



DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO
A LA RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE-USUARIO.
LAS DENUNCIAS Y LA VIOLENCIA
CONTRA LOS MÉDICOS
¿SIGNOS DE ALARMA SOCIAL?

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

BIBLIOTECA HOSPITAL REAL
GRANADA
Cada
Ejemplar
1510

MARIA CASTELLANO
CATEDRÁTICA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE GRANADA

DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO
A LA RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE-USUARIO.
LAS DENUNCIAS Y LA VIOLENCIA
CONTRA LOS MÉDICOS
¿SIGNOS DE ALARMA SOCIAL?

CONTRA LOS MÉDICOS
¿SIGNOS DE ALARMA SOCIAL?

DISCURSO DE APERTURA
UNIVERSIDAD DE GRANADA
CURSO ACADÉMICO 2011-2012

MARÍA CASTELLANO ARROYO
CATEDRÁTICA DE MEDICINA LEGAL
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE GRANADA

DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO
A LA RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE-USUARIO.
LAS DENUNCIAS Y LA VIOLENCIA
CONTRA LOS MÉDICOS
¿SIGNOS DE ALARMA SOCIAL?

DISCURSO DE APERTURA
UNIVERSIDAD DE GRANADA
CURSO ACADÉMICO 2011-2012

ÍNDICE

I. Introducción.....	15
II. La Relación Médico-Enfermo en su contexto histórico.....	19
1.- La Medicina clásica. Principio de Beneficencia.....	19
2.- La era moderna. Autonomía y derechos humanos.....	23
3.- Participación Social. Principio de Justicia.....	30
III. Relación Médico-Paciente. Fundamentos Jurídicos. Los derechos legales y deontológicos de los pacientes. Responsabilidad profesional. Violencia contra los médicos.....	35
1.- Fundamentos jurídicos.....	35
2.- Los derechos de los pacientes a nivel legal.....	38
3.- Los derechos de los pacientes a nivel ético-deontológico.....	52
4.- Responsabilidad profesional.....	58
5.- La violencia contra los médicos.....	65
IV. Circunstancias que nos han llevado a un nuevo para- digma de relación médico-usuario-cliente.....	73
V. Futuro de la relación médico-paciente.....	83
1.- La vigencia de las normas deontológicas. Adaptación a los nuevos tiempos sin perder los valores. El profesio- nalismo médico.....	83
2.- La regeneración de la sociedad civil.....	90

INDICE

15	Introducción
16	1. La Relación Médico-Enfermo en su contexto histórico
17	1.1. Medicina Clásica. Principio de Beneficencia
23	1.2. La medicina moderna. Autonomía y derechos humanos
30	2. Participación Social. Principio de Justicia
31	III. Relación Médico-Paciente. Fundamentos jurídicos
32	1. Los derechos legales y obligaciones de los pacientes
33	Responsabilidad profesional
35	1.1. Responsabilidad profesional
35	1.2. Responsabilidad jurídica
36	1.3. Responsabilidad de los pacientes a nivel legal
37	1.4. Responsabilidad de los pacientes a nivel ético-deontológico
38	2. Responsabilidad profesional
40	2.1. Responsabilidad con los médicos
41	2.2. Responsabilidades que nos han llevado a un nuevo paradigma de relación médico-paciente
42	2.3. Principio de la relación médico-paciente
43	IV. La vivencia de las normas deontológicas. Autovaloración
44	4.1. Los nuevos tiempos sin papel: el médico
45	4.2. El rol del médico
46	4.3. La regeneración de la sociedad civil
47	4.4. El rol del médico
48	4.5. El rol del médico
49	4.6. El rol del médico
50	4.7. El rol del médico
51	4.8. El rol del médico
52	4.9. El rol del médico
53	4.10. El rol del médico
54	4.11. El rol del médico
55	4.12. El rol del médico
56	4.13. El rol del médico
57	4.14. El rol del médico
58	4.15. El rol del médico
59	4.16. El rol del médico
60	4.17. El rol del médico
61	4.18. El rol del médico
62	4.19. El rol del médico
63	4.20. El rol del médico
64	4.21. El rol del médico
65	4.22. El rol del médico
66	4.23. El rol del médico
67	4.24. El rol del médico
68	4.25. El rol del médico
69	4.26. El rol del médico
70	4.27. El rol del médico
71	4.28. El rol del médico
72	4.29. El rol del médico
73	4.30. El rol del médico
74	4.31. El rol del médico
75	4.32. El rol del médico
76	4.33. El rol del médico
77	4.34. El rol del médico
78	4.35. El rol del médico
79	4.36. El rol del médico
80	4.37. El rol del médico
81	4.38. El rol del médico
82	4.39. El rol del médico
83	4.40. El rol del médico
84	4.41. El rol del médico
85	4.42. El rol del médico
86	4.43. El rol del médico
87	4.44. El rol del médico
88	4.45. El rol del médico
89	4.46. El rol del médico
90	4.47. El rol del médico
91	4.48. El rol del médico
92	4.49. El rol del médico
93	4.50. El rol del médico
94	4.51. El rol del médico
95	4.52. El rol del médico
96	4.53. El rol del médico
97	4.54. El rol del médico
98	4.55. El rol del médico
99	4.56. El rol del médico
100	4.57. El rol del médico
101	4.58. El rol del médico
102	4.59. El rol del médico
103	4.60. El rol del médico
104	4.61. El rol del médico
105	4.62. El rol del médico
106	4.63. El rol del médico
107	4.64. El rol del médico
108	4.65. El rol del médico
109	4.66. El rol del médico
110	4.67. El rol del médico
111	4.68. El rol del médico
112	4.69. El rol del médico
113	4.70. El rol del médico
114	4.71. El rol del médico
115	4.72. El rol del médico
116	4.73. El rol del médico
117	4.74. El rol del médico
118	4.75. El rol del médico
119	4.76. El rol del médico
120	4.77. El rol del médico
121	4.78. El rol del médico
122	4.79. El rol del médico
123	4.80. El rol del médico
124	4.81. El rol del médico
125	4.82. El rol del médico
126	4.83. El rol del médico
127	4.84. El rol del médico
128	4.85. El rol del médico
129	4.86. El rol del médico
130	4.87. El rol del médico
131	4.88. El rol del médico
132	4.89. El rol del médico
133	4.90. El rol del médico
134	4.91. El rol del médico
135	4.92. El rol del médico
136	4.93. El rol del médico
137	4.94. El rol del médico
138	4.95. El rol del médico
139	4.96. El rol del médico
140	4.97. El rol del médico
141	4.98. El rol del médico
142	4.99. El rol del médico
143	4.100. El rol del médico

