al proceso curativo y sanador. Es decir, por su misma estructura, la relación en sí misma conduce hacia la sanación (particularmente en pacientes mentalmente enfermos).

7. Según May, la RMP de tipo alianza consolida el papel de la confianza (tal como lo hiciera Pellegrino en su modelo), pero destaca aun más el papel de la compasión, la empatía y la comunicación apropiadas para el cuidado de la persona individual en su identidad y vinculaciones, sin desatender el cuadro de síntomas ni la patología⁸.

a) May critica la relación contractual porque esta considera al sanador un contratista de servicios orientado específica y exclusivamente hacia un objetivo predeterminado. El contratista vende una técnica o destreza por un tiempo limitado sin procurar intervenir en la vivencia del cliente. En cambio la alianza, tanto en sus versiones religiosas como profanas, supone un intercambio que transforma a los agentes en su identidad e integridad. Un sanador vinculado por la alianza con su paciente se compromete en su totalidad, es decir, no fragmenta su asistencia en procedimientos y su tiempo en horas que se cargarán en una factura por servicios prestados. Más bien se mostrará fiel al arte de cuidar y a su paciente, y de este modo generará confianza.

También la alianza exige al sanador atender a su paciente como una totalidad en lugar de clasificarlo como un caso de enfermedad. La alianza, como la explicaba Ramsey, supone un respeto que raya en el asombro ante la persona individual, atento tanto a sus virtudes y vida interior como a su búsqueda del sentido de la vida⁹.

b) El respeto a la autonomía se amplía incluyendo el respeto a la totalidad de la persona y al bien, más allá de lo que sus preferencias en un momento o etapa de la vida suponga, afirmándose así el contexto comunitario sobre el que insiste la ética de inspiración religiosa. La alianza en su contexto religioso coadyuva a superar el modelo contractual y su énfasis en la autonomía individual. Lo hace afirmando los deberes comunitarios y previniendo la tiranía del paternalismo autoritario. Efectivamente, el paciente se interesa no sólo por un tratamiento para su enfermedad

⁷ May, William, **Testing the medical covenant**, Grand Rapids, W.B.Ersmans Publishing, 1996, págs. 51-57.

⁸ *Ibidem*, pág. 3.

⁹ Ramsey, Paul, **The Patient as a Person**, New Haven, Yale University Press, 1970.

sino por la relación con el médico que lo cuida con respeto y compasión, le comunica con precisión el diagnóstico y las terapias con sus respectivos beneficios y riesgos.

8. Actualmente, en los programas de medicina prepaga y en el sistema de capitación resulta muy difícil mantener el modelo fiduciario (al estilo de Pellegrino y complementado por los rasgos de alianza que propone W. May). Hay que reconocerlo. El sistema actual constriñe al médico a dispensar menos tiempo a la atención del paciente, prescribir menos pruebas de diagnóstico y proponer menos terapias. Sabemos incluso que algunas aseguradoras determinan el número de visitas de parte del paciente, al igual que el tiempo dispensado por el médico. Y lo hacen ajustándose a una categorización de las dolencias y las correspondientes intervenciones cubiertas por el sistema de pago o reintegro.

9. Algunos médicos firman contratos con aseguradoras ofreciendo cobrar menos por sus servicios a cambio de que se les incluya en listas oficiales como médicos de preferencia, aumentando así su número de pacientes. Naturalmente, en este caso el médico tendría que distribuir su tiempo ofreciendo el mínimo esencial para su práctica. Su atención se sujetaría a un patrón preestablecido rutinariamente, sin ajustarse a las verdaderas necesidades del paciente.

a) Tanto la continuidad en la RMP (tan importante para generar y mantener la confianza) como la atención integral a la persona, quedarían afectadas negativamente cuando la aseguradora rescinde el contrato con un determinado hospital o centro de atención donde concurría el paciente, o bien asigna al paciente a un grupo de médicos afiliados como equipo, de modo que el paciente pueda recibir cuidado de uno y otro médico pero sin continuidad con uno en particular.

b) La reforma de la atención médica debido a la introducción de las aseguradoras trajo aparejado, en general, la aparición de un tercer factor en la RMP, haciendo que esta fuese más difícil de mantener en cuanto alianza personal o modelo fiduciario. Así pues nos formulamos de nuevo la inquietante pregunta: ¿Hemos de llegar a la conclusión de que el modelo fiduciario acuñado originalmente por J. Gregory, reelaborado recientemente por E. Pellegrino y reafirmado en la alianza terapéutica de W. May, nos es más que una etapa histórica en la RMP, destinada a desaparecer en una era de cuidado dirigido y predominio de las aseguradoras? ¿Existen otros factores adicionales que nos apartan del modelo fiduciario? Y tal como planteáramos desde el inicio de este estudio, ¿es necesario especificar un modelo de RMP para lograr el beneficio esperado del cuidado de salud como parte integral del bienestar humano?