*Excelentísimo Rector Magnífico
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades
Claustro de Doctores, Profesores, Alumnas y Alumnos,
Personal de Administración y Servicios, Señoras
y Señores*

El Señor Rector ha querido, que en la apertura del Curso 2011-2012 fuera una mujer la que dictara este Discurso, para poner un broche solemne al centenario de la Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes de 8 de marzo de 1910, que permitió la incorporación de la mujer a la Universidad española. La designación ha recaído en mi persona, por darse la circunstancia de haber sido en los inicios de 1980 la primera mujer que obtenía una cátedra de Medicina en la Universidad española, y ser en este momento la catedrática más antigua en esta Universidad. El encargo ha sido un auténtico regalo, estar aquí es un honor, un orgullo y una satisfacción, gracias Señor Rector por ello.

Desde que, en junio de 1966, procedente de mi Jaén natal, entré en el edificio central de nuestra Universidad (hoy Facultad de Derecho), para el examen de Preuniversitario, imbuida ya con el deseo inequívoco de ser médico, sentí con emoción la vivencia de formar parte de los hombres y

mujeres universitarios; en octubre de ese mismo año inicié mis estudios de Medicina, cuando ya las mujeres, aunque en número reducido, formábamos parte natural del alumnado. Puedo asegurar que nos sentíamos responsables de la oportunidad que eso significaba y del compromiso personal, familiar y social asumido como forjadoras de cambios y constructoras de futuro. Éramos la generación que sin rupturas enojosas con el papel de la mujer en la familia, debíamos cumplir con las expectativas intelectuales y profesionales de todos los que tenían el privilegio de acceder a la universidad.

Mis maestros mantuvieron e hicieron más vivas mis expectativas, fomentaron en mí la vocación docente, y gracias a ellos, en 1978 obtuve la plaza de profesora Adjunto de Medicina Legal e ingresaba en el Cuerpo de Médicos Forenses, siempre les guardaré afecto y agradecimiento.

Las palabras de José Manuel Oller Navarro “Cien años de historia, cien años de camino” recordaban la mencionada Orden Ministerial que abrió las puertas de la Universidad española a la mujer. Ahora somos muchas las mujeres que formamos parte de nuestra Universidad, como estudiantes, como personal de administración y servicios, como profesoras a todos los niveles, y en todos los órganos de gobierno; pero hasta llegar a esta realidad, muchas nos han precedido en el camino, y mi disertación es de reconocimiento agradecido a todas ellas. Menciono por su especial relevancia a Aurelia Gutiérrez Cueto-Blanchard (1880-1936), Pedagoga y primera directora de la Escuela Normal de Magisterio de Melilla; Eudoxia Piriz (1893) pri-

mera médica de Andalucía, se inscribió como colegiada en esta provincia en 1923, junto a ella y a la profesora Carmen Maroto Vela, primera mujer miembro de la Academia Nacional de Medicina, me cabe el honor de compartir una placa conmemorativa de nuestros logros, iniciativa de nuestro Decano y compartida por el señor Rector, que nos acompañó en el día de su colocación. Joaquina Eguaras (1897-1981), fue la primera mujer profesora de la Universidad de Granada, experta en Lengua, Historia y Arte y directora del Museo Arqueológico durante 35 años; Elena Martín Vivaldi (1907-1998), la gran poetisa, como la llamó Jorge Guillén, en texto homenaje manuscrito oponiendo esta palabra a “la fea masculinizada de la poeta”, licenciada en Filosofía y Letras en 1938, accedió al Cuerpo de Bibliotecas, Archivos y Museos, yo la recuerdo rodeada de poetas jóvenes en su tertulia literaria del inolvidable café Suizo, y siempre la admiré como la viva imagen de la juventud que ilusiona e inspira; Asunción Linares (1921-2005), fue la segunda mujer catedrática en la Universidad y la primera catedrática de una Facultad de Ciencias en España, fue Académica de Número de la Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de Granada y Vicerrectora de esta Universidad. Después vinieron otras muchas, Purificación Fenol, Joaquina Albarracín, Concha Félez, Elisa Pérez-Vera, y ... las que estamos aquí; entre todas fuimos empujando el camino que hoy podemos considerar ya una autopista de la integración cultural y social; que la igualdad de oportunidades, su capacidad y su mérito, sigan permitiendo a todas las mujeres enriquecer su entorno con todo lo que nosotras somos capaces de dar.