10. Me inclino a seguir a Pellegrino, quien nos indica que si no se comprende las relaciones operantes en el cuidado de la salud, se hará difícil, si no casi imposible, lograr los objetivos que justifican esas relaciones, e inclusive lograr la finalidad misma de proveer cuidado apropiado a los pacientes. Debe examinarse la naturaleza y alcance de todas las relaciones en el cuidado de la salud. Recordemos cuán importante ha sido el estudio analítico de la RMP para fortalecer la ética médica tradicional y su modalidad de ética clínica contemporánea.

a) Intentaremos así consolidar el modelo fiduciario: intersubjetividad en la confianza bienhechora, inspirada en una alianza entre personas. Con ese fin haremos una exposición de la teoría ética y de la antropología filosófica que mejor sustentan esa intersubjetividad.

b) Este modelo apunta a una ética de la relación. Ello hace necesario detenerse en el tipo de relación de la cual se habla en el contexto clínico. Si se tratase de una relación contractual, estaríamos entonces frente a una ética legalista; si de una transaccional, frente a una ética de mercado empresarial; si de una relación de biología aplicada, frente a otra rama de la bioética o ética en la ciencia. Si en cambio, y como vengo exponiendo, apuntamos a una relación de alianza, entonces la ética de las virtudes es la apropiada para fomentar la confianza o la beneficencia en alianza. Es tiempo pues de reflexionar sobre una ética dedicada a la fundamentación de la confianza. Los invito a consultar mi libro *La relación médico – paciente*, en el cual expongo la ética del cuidado con acento en las virtudes, a modo de una ética personalista atenta a la relación en sí misma como interacción complementaria de perspectivas. Paso a resumir algunos puntos elaborados en ese libro.

11. Según el análisis de la medicina como encuentro interpersonal, la práctica clínica es en sí misma un ejercicio moral de carácter profesional, y ello por las siguientes razones:

- a) *la naturaleza* de la necesidad humana a la cual responde;
- b) *el estado de vulnerabilidad* de las personas a las cuales ofrece asistencia;
- c) las expectativas de confianza que genera;
- d) *el contrato social que supone*. Ser profesional plantea como exigencia moral la promoción del respeto mutuo, la honestidad y la confidencialidad apropiadas, evitando así la manipulación, intimidación y condescendencia. De este modo se constituye la relación clínica centrada en el cuidado; pero un cuidado matizado por consideraciones éticas y caracterizado por ser profesional.

12. Al aplicar las consideraciones anteriores a la medicina y demás profesiones de la salud, encontramos que la medicina representa una profesión de rasgos permanentes más allá de los diversos momentos históricos y de los diferentes

ambientes culturales. La medicina responde a una necesidad esencial para el funcionamiento humano: contar con un grado de salud óptimo que le permita a la persona realizarse en sus dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales.

Precisamente la vulnerabilidad de la persona y su insuficiencia para asistirse a sí misma la conduce a transformarse en paciente que experimenta ansiedad, temor, sufrimiento y, por lo tanto, dependencia del profesional. El encuentro clínico entre el paciente y su médico necesita de la confianza, aun cuando dicho encuentro esté mediado por el consentimiento ilustrado considerado como proceso educativo y no mero evento para cumplir con un requisito legal.

La confianza supone, de parte del paciente, abandonar el autocontrol y descansar en la benevolencia y competencia de otro que supuestamente coloca el bienestar del paciente por encima de sus propios intereses personales. Mas aún, las profesiones establecen un contrato con la sociedad en el sentido de comprometerse a regular su formación y ejercicio profesional a cambio de la autonomía para determinar el criterio de educación y acreditación, para garantizar la confidencialidad ante otras entidades sociales y controlar la admisión de los miembros a la profesión. Estos privilegios no han de ser mera ideología de autoexaltación sino garantía para la prestación de un servicio de excelencia en el fiel cumplimiento del deber según la competencia inherente a la profesión.

13. Retomamos nuestra descripción del encuentro clínico para definir mejor el carácter moral de la medicina en un sentido aún más básico que el de ser una profesión.

Recordemos cómo una persona se constituye en paciente: al percibir su dolencia y correspondientes limitaciones, disminuye la seguridad en la autonomía propia y se revela el carácter finito, contingente y cambiante de la vida humana. El paciente comienza a percibir la vida como riesgo y a sentirse vulnerable. Si se agrava su condición, el cuerpo asume la prioridad en su autopercepción y estima, con lo cual el paciente puede llegar a considerarlo enemigo u obstáculo.

Asimismo, tarde o temprano podría surgir una experiencia de *desintegración* o *fragmentación* de la totalidad o unidad de cuerpo y alma. En este estado, empiezan a plantearse interrogantes sobre la identidad e integridad de la existencia personal. Se cuestiona la calidad de la vida en cuanto categoría psicosocial, al igual que se puede suscitar una reflexión filosófica sobre la dignidad, y una meditación religiosa sobre la santidad de la vida.

Ante la experiencia aquí descrita, la persona se reconoce como carente de autosuficiencia y obligada a buscar la asistencia de un experto o autoridad para considerar, evaluar y juzgar su condición. La persona se hace *paciente* necesitado y dependiente, ya que debe soportar una carga que la hace sufrir y padecer. Necesita descansar en otro que le inspire confianza y brinde cuidado. La persona en cuanto paciente revela la condición humana de dependencia y receptividad, tan esenciales al ser humano como pueden serlo la independencia y la solicitud, pero lamentablemente poco apreciadas en una sociedad individualista y liberal, con recursos científico - técnicos para dominar la naturaleza humana.

14. El médico interviniente ha de ser libre para actuar, teniendo en cuenta los límites del conocimiento científico y de las posibilidades técnicas, a fin de intentar volver al paciente a su condición normal y reintegrar la unidad de la totalidad quebrantada. Ante la dolencia, sufrimiento, vulnerabilidad y dependencia del paciente, el médico se reconoce obligado en benevolencia y beneficencia a respetar a la persona en la condición presente. Es decir, la vulnerabilidad de uno es el llamado a la beneficencia respetuosa del otro.

Esta intersubjetividad entre el necesitado y el capacitado constituye el núcleo de la experiencia moral, una condición para el pensamiento ético arraigado en la realidad existencial del ser persona. Todo hombre, en principio, puede ser vulnerable pero también ser el capacitado para asistir a otro. Es decir, ambas son experiencias universales que suscitan consideraciones morales de asistencia solícita y benévola y de dependencia confiada y receptiva.

El médico se presenta con la promesa de sanar - curar y cuidar; se manifiesta como un ser altruista que transfigura su mundo privado y personal mediante el compromiso de asistir al paciente en su integridad. El médico es el experto, el que posee una autoridad responsable para sostener al paciente como persona en el proceso de *regenerar* su vida quebrantada, sin por ello permitir que su autoridad degenere en poder agresivo o dominante. Es responsable de iniciar y dirigir el proceso curativo, pero en diálogo respetuoso con su compañero inseparable en la relación clínica, y también con la familia de éste, que participa en la experiencia del paciente dolorido, vulnerable y dependiente.

15. Amplió esta sección haciéndome eco de la interpretación que del encuentro médico - paciente nos ofrece Pellegrino: *“El médico en cuanto sanador se vincula a la persona enferma en un profundo sentido interpersonal e interhumano. La dolencia de este último se reconoce como un denominador común entre médico y paciente en cuanto que ambos son personas o seres humanos capaces de enfermarse y sufrir. Ello genera una intersubjetividad responsable. Así las cosas, queda claro que el origen existencial y tal vez*

prerreflexivo de la RMP no es un mero contrato (aun cuando éste exista) sino un encuentro de dos mundos vivenciales que en un principio eran extraños entre sí. Uno de estos mundos es el de la persona afectada, debilitada y sufrida, quien se reconoce vulnerable y dependiente. Esta situación la lleva a buscar la asistencia de un experto. El otro mundo es el del profesional, capacitado y dispuesto a prometer o profesar una ayuda digna de confianza. Así se constituye el encuentro intersubjetivo o de reciprocidad íntima e interdependencia en el orden de la confianza. Cada integrante de la relación tiene entonces que contribuir virtuosamente para lograr la meta de sanar - cuidar.”¹⁰

16. La RMP se presenta como una suma original de realidades personales y culturales, y de requisitos clínicos, sociales, morales e incluso religiosos. Todos estos aspectos necesitan de algún grado de consideración de parte del médico, quien asume la responsabilidad principal en la relación. La expresión de la intersubjetividad clínica se manifiesta en el acto clínico en sí mismo, el cual culmina con un juicio prudente de parte del médico, en colaboración con el paciente. El profesional actúa preguntando: ¿Qué le pasa? ¿Qué puedo hacer por Ud., ¿Qué tiene?, ¿Cómo se siente? De este modo se invita a sí mismo a ingresar, por medio de la empatía, al mundo existencial de su paciente, a compartir su vivencia dolorida, a la cual promete atender con su competencia clínica, con su recta voluntad al servicio de la vida y de la salud, y con su amor benevolente desprendido de egoísmos. Se concentra pues en la individualidad de su paciente y no en sí mismo, ni en su familia ni en su bienestar económico o político, y menos aún en la exigencia de las obras sociales o aseguradoras de mentalidad mercantilista.