Para mi discurso he elegido un tema universal en el que hay mucho de femenino: La relación médico-enfermo. En la medicina griega, el médico hipocrático fue desde sus orígenes claramente paternalista y protector. Pero, como dice Diego Gracia (1986), junto a ese paternalismo hay una faceta maternal, ésta va más allá del mero cuidar, cuida y protege con cuidado femenino y maternal; pone exquisito cuidado por hacer soportable, llevadera y hasta grata la enfermedad, como se manifiesta en “Las epidemias”, escrito hipocrático donde se dice como tratar a los enfermos. Por ello, el médico hipocrático, en lo que todavía tiene de ejemplo para los médicos y las médicas del siglo XXI, sigue estando dotado de un carisma moral que le obliga a ser a la vez tutor, padre y madre de sus enfermos.

Medicina tiene su origen en la palabra *medeum* que significa cuidado, y aunque el cuidar de otras personas podemos y debemos hacerlo todos, la forma en que cuida una mujer no tiene parangón, como sucede con otras tantas cosas cuando salen de las manos de una mujer. Hasta lo que escribe Simone de Beauvoir (1964) se aterciopela y suaviza cuando relata la enfermedad y la muerte de su madre.

Yo voy a proponer a través de este discurso recuperar una relación médico-paciente exigente y excelente, en sus contenidos científicos y en la forma de expresarlos y explicarlos, y esto ahora puede verse facilitado por varias circunstancias, entre las que está la feminización de la profesión con preponderancia de mujeres médicas sobre los hombres; lo que ya sucede, desde hace mucho tiempo en otras profesiones sanitarias como la Enfermería, la Fisioterapia o la Terapia Ocupacional.

En la elección del tema se da otra circunstancia, el que la llamada del profesor Lodeiro se produjera en los últimos días de julio, con solo el mes de agosto por delante, y algunos planes de descanso, de por medio, por ello, decidí elegir un tema que estuviese en mi mente y en mi quehacer diario, e ir desgranando el fruto de lo estudiado a lo largo de los años, rescatando experiencias y desempolvando reflexiones que en su momento quedaron en el cajón de las meras ocurrencias. Este tema es la relación médico-enfermo-paciente-usuario. Y para darle visos de mayor autenticidad, los últimos días de agosto, cuando estaba con las últimas revisiones, un cólico nefrítico me llevó al hospital, lo que me ha permitido contar, algunas experiencias en primera persona, aunque esto no se pueda añadir a la bibliografía.

I. INTRODUCCIÓN

El 3 de octubre de 1959 representaba a la Facultad de Medicina en el acto solemne de la apertura del curso académico el profesor Don Juan Sánchez Cózar a cuya familia yo pertenecí, muchos años después, por mi matrimonio con su sobrina, el profesor Sánchez Blanque. Por una hoja del diario Patria, ahora amarillenta, he podido leer que dedicó su discurso a la "Cirugía del dolor". Su protagonismo ocasional, tan opuesto a su timidez, dio lugar a que su lectura fuera un tanto apresurada, de forma que un colega le susurró que leyera más despacio, a lo que él respondió *"es que ustedes tienen que comprender que un médico quiera acabar con el dolor cuanto antes"*.

En efecto, los médicos y cuantos nos dedicamos a la atención a las personas que sufren, pensamos, estudiamos, trabajamos y sentimos por los enfermos; los que se apartan de esta consigna, se equivocaron de profesión, son los menos, y esos pocos no pueden marcar tendencia de una imagen desapegada, desatenta, desencantada o frívola.

La enfermedad, como el envejecimiento y la muerte, está en la vida de los seres humanos que la combaten, ganando batallas, pero sin ganar la guerra. En todas las culturas aparece la figura, primero mítica, después religiosa, luego estudiosa y finalmente científica del médico, como

soldado de primera fila en estas batallas, adaptándose a cada época y a cada circunstancia. Por ello, me permito comenzar llevándolos a dos escenarios diferentes:

Cualquier día, de cualquier mes, de 1960. La casa particular de un médico titular de pueblo. Una sala de espera modesta y 10 o 12 personas conversando, mientras esperan ser atendidas.

Buenos días Francisco, ¿otra vez la ulcera?, de este modo recibe el doctor al paciente que acaba de entrar. No tiene necesidad de sacar su ficha o historia para saber como se llama y la posible dolencia.

¡ No Don Ramiro!, la ulcera ya se curó, vengo con otro problema, no le quito mucho tiempo, que veo que tiene la mañana muy apretada, pero el asunto que le traigo me preocupa: mi hijo José, que no ha visto nunca la mar, quiere ser marino y quiero que me diga que piensa usted de esto.....

Cualquier día, de cualquier mes de 2011.

Un Centro de Salud. Una sala de espera atestada de gente (a un amigo le oí decir algunas veces aquí estamos mucha gente, pero muy pocas personas). Se abre la puerta de la consulta, sale la enfermera y grita: ¡ a ver, el 92 , que pase!

El médico, probablemente diga buenos días, y luego, “a ver su tarjeta de la SS. Seguidamente teclea en el ordenador. Estamos de suerte el programa funciona, el historial

clínico sale en pantalla, treinta consulta en los dos años previos. ¿Qué te pasa?.

Pues verás,... estuve aquí hace un mes, y el otro médico me mando unas ampollas para beber y unas pastillas, pero no me han sentado bien. Hoy vengo porque he visto en internet, que todo lo que yo tengo es una enfermedad que se llama fibromialgia, y el mejor tratamiento, lo traigo apuntado para que me lo recete. Además necesito que me des la baja, porque no puedo tirar del cuerpo.

Un tercer relato vivido por mí. Al pasar ante una consulta del hospital, se abre la puerta y la enfermera con documentos en la mano se dirige a los pacientes que esperaban, hombres y mujeres, mayores, cojeando, con clara artrosis de cadera, se ponen de pie y se acercan. La enfermera dice, “este papel es sobre su operación, léanlo, lo firman y después me lo entregan”, cada paciente cogió su impreso (incluía dibujos anatómicos), se miran con desconcierto, y el más “experimentado”, con aires de superioridad dijo: “Solo hay que firmar, ¡porque esto es para ver si somos conscientes!”, los demás se tranquilizaron y alguno dijo “¡Ah bueno!”, y procedió a firmar, sin leer.