17. Al profesar o prometer asistencia, el médico suscita confianza no sólo por su conocimiento y conducta sino también por *su ser persona*; y promete asimismo fidelidad en el cuidado del paciente. Examinemos ahora lo que significan los conceptos de cuidado y fidelidad en cuanto aspectos de la ética clínica sustentada en el acto y juicio clínico en sí.

La integración de dos mundos de vivencias, el del médico y el del paciente, genera un mundo nuevo: el mundo clínico del cuidado. Cuidar puede tener un triple sentido:

asistir al enfermo;
interesarse por su bienestar y
 tener *afinidad* en el plano emotivo.

Al respetar a la persona del paciente, se lo asiste y a la vez se muestra disposición a beneficiarlo. Ser benevolente normalmente supone respetar la persona

¹⁰ Cf. Pellegrino, **Helping and Healing**, op. cit., pág. 23.

y viceversa. En este doble sentido el cuidado, como virtud central y radical que define el papel del profesional en salud, supone varias características:

- a) Conocer
Estar presente con alma y vida, atento a todas las necesidades del paciente, para manifestar su respeto a la dignidad de la persona. No apuntar sólo a la intervención (task oriented) sino a la persona.
- b) Personalizar
Elaborar un plan de cuidado, interpretando la terapia o acciones clínicas a tono con la individualidad del paciente.
- c) Intervenir
Actuar eficiente y eficazmente, con el conocimiento científico y arte propios de la clínica.
- d) Evaluar
Comparar los resultados positivos y los riesgos de la terapia, y ayudar a discernir intervenciones futuras.

Es decir, el profesional ha de prestar atención cuidadosa y respetuosa a la narrativa que el paciente presenta como marco vivencial, sin marginar la visión diagnóstico – clínica, a la vez que le muestra otras posibles alternativas de historia cristalizadas en la comunidad y en la cultura. Por ejemplo, consideremos la situación de una persona que acude al consultorio con un malestar respiratorio. No bastaría con diagnosticar una infección pulmonar, lo cual es esencial para identificar la causa de la enfermedad y así responder al interrogante del paciente angustiado ante la raíz de su malestar. Sería apropiado entrar en contacto con la vivencia de modo que la persona enferma, y no sólo la enfermedad, reciba la atención profesional. En este sentido habría que decir al paciente: “Es posible que usted haya sido infectado por un virus presente en este pueblo/comunidad. Usted es la sexta persona que me consulta con idénticos síntomas”. Esta explicación personalizada y contextualizada en la comunidad de apoyo del paciente puede ser acompañada de una actitud amistosa a la hora de recetar el medicamento, explicarle en detalle cómo aplicarlo y prometerle alivio dentro de un plazo razonable, lo cual constituye un rito de cuidado.

E. Modos de integrar lo que se ha fragmentado en el malestar o vivencia de desintegración narrada por el paciente:

1. En todo momento suponemos una ética clínica del cuidado, es decir, una ética enfocada en la RMP, según fuera ya expuesta. Esto facilita al médico y al

paciente entender la naturaleza de la distinción entre enfermedad diagnosticada y vivencia del enfermar, de modo que en lugar de conducir a una separación ajena a la relación, puedan integrar dicha relación en una visión orgánica del enfermar a tono con una relación intersubjetiva.

Nos preguntamos lo siguiente: ¿Cómo ha de responder activamente el profesional en salud a la narrativa con la cual el paciente presenta su experiencia de enfermar? ¿Cómo se entiende la relación moral que se establece entre el paciente y el profesional por medio de esta narrativa? ¿Cómo se ilustra en esta complementariedad de narraciones la relación entre el profesional y el paciente? El enfermo, paradójicamente a semejanza del místico y el soñador, siente el imperativo de comunicarse precisamente porque reconoce que difícilmente puede comunicar lo que experimenta. De ahí que el diálogo intersubjetivo para reconstruir la historia del paciente sea el requisito principal para responder a las modalidades de desintegración ya descritas. El médico debe cuidarse de no asumir una postura intransigente con elementos de la historia del paciente que quizás no pueda traducir directamente a sus categorías tecnocientíficas.

2. Para sanar al enfermo es preciso atender su sufrimiento y aflicción, lo cual exige en primera instancia:

a) *Lograr un sentido de reconexión psicológica* con la propia corporeidad en rebelión, con su interioridad y con la infraestructura que le sirve de contexto vital, lo cual incluye principalmente la comunidad de diálogo.

b) *Integrar las perspectivas* mediante un diálogo atento y respetuosamente receptivo en complementariedad, a fin de suministrar un antídoto a las dos maneras de reaccionar al enfermar consideradas negativas de parte de los profesionales: no seguir las directrices médicas, inclusive no tomar los medicamentos prescritos y, en el otro extremo, una obsesiva insistencia de parte del paciente en exigir y controlar el curso de su cuidado¹¹.

3. Recomendamos enfocar cada una de las modalidades de desintegración y examinar cómo el modelo de RMP puede funcionar como encuentro interpersonal.

a) *Desintegración en relación con el cuerpo y el espacio*

El profesional debe reconocer e intentar remediar el hecho de que la intervención tecnocientífica en el cuerpo (objeto de examen minucioso y a veces

¹¹ Cf. Brody, 162 - 171, citando a James Groves, **Taking Care of the Hateful Patient**.

embarazoso) acentúe e intensifique la vivencia de extrañeza, problematicidad y fragmentación corporal que ya experimenta el paciente.

Paradójicamente, algunos pacientes aprenden a internalizar la objetivación y el distanciamiento del cuerpo dolorido y afectado desestimando su propia perspectiva, sin lograr narrarla para ofrecerla como aporte al encuentro... A su vez, la terapia propuesta puede modificar:

- Su experiencia espacial, al ser hospitalizado en un ambiente diferente al hogar.
- Su sentido del yo puede verse alterado al tener que usar ropa institucional, lo cual lo expone a la inseguridad en cuanto al pudor.
- Cambia el sentido del tiempo de su rutina diaria de horarios autoestablecidos. El paciente pasa a ajustarse a un tiempo de protocolos y reglas ajenas.
- Su experiencia social al iniciarse una interacción con extraños revestidos de autoridad, poder y competencias desconocidas, que entran y salen de la habitación.

El médico ha de reconocer que la corporeidad como vivencia impregnada del estado de ánimo e identidad personales del paciente acompaña todo malestar (somático o mental), de modo que aun cuando el cuerpo objeto de intervenciones técnicas o de observación clínica no revele signos patológicos, la vivencia del malestar corpóreo debe enfocarse con seriedad y respeto.

b) Desintegración en relación con el tiempo

En la interdependencia médico - paciente se intenta responder a la desintegración temporal aceptando que quien enferma no busca meramente curarse o rehabilitarse sino integrar la vivencia del enfermar a la historia personal con su proyecto vital en interdependencia con su comunidad específica.

Si bien el paciente puede vivir afligido y sorprendido en el tiempo subjetivo del presente, acentuado por el dolor capaz de eclipsar la dimensión de la memoria del pasado y las expectativas del futuro, el médico puede mostrar el tiempo objetivo de las condiciones que condujeron al enfermar y el pronóstico individualizado del curso de la enfermedad, pero en el contexto de la vivencia concreta que el paciente revela.

La interpretación objetiva del tiempo que el interrogatorio médico exige al preguntar *cuándo y con qué duración* se experimenta un síntoma, aporta una dimensión reflexiva al tiempo subjetivo del paciente, lo cual lo distancia del síntoma y le suministra un sentimiento de control del mismo.

El intercambio de narrativas con su sentido de temporalidad correspondiente entre médico y paciente contribuye a una confiabilidad interpersonal; de hecho la temporalidad subjetiva del enfermar, estancada en un presente, no podría comunicarse sin la secuencia objetiva de pasado - presente - futuro.

Ejemplo:

Médico: - ¿Dice usted que siente el dolor en medio del estómago?

Paciente: - Sí doctor, y es el peor de los dolores que he experimentado. Quiera Dios que no me vuelva más.

M.: - ¿Y cuánto tiempo ha durado?

P.: - Parecía que nunca iba a terminar.

M.: - Bueno... pero... ¿tal vez 10 segundos, 10 minutos, una hora, cuánto?

P.: - Todo lo que sé es que estaba aterrado.

M.: - ¿Ocurrió después de comer o cuando estaba el estómago vacío?