Solo son tres ejemplos de dos tipos de relación medico-paciente, separadas en el tiempo 40 años. No se trata de enjuiciar la calidad de la medicina de ambas épocas, sino de poner en situación lo que era la medicina que yo conocí de niña y posiblemente la que fomentó mi vocación de médico y a la que hoy se ven abocados los profesionales sanitarios, a menudo, en cualquier centro asistencial.

Pero ahora, hemos de remontarnos en el tiempo hasta los albores de la Medicina y de la relación médico-enfermo.

Desde el clasicismo greco-latino, hasta la era moderna, todo la concepción del mundo está organizada según la ley natural, todo lo que existía se consideraba elemento de la naturaleza, destinado a ocupar un lugar y a desempeñar una función, de esta manera contribuía a mantener el orden y la armonía natural. En este contexto el concepto de ethos es el orden natural, y la vida humana, debe también ajustarse a ese orden natural; se concibe así, lo justo como lo que está ajustado a su lugar en la naturaleza, lo que contribuye al orden del todo. La medicina contribuye a ello eliminando la enfermedad y buscando la salud, ya que es esta la que se corresponde con el orden y lo ajustado.

En ese universo, también las personas eran meros elementos de la naturaleza, el valor de su vida, su importancia, estaban asociados a su lugar natural en esa sociedad. El resultado era un reducido primer grupo de gentes privilegiadas que vivían ociosas, monopolizaban la cultura, y recibían asistencia médica individual y continuada; el segundo grupo, más numeroso, lo componían los hombres libres, artesanos, comerciantes, militares, todos ellos pobres en general, que recibían asistencia y cuidados solo cuando estaban enfermos; y el tercer grupo, más numeroso aún, de esclavos que, en palabras de López Piñero (2002) recibían *una tosca veterinaria para hombres*.

En este universo, los médicos pertenecían al primer grupo, estaban asimilados a los sabios y los filósofos, y con los

gobernantes y los aristócratas, eran los hombres a los que se atribuía moralidad, eran virtuosos y dignos, poderosos y merecedores de derechos, lo que se les negaba gradualmente a los demás.

II. LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN SU CONTEXTO HISTÓRICO

1. La Medicina clásica. Principios de Hipócrates.

La consecuencia de la concepción natural de la organización social es el paternalismo, así, los padres tienen cuidado de los hijos, los gobernantes, los aristócratas, los sabios deben cuidar de los demás y los médicos deben cuidar de los enfermos.

En aquella sociedad y en aquel contexto de privilegios para los médicos, la figura de Hipócrates vino a revolucionar la medicina (100-400 a.C.-Teosia 377 a.C.), conócese a la enfermedad como algo ajeno al castigo divino; aconsejando el examen cuidadoso del enfermo como forma de investigar la dolencia e intentar ponerla remedio, parecían las recomendaciones de orden moral propias de una relación médico-enfermo de sujeción-dependencia, acorde con la época, así puede leerse en algunos de los escritos egipcios de la época: *... así el diagnóstico y el tratamiento del enfermo con calma y serenidad... de los enfermos preguntamos con amabilidad y justicia... expresamos a veces estruendo y reverencia... para atraer consigo una felicidad y felicidad, sin mentarle nada de lo que le sea favorable en su vida animal... examinamos el malicia e intentamos dar demeritadas explicaciones a los problemas del día...*

II. LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN SU CONTEXTO HISTÓRICO

1. La Medicina clásica. Principio de Beneficencia.

La consecuencia de la concepción natural de la organización social es el paternalismo, así, los padres deben cuidar de los hijos, los gobernantes, los aristócratas, los sabios deben cuidar de los demás, y los médicos deben cuidar de los enfermos.

En aquella sociedad y en aquél contexto de privilegios para los médicos, la figura de Hipócrates vino a revolucionar la medicina, (Cos 460 a.C-Tesalia 377 a.C.); señaló a la enfermedad como algo ajeno al castigo divino, aconsejando el examen cuidadoso del enfermo como forma de investigar la dolencia e intentar ponerle remedio, pero con las recomendaciones de orden moral propias de una relación médico-enfermo de autoridad-dependencia, acorde con la época; así puede leerse en algunos de los escritos hipocráticos de la época: "... haz el diagnóstico y el tratamiento del enfermo con calma y orden... dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura... repréndele a veces estricta y severamente, pero otras animale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual...", o este otro "El médico actuarásin dar demasiadas explicaciones a los profanos más que las

estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar el tratamiento...".

Una de las aportaciones fundamentales de Hipócrates fue sobre la relación médico-enfermo. En este tema el médico se escuchó a sí mismo; o mejor diremos que escuchó a su Ethos, entendido este como "lugar interior", absolutamente personal, reservado para la reflexión moral; así lo había esbozado Aristóteles y desarrollaron, después, San Agustín y Heidegger (1927).

Desde este lugar interior y personal consideró que la relación médico-enfermo era, desigual e injusta: de un lado el enfermo (de in firmus = sin firmeza), cuando pierde su salud, pierde su moralidad, su capacidad de pensar, de opinar, de hacer, es una persona atormentada por sus dolores, sus sufrimientos y su decadencia; necesita al médico y en él deposita su confianza, le desnuda su cuerpo y su alma; del otro lado el médico, representa la moralidad, la virtud, la firmeza, el conocimiento, el remedio, el poder. Y desde esta visión clarividente de la asimetría de la relación, Hipócrates propone para sí mismo y para sus discípulos unas normas que le lleven a ejercer su arte en beneficio del enfermo, desde el respeto a la vida, a su intimidad, a su seguridad. Quizá pasó por la experiencia, asegurada para todos, de estar enfermo y sufrió en sí mismo el desvalimiento que la enfermedad provoca; esto explicaría la preocupación por la calidad de la conducta médica tanto en lo material como en lo moral recogida en el Juramento Hipocrático, inspirado en el principio de beneficencia: *"ponerme en el lugar del enfermo y tratarlo como yo desearía que me trataran a mí si ocupara su lugar"*.