P.: - El dolor fue horrible; yo pensaba en mi tía que murió de cáncer de estómago.

c) Desintegración en relación con la identidad del "yo" y el autorrespeto

El médico o el profesional en salud debe cuidar de no aportar sólo su diagnóstico sin tomar en cuenta la interioridad del paciente sufriente. Es cierto que con sus palabras el profesional toca pero no logra penetrar el núcleo o el fondo personal del sufrimiento. El paciente puede expresar ese sufrimiento de forma caótica (tipo de narrativa), lo cual requiere del médico - profesional en salud escuchar con empatía, atender con reverencia la fragilidad y la vulnerabilidad humanas ante la aparente ausencia de sentido del sufrir.

Las etiquetas del diagnóstico y las opciones terapéuticas no siempre responden al interrogante existencial del paciente: *¿Qué me está pasando? ¿Por qué a mí, ahora, en este momento de la vida? ¿Cómo puedo rehacer el curso de mi vida ante este desafío?*

Si el médico sólo enfoca el diagnóstico descuidando el malestar, entonces contribuye al sentido de abandono y de pérdida de autorrespeto de la persona enferma, justo cuando esta más necesita restaurar la identidad y el control en su vida. La medicina, al igual que las profesiones en salud de orientación tecnocientífica, pueden sumergir al paciente en un contexto mecánico de objetivación del cuerpo e imagen de sí como un desperfecto interesante, como una ocasión para calibrar la efectividad de los medicamentos o para ejercitar destrezas quirúrgicas.

Es preciso que el profesional recuerde que tal objetivación no es primordial en el encuentro clínico, sino que presupone como base ineludible la *persona* enferma, la cual sufre, a la cual hay que sanar y no meramente tratar. Y ello se logra tejiendo el tapiz de la vida y la salud como una totalidad existencial.

Para alcanzar la meta se debe dialogar con el paciente y su entorno comunitario con un lenguaje que estos entiendan, a fin de recuperar una visión de conjunto y control sobre su experiencia. De ese modo se procura mitigar la vivencia de aislamiento institucional.

Según una ética enfocada en la interrelación personal, la disminución de autonomía de parte del paciente no debe ser motivo de sorpresa y ha de interpretarse como una etapa dentro de una línea continua en la vivencia del enfermar. Ante este hecho el profesional cuenta con recursos cognoscitivos, volitivos y afectivos. En el orden del conocer, el profesional puede informar y educar con mayor precisión y exactitud, pero con el debido tacto en cuanto al nivel intelectual, grado de asimilación y de atención del paciente en el momento en el cual se le habla.

En cuanto a la voluntad, el profesional puede estimular al paciente a superar la pasividad y reconocer que se respeta, aprecia y necesita su colaboración para el curar, cuidar y, sobre todo, sanar.

En el plano afectivo, el profesional ha de aconsejar a su paciente para que este entienda y encauce la ira, la negación u otras reacciones, conduciéndolas hacia la integración del malestar al curso vital de la persona. En una palabra, ante la experiencia de falta de control de parte del paciente, el médico puede preguntarse qué puede hacer para restaurar la autonomía disminuida en el paciente o, mejor, detectar el grado de autonomía que el paciente necesita o resulta prudente fomentar en el paciente, de cara a las decisiones médicas concretas y urgentes en el futuro inmediato.

A modo de preámbulo sería aconsejable preguntar al paciente cuáles son sus expectativas en la RMP, y qué grado de participación en la toma de decisiones desea tener, y ello tomando en cuenta la posible evolución de la enfermedad y su impacto en la capacidad para deliberar y decidir.

d) Desintegración en relación con la comunidad

Es aconsejable que la persona enferma, y en particular los pacientes crónicos, entretejan una red de interacción comunitaria nueva y preferiblemente con personas

de vivencias análogas. Tal comunidad de apoyo puede aportar los siguientes beneficios:

1. empatía y complemento en la narrativa del paciente;
2. posibilidad de un laboratorio para elaborar testimonios de lo que significa responder a la enfermedad;
3. representación social del tipo de dolencia;
4. testimonio social de que los enfermos como grupo no son raros, diferentes, ni personas aisladas del resto de la humanidad.

Es apropiado señalar que la comunidad hospitalaria a veces responde al paciente, en cuanto ser diferente, de diversas maneras:

1. reacciones impulsivas y emotivas;
2. reacciones prejuiciosas;
3. reacciones de desagrado o rechazo;
4. negación o pretensión de la no - existencia;
5. actitud humanitaria (debe ser auténticamente respetuosa del sufrimiento individual);
6. consideración sobre la trascendencia o espiritualidad más allá del humanitarismo;
7. normalización de la relación (el enfermo es reconocido como uno más en la comunidad, en la cual todos pueden enfermarse);
8. tácticas de distracción – humor, a veces de mal gusto;
9. inmunización al pretender no ver la patología o irregularidad del enfermo.

Sólo las reacciones 5, 6 y 7 se sugieren como respuestas responsables en una relación médico/profesional en salud/paciente de carácter interpersonal.

e) Desintegración en relación con el cosmos

La misión del profesional en salud no es proveer soluciones para todo tipo de experiencias de desorientación o derrelicción ante la vida. Tampoco puede perder de vista la interpretación objetiva de las ciencias biomédicas ni desplazar la intervención técnica. Pero, según lo hemos elaborado ya en esta ponencia, el profesional en salud debe también acentuar el arte de conducir al paciente hacia una visión amparadora de su malestar. La vivencia de enfermarse puede estar signada por la derrelicción heideggeriana, con lo cual el objetivo de los profesionales en salud incluye, además del curar y cuidar, el sanar al paciente en su *ser en el mundo* como un cosmos de horizontes significativos.

El sanar no supone sólo intentar reconstruir con el paciente la estructura de la vida anterior al padecimiento, sino más bien la formación de un horizonte nuevo que puede incluir, tanto de parte del profesional como del paciente, una compasión más

profunda y respetuosa por el sufrimiento de sus semejantes, una intensificación de la intimidad con los seres queridos, una detallada atención a las alegrías de la vida cotidiana, una ordenación nueva de las prioridades personales y, en cierto grado, un cultivo de virtudes tales como la fortaleza, la valentía, la paciencia ante la vulnerabilidad y la dependencia, como condiciones esenciales a la vida humana siempre sujeta a poderes que están mas allá de la razón y del control humano.

La idea de que el enfermar pueda ser una gracia o una invitación a la purificación y el fortalecimiento del yo no es justificación para asumir una actitud estoica y tal vez insensible ante el sufrimiento. Volveremos sobre este último punto en la próxima ponencia.

F. Ética clínica relacional del curar - cuidar - sanar

Según nos indica Acevedo (71): *“Los límites de la medicina deben ampliarse hasta que incluyan el dominio de la historia clínica auténtica. No debe haber necesidad ni dolor a los cuales no llegue el médico. Hay que educar, por lo menos espiritualmente, para abordar ese ámbito inmenso, para ejercitar la mirada ante la totalidad del ser humano que requiere ayuda. La enfermedad tiene recetas; los problemas, soluciones; y la vida, alternativas”... “Su tarea consiste no sólo en analizar qué cosas ocasionó el padecimiento de su paciente y comprender su sufrimiento, sino también - y principalmente - generar junto con el paciente nuevas alternativas orientadas hacia un fin” (sentido de la vida).*

Se trata de ver el malestar (no la mera enfermedad diagnosticada) como una expresión de la persona con una naturaleza moral, vida interior y trayectoria vital única, lo cual exige, más que terapia técnica, la terapia del acompañamiento y de la palabra renovadora.

1. Nuestro profesional estaría practicando una ética clínica de elementos casuísticos, buscando en las situaciones concretas que desafían su razonamiento moral, componentes de validez comprobada en ejemplos o modelos paradigmáticos.

Es necesario incorporar al razonamiento ético la riqueza de detalles que hablan de la identidad personal, la secuencia de las experiencias y los valores que animan a cada participante de la situación. La justificación de la decisión a tomarse exige una referencia a principios y sistemas filosóficos como teorías sobre el ser persona. En este contexto, pensamos en la ética narrativa de reciente florecimiento en EE.UU.

2. *Ética narrativa: ¿Qué no es y que sí intenta ser?*

No es equivalente a la propuesta denominada *ética de situación*, a saber, una postura que indica que no es necesario acudir a principios u otras normas generales, sino que basta con las narrativas de situaciones concretas para llegar al conocimiento, sentido e inclusive justificación ética de nuestros actos.

La ética narrativa se puede entender un poco mejor enfocando la propuesta que dice lo siguiente: *aun aplicando principios y normas generales estimadas como objetivas y de validez universal, el juicio moral incluye consideraciones generadas por la interacción con los detalles que una narrativa identifica en la situación frente a la cual se actúa y para la cual se actúa*¹².

A efectos de nuestro trabajo, me inclino a favorecer la deliberación ética como una reflexión enraizada en una sólida antropología personalista, de la cual se derivan categorías de valores o bienes y principios regulativos, y que es además promotora del cultivo de virtudes.