El Juramento, aceptado como guía del ejercicio médico a lo largo de la historia, se atenia a las máximas, *primum non nocere* (lo primero no dañar) y después hacer aquello que sea más beneficioso y favorable para el enfermo. El compromiso afectaba, primero al deber para con los maestros de los que se había aprendido el arte de curar, después al respeto la vida, en todas sus formas, incluyendo al no nacido, a guardar como secreto lo que se viera u oyere en el trato con los enfermos, a no aprovecharse de su posición para abusar (sentido sexual) de los enfermos, a no realizar prácticas reservadas a los cirujanos (oficio manual, de inferior rango). El Juramento hipocrático es un compromiso moral y religioso de buena práctica médica, muchos de sus principios siguen vigentes en la Medicina del siglo XXI, los avances técnicos y científicos, han desbancado a otros y han introducido exigencias nuevas, pero el espíritu del documento se mantiene vivo y fue inspirador de las declaraciones periódicas de la Asociación médica mundial.

Por tanto, durante muchos siglos la relación médico-enfermo fue inequívoca: El comportamiento del médico era digno si atendía al enfermo con respeto, aplicaba sus conocimientos, prescribía sus remedios para curarlo o mejorarlo y, cuando esto no era posible, lo acompañaba y le proporcionaba consuelo; el enfermo por su parte tenía el deber de confianza y obediencia y esto lo manifestaba siguiendo las prescripciones, aceptando sus padecimientos, y en su obediencia al médico alcanzaba su dignidad.

Este modelo basado en el *principio de beneficencia*, protector y paternalista, persistió hasta la era moderna, aunque

se produjeran cambios en la medicina y su organización. Así, en la edad media se fundan las universidades para formar en Teología, Derecho y Medicina; estableciéndose un examen para acreditar a los que se habían preparado para ejercer estas actividades. En lo que a la medicina se refiere, estamos ya ante una profesión que se autorregula con unas leyes que dicen lo que es la medicina, como aprenderla y como ejercerla, las leyes son de cumplimiento obligado bajo amenaza punitiva.

Así, llegado los siglos XV-XVI se producirá un gran cambio conceptual que permitiría el salto al pensamiento moderno, y que comentamos seguidamente. No obstante, la tradición hipocrática del médico digno, prudente, educado y respetuoso, sigue presente en numerosos libros que hablan de los deberes del médico para consigo mismo, para con el enfermo y con la sociedad; principios que seguirán presentes en el siglo XX, y que se siguen haciendo necesarios en el siglo XXI.

Este concepto del médico paternalista, ha llegado prácticamente hasta nosotros una vez que se recicla en Thomas de Percival que en su *Medical Ethics* (1803) propugna una ética basada en el Principio de Beneficiencia "The best interest of the men and of the society".

La obra de Percival es la piedra angular sobre la que se edifica la Deontología Médica moderna, en la que se propugna el médico *gentlement*: una conducta que una la temura con la firmeza y la condescendencia con la autoridad de modo que inspire las mentes de sus pacientes con gratitud, respeto y confianza.

2. La Era Moderna. Autonomía y derechos humanos

La evolución socio-cultural fue llevando a un reconocimiento de la naturaleza de las personas como esencialmente distinta a la de los demás elementos de la creación. La capacidad del ser humano de pensar, de razonar, de enjuiciar, y desde su libre albedrío, tomar decisiones sobre sí mismo y su conducta, mostraban a las personas como seres superiores con conciencia moral, y responsabilidad de sus actos. La dimensión moral del ser humano, lo convierte en fuente de moralidad, para sí mismo y para su entorno; al que debe organizar y del que puede servirse para su propio perfeccionamiento y la mejor evolución; Estas ideas, desarrolladas por la escolástica española, fueron ya enunciadas por Santo Tomás de Aquino (1224-1274), afirmando que los seres humanos no son meros "reflejos", ontológicamente muy pobres, del Creador, sino seres dotados de una existencia y naturaleza propias, capaces de desarrollar por sí mismos todas sus operaciones naturales. Estas ideas se desarrollaron ampliamente de la mano del padre Suárez, granadino ilustre (1548-1617), de pensamiento más moderno y muy influyente, desde el que destacó la importancia de lo individual frente a lo universal y de lo moral frente a lo físico; el ser contingente recibe su ser de Dios, con el cual coparticipa en causar diversos efectos contingentes; así mismo, el ser se individualiza por los individuos mismos.

El hombre, ser humano o persona sobrepasa su realidad natural o física para integrarse en su dimensión moral, reconociendo así la superioridad que le conferían su inteligencia, como capacidad de razonar, comprender y en-

juiciar, y su voluntad libre que le permitía elegir y tomar decisiones.

Estas cualidades sitúan al ser humano en un plano de dignidad expresado en su autonomía y en la responsabilidad de sus decisiones ante sí mismo y el grupo social al que pertenece. Pero estas cualidades psicofísicas (inteligencia y voluntad) en las que se apoya la *autonomía* y la dignidad están en todas las personas, por tanto todas las personas son igualmente dignas, lo que llevó a reconocer la igualdad de todos los seres humanos, y la autonomía personal de todos ellos.

Esto representaba para la humanidad el salto al pensamiento moderno, que colocaba a la persona como eje del universo, todas las personas igualmente dignas, todas las personas sujetos de iguales derechos, y todas las personas igualmente responsables de sus actos, emanados de la comprensión de los mismos y de la libre elección en las decisiones.

Este cambio conceptual marca el reconocimiento y la protección de varios derechos, como universales. El primero de ellos el derecho a la vida, y a defenderla frente al ataque de otros; enunciado por Hobbes (1588-1679) y retomado por Locke (1632-1704) conocedor de sus escritos, y que fue el gran inspirador del futuro desarrollo de los derechos humanos, partiendo de la defensa del conocimiento concreto y abstracto adquirido por la experiencia, la reflexión y la comparación de las ideas entre sí. Defiende el acuerdo entre el poder y los súbditos, el estado protegerá

los derechos ciudadanos, estando separados el poder legislativo y el judicial; la religión y la moral son independientes, los hombres deben vivir unidos y libres respetando la ley natural que Dios les impone.

A la luz de ese pensamiento, la ley natural propone una armonía entre todos los hombres en el mismo plano básico de igualdad y dignidad. El primer derecho es el derecho a la vida que se complementa con el derecho a la integridad física. Sucesivamente se reconoce el derecho a la libertad, en armonía con la de los otros; en el ámbito material, el derecho a la propiedad privada, cuando se haya adquirido dignamente. Con esto se ataca al paternalismo, indicando que el deber de los padres es que los hijos como seres racionales puedan disfrutar cuanto antes y de forma plena de sus derechos naturales.

A nivel individual y colectivo se toma conciencia de la propia dignidad y las condiciones para desarrollarla. Así en 1689 el parlamento inglés aprueba una declaración (Bill of Rights) con las libertades y derechos fundamentales del reino, quedando el rey sometido a la ley. Las circunstancias históricas favorecen que sean los colonos ingleses en Norteamérica los que se organicen y proclamen en 1774 la Declaración de los derechos de las Colonias inglesas en Norteamérica. En 1776 la Declaración de los Derechos del Buen Pueblo de Virginia, y el 4 de julio del mismo año la Declaración de Independencia de EUA.. En Europa fue Francia la que en 1789 proclamó la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano, en primer lugar la libertad en sus diversas expresiones, la propiedad, la seguridad

y la igualdad, aunque diferenciando a los individuos por su utilidad social y su capacidad intelectual y poco a poco estos derechos se fueron plasmando en las Constituciones de los diversos países. Las leyes se hacen muy presentes para regular la convivencia de los ciudadanos. De esta nueva era dice Weber (1969) que fue la época en que la autoridad moral se sustituye por la autoridad legal; ya no se obedece a las personas por ellas mismas, sino porque lo ordenan las leyes.

El desarrollo de los derechos individuales ha sido largo y costoso. Hemos de llegar a fin de la segunda guerra mundial, para que la ONU elabore la Declaración universal de los Derechos Humanos, en la que se amplían los derechos individuales (libertad de domicilio, de asociación, de reunión, de circulación) así como el reconocimiento escrito a la igualdad del hombre y la mujer, tras muchos años de reivindicaciones feministas iniciadas con la lucha heroica del derecho al voto; en la misma se condenaban los delitos contra la humanidad (referidos a los cometidos por el régimen nacionalsocialista alemán), así como el racismo y toda exclusión étnica. En 1943, encontramos, también, un informe del Nacional Resources Planning Board en el que se abogaba por unos nuevos derechos en el ámbito social: el derecho al trabajo y a que este se desarrolle en condiciones dignas, de salud, de seguridad y económicas; el derecho a la seguridad frente a la vejez, la enfermedad, los accidentes, etc., el derecho a vivir en un sistema de libre empresa, el derecho a no ser controlado o espiado, a la igualdad ante la ley, a la educación para el trabajo, para ser ciudadano y para el desarrollo y la felicidad personal, y el

derecho al descanso, al recreo, al ocio, a la oportunidad de gozar y participar en una civilización que progresa. 1968 se declaró por la ONU año internacional de los derechos humanos y se aprobó una declaración complementaria que recogía los derechos del niño, de la mujer, y otros. España firmó la adhesión a la Declaración en 1976 y recogió en la Constitución de 1978 la conformidad a la misma y la interpretación de nuestras normas acorde a estos derechos y libertades fundamentales.

Ha sido ya, por tanto, en el siglo XX cuando el desarrollo de los derechos ha llegado a su apogeo, hablándose, incluso, del derecho a la salud, pero el Estado, al menos hasta hoy, no nos puede garantizar, por desgracia, una vida sana, su deber queda limitado a garantizar el derecho a la asistencia sanitaria, añadiendo políticas de protección y promoción de la salud, algunas de las cuales quedan en el ámbito de lo particular (consumo de tabaco, alcohol o drogas).

El reconocimiento del principio de *autonomía* y el progresivo reconocimiento de derechos que acabamos de reseñar, tuvo una influencia importantísima en la relación médico-enfermo.

Cuando se acepta que la persona, sana o enferma, tiene capacidad de comprender, razonar y enjuiciar y libertad de elección, estas capacidades también se ejercen y aplican a la relación médico-enfermo. En este contexto social el enfermo no es una persona sin firmeza, sin moralidad, dependiente y necesitada de ser sustituida en la toma de

decisiones. Conforme a los derechos implícitos en su *autonomía*, puede y debe decidir, y para decidir, tiene derecho a conocer su situación y las circunstancias que rodean a su estado de salud. Conceptualmente empieza a dejar de ser enfermo para convertirse en paciente, como persona que con paciencia debe sobrellevar la enfermedad, pero siendo sujeto activo del proceso.

Este reconocimiento de la *autonomía* del paciente (patient) se produjo antes en Estados Unidos que en Europa y se manifestó, fundamentalmente, a través del derecho del paciente a recibir información, y el deber del médico de informar y obtener el consentimiento previo a la actuación médica. El consentimiento y la información necesaria para que este fuera válido, se convirtieron en el exponente del respeto a la *autonomía*. Así, Martin Pernick (1982), estudioso de las historias clínicas del siglo XIX de los grandes hospitales americanos, encuentra, respecto a la información y el consentimiento, que se iniciaron ligados a la cirugía, y mucho después a la experimentación humana y a la medicina interna.

En el mundo anglosajón, la primera demanda conocida es el caso de Slater contra Baker y Stapleton en 1767, después el de la Reina contra William Case en 1850, y ya en New Cork el caso de Carpenter contra Blake en 1871; en este último caso, se condenaba por negligencia al doctor, por no haber informado bien a la enferma para que su consentimiento fuera acorde con la situación real de su enfermedad, reconociendo que había un deber médico de decir la verdad, lo que habría sido beneficioso para la enferma.

Nerio Rojas (1976) refiere que en 1825 la Academia Francesa de Medicina había sostenido en un proceso la impunidad del médico, al no haber existido intención de causar el daño, indicando la Academia que para condenar el médico debía “...actuar con premeditación, pérfidos designios y criminales intenciones”, lo cual no se apreció por los tribunales.

La introducción del eter como anestésico y su aplicación en obstetricia para utilizar el forcep, sin consentimiento de la mujer, ya en la última década del siglo XIX, dio lugar a una avalancha de denuncias en EEUU, que llevó a numerosas sentencias condenatorias; sustituyéndose aquí la mera negligencia por la agresión, ya que en la legislación americana agresión era actuar intencionadamente sobre el cuerpo de otra persona sin su consentimiento, solo se aceptaba como excepción la urgencia vital. La exigencia del consentimiento en esta época no era muy rigurosa en lo formal, aunque sí se requería que éste lo diera la persona, tras recibir una información suficiente para ponderar los peligros y resultados.

En 1914 el juez Cardozo en el caso Schloendorff contra la Society of New Cork Hospital dijo: “*cada ser humano de edad adulta y sano juicio tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión de cuyas consecuencias es responsable*”.



En 1918, la sentencia en el caso Hunter contra Burroughs decía que el médico debía compensar al paciente por los daños o perjuicios derivados de la prescripción de un remedio. Así ya, con compensación económica, las demandas fueron en aumento alcanzando su apogeo en la década de los 70.

Esta doctrina influyó en Europa y en la relación médico-paciente, aunque con bastante retraso. No obstante, las normas recogieron la necesidad de información y consentimiento sólo cuando se trataba de experimentación con seres humanos, pero no en la práctica médica diaria. El hecho de que no se respetaran estas normas en los conocidos experimentos del régimen nazi, llevó a reforzar la necesidad inequívoca de consentimiento voluntario por parte del sujeto que se presta a un experimento o ensayo, circunstancia que culminó con el Informe Belmont en 1978.

Encontramos pues ya una relación médico-paciente libre e igual, que, como comentaremos más adelante se ha visto inmersa en un contexto legal que obliga al médico a nuevos planteamientos.

El cambio de paradigma de una relación médico-paciente basada en el principio de beneficencia. Todo para el enfermo, pero sin el enfermo, a una relación basada en el principio de autonomía, el enfermo decide y el médico obedece, modifica, no sólo el estatus personal y social del médico respecto al paciente, sino también la relación jurídica, el consentimiento será ahora necesario para que el acto médico sea, no sólo lícito, sino legal.

3. Participación Social. Principio de Justicia

A los principios de *beneficencia*, de larga trayectoria, y al de *autonomía*, de más reciente reconocimiento, se suma el tercero de ellos, el de *justicia*, que viene a completar el trípode sobre el que se apoya jurídica y éticamente la asistencia sanitaria actual: de una parte el médico, que ejerce la beneficencia; de otra el paciente, que ejerce la autonomía, y ambos, formando un -uno-aislado- pero inmersos en el grupo social que sostiene el coste de dicha asistencia y que ejerce el principio de justicia.

La justicia, buscada desde la ética va más allá de lo que el derecho nos impone. El derecho tiene entre sus objetivos buscar la justicia. El grupo social que se organiza con cada comunidad, cada país, las asociaciones de países, etc., regula su convivencia a través del derecho, como conjunto de leyes y normas que dicen lo que puede hacerse y lo que es preciso reprimir. El principal objetivo del derecho es evitar el abuso y el perjuicio de unos sobre otros, y cuando este se produce, el autor debe responder y reparar el daño causado. Las leyes, por tanto, cuando se cumplen contribuyen al orden y favorecen las relaciones sociales. Podemos decir que el derecho satisface sus objetivos con el cumplimiento de las leyes.

Por ello, nos reafirmamos en que el principio ético de justicia va más allá de las propias exigencias legales. Desde este, se estimula a la persona a la reflexión, en el marco de la búsqueda del bien superior, como meta; lo que llevará a la excelencia en la decisión y en la forma de llevar ésta

a la práctica, es la virtud aristotélica, de la que el filósofo griego decía: *“En las ciencias ocurre que con un único esfuerzo llegamos a conocer qué es aquella ciencia, y con ello llegamos a ser sabios en ella... pero no pasa lo mismo con las virtudes, porque si uno conoce qué es la justicia, no por ello es ya en seguida justo. Y análogamente sucede en las otras virtudes...”*.

Sin embargo, la justicia no es un concepto tan unánime ni pacífico como lo es la beneficencia (hacer por el otro lo que desearía que hicieran por mí si estuviera en su lugar), o la autonomía (es la propia persona la que mejor conoce lo que desea para sí misma), porque aunque compartimos que la justicia es repartir los recursos, decidir que corresponde a cada persona en cada caso, dar a cada uno lo suyo, son cuestiones que admiten la discrepancia. Así podemos preguntarnos ¿es más justo dar en el reparto a todos por igual?, ¿o lo es repartir según los méritos?, ¿o proporcionalmente a las necesidades?. Aparece así la justicia desde la proporcionalidad natural, como libertad contractual, como derecho positivo, como justicia liberal, como igualdad social o como utilidad pública.

Desde las propuestas utilitaristas el objetivo es conseguir, en el reparto, el mayor beneficio (mayor felicidad) para el mayor número de personas; mientras que, en el otro lado del espectro, desde el personalismo se nos recomendará, desde el valor absoluto de toda persona, tener en cuenta a los que son minoría, a los que no pueden defender por sí mismo su derecho...

En definitiva, el principio ético de justicia nos coloca en la responsabilidad de repartir los recursos aportados por todos, atendiendo a las necesidades que toda sociedad tiene en su funcionamiento, pero buscando, también la excelencia, lo mejor para la mayoría y sin olvidar a los que tienen menos posibilidades de hacerse oír. Hoy en un momento en el que los recursos sanitarios son, necesariamente limitados y la demanda supera a la oferta, el principio de justicia alcanza una gran relevancia y debe estar dirigido a una justa igualdad de oportunidades, sin marginar a nadie por razones de edad, salud, económicas, raza o religión.

Aunque la relación médico-paciente es íntima, personal y aislada, como hemos dicho, se da en el seno del grupo social que la sustenta económica y formalmente. Por ello, es preciso considerar aquí como se ha organizado la asistencia sanitaria, sobre todo en el siglo XX, y de forma paralela al desarrollo, ya comentado de los derechos humanos.

A lo largo del siglo XX, la medicina se ejerce de tres modos: las clases pudientes gozan del privilegio de que los médicos más afamados de las ciudades acudan al domicilio del paciente, en el medio rural era frecuente la iguala, por una pequeña cantidad el médico titular atendía a la familia cada vez que se requerían sus servicios, finalmente las clases menesterosa tenían que acudir a la beneficencia municipal o provincial. Los descubrimientos médicos farmacológicos, técnicos, radiológicos y quirúrgicos, fomentaron el número de hospitales, algunos adjuntos a las Facultades de Medicina y administrados por la Beneficencia.

En 1884 la Alemania unificada, creó un sistema de seguridad social muy efectivo con participación de los patronos de los obreros y del estado. Este modelo se copió en Austria, Hungría, Luxemburgo, Noruega, Suiza, y Francia. Gran Bretaña creó un Sistema Nacional de Salud, aprovechando sus recursos y tomando algunas ideas del continente, así en 1941 proponía un primer nivel generalista con consultas y visitas domiciliarias, un segundo nivel de medicina hospitalaria, y un tercero de medicina preventiva, que llegaban a toda la población. Este sistema colectivo se generalizó llegando a Suecia en 1962, a Noruega en 1971, a Finlandia en 1972, a Dinamarca en 1973 y a Italia en 1978.

En España, se creó en 1908 el Instituto Nacional de Previsión con seguros voluntarios, progresivamente más obligatorios. En 1934 apareció el Ministerio llamado de Trabajo, Sanidad y Previsión; la Constitución de 1931 reconocía el derecho al seguro de enfermedad. Entre los años 41 a 44 se diseñó la Ley de Bases de la Sanidad Nacional y se puso en marcha el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que pasó en 1967 a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social; en 1978 se creó el Instituto Nacional de la Salud y en 1982 se pasó a llamar Sistema Nacional de Salud.

Estos cambios supusieron el derecho a la asistencia sanitaria, a la prevención y a la promoción de la salud. La relación médico-enfermo cambia en su esencia, pasando del modelo benéfico y paternalista al autónomo e individual, y todo ello, en un contexto de sostenimiento público de la sanidad, mediante recursos aportados por todos y siempre

insuficientes en relación a las necesidades, lo que convierte al principio de justicia en prioritario en la muchos casos, y en otros equiparó al de autonomía; es la beneficencia la que, sin perder importancia, debe acomodarse a los dos anteriores.

Todo ello impone nuevos modos de ejercicio médico y de relación asistencial.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y LA VIOLENCIA CONTRA LOS MÉDICOS

La palabra enfermo ha sido de uso habitual entre nosotros hasta hace unos veinte años. La influencia del término anglosajón *patient* y el asociar la palabra-enfermo a la persona sin fuerza, su capacidad para saber lo que le conviene, surgió en los años 30, a través de la norma que sustituyó la palabra paciente a nuestro vocabulario de forma progresivamente habitual. A esta se le añadió la palabra usuario, como persona que hace uso de los servicios sanitarios, presentándose así estos como tipo de consumidor, y, aplicado esto a la medicina privada, en algunas de sus formas (clínica, odontológica, etc.) aparece el término cliente referido a la persona que valora la oferta, organiza, elige y solicita el servicio.

1. Fundamentos jurídicos

Consideramos aquí la relación médico-enfermo-paciente-usuario-cliente desde su perspectiva jurídica.

III. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: FUNDAMENTOS JURÍDICOS. LOS DERECHOS LEGALES Y DEONTOLÓGICOS DE LOS PACIENTES. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, VIOLENCIA CONTRA LOS MÉDICOS.

La palabra enfermo ha sido de uso habitual entre nosotros hasta hace unos veinte años. La influencia del término anglosajón *patient* y el asociar la palabra enfermo a la persona sin firmeza, sin capacidad para saber lo