Aun cuando se la fundamente con toda coherencia, la deliberación ética necesita el contacto vital para una aplicación sabia y prudente, fruto de una interpretación y juicio creativos. Para ser recta en su acción, la conciencia o intención bondadosa necesita empatía y prudencia ante la complejidad de la vida concreta. Solo así será auténticamente ética y prácticamente eficaz.

Reconocemos que la historia o narrativa personal es componente constitutivo de la representación de un problema moral y también de su resolución. Walker nos indica que una narrativa aporta componentes esenciales a la experiencia moral que la reflexión ética presupone, a saber:

- a) identificación de la persona concreta y única en su modo de ser y actuar;
- b) identificación de la persona con la cual se dialoga;
- c) el conjunto de valores que caracteriza el pasado de cada uno de los interlocutores;
- d) la justificación del orden de prioridades de esos valores aplicados en la vida;
- e) la interpretación cultural de esos valores;
- f) la proyección futura o plan vital personal según los valores.

El intercambio narrado en primera persona de estos componentes define la integridad propia y presenta una imagen de confiabilidad ante la otra persona. La coherencia de un evento o experiencia moral se aprecia mejor en un *continuum* y totalidad contextual del proceso de la vida personal.

¹² Propuesta aceptada por James Childress, sostenedor del principalismo.

Según Brody (172-192), la sabiduría ética no sólo consiste en el conocimiento riguroso de los principios e intento de aplicación exacta de unas máximas, sino que surge también de la interacción compleja entre máximas y situaciones. Una interacción que hay que calibrar en cada caso, ya que hay situaciones en las cuales los principios se aplican directamente con precisión, mientras que existen otras en las cuales la aplicación es tentativa, por lo cual es necesario revisar la decisión y buscar consejo complementario.

Es decir, la bioética o ética clínica, según intentamos aplicarla al tema del enfermar, nos invita a iniciar el estudio en la experiencia vital con su riqueza concreta e individual; luego avanzar orgánicamente en el sentido de integrar la perspectiva inicial de carácter objetivo del médico/profesional; y finalmente, en una atmósfera de confianza y respeto como virtudes básicas del encuentro clínico, aspirar a una visión de conjunto que ayude al paciente a entender su malestar en una trayectoria vital renovada (*ecología del cuidado en salud*).

Diríamos que el médico/profesional en salud explica la enfermedad y propone una terapia con evaluación de pronóstico. Pero también interpreta esa enfermedad con empatía según el programa vital que el paciente presenta, ayudándolo específicamente a superar las diversas fragmentaciones en su experiencia de enfermar, y haciendo uso del ritual paternal o fraternal de una persona solícita ante otra vulnerada. Es decir, toda intervención médica atiende la enfermedad objetiva, la experiencia subjetiva del enfermar y lo que la sociedad entiende como papel del enfermo.

En resumen, para la práctica de la ética clínica Brody sugiere tres pasos:

- El malestar debe tener una explicación que el paciente pueda aceptar según su sistema de valores y prioridades existenciales.
- El paciente debe percibir que está rodeado y cuidado por un grupo de personas solícitas y respetuosas de su vivencia considerada única.
- El paciente debe lograr un cierto grado de control o capacidad de dirección de la experiencia misma de enfermar, aun cuando algunas veces delegue libremente ese poder a una persona que goza de su plena confianza.

A modo de ejemplo, imaginemos este autoexamen de parte del profesional en salud:

- ¿Me he desprendido de mis asuntos y distracciones individuales para entender mejor lo que me relata el paciente?
- ¿Me acerco al paciente con empatía para percibir mejor su sufrimiento y sentir mejor su aflicción personal?

- ¿Mantengo la distancia pertinente para poder ejercer un criterio objetivo en su cuidado y no confundir su sufrimiento con el mío?
- ¿He captado la visión general del sentido de la vida que mi paciente expone como su perspectiva propia, en contraste con la mía?
- ¿Puedo hacer mía la perspectiva del paciente para así, desde esa perspectiva suya, preguntar sobre aspectos pertinentes al cuidado todavía desconocidos por el paciente, a fin de presentar un plan de terapia a corto y largo plazo?
- ¿Puedo comparar y configurar analogías entre la situación que el paciente me narra y otras historias que conozco? ¿Cuáles son sus semejanzas y cuáles sus diferencias?

Es decir, no basta con proclamar que se respeta la dignidad y la autonomía del paciente, es preciso traducir ese respeto en acción eficaz y solícita ante la situación concreta del doliente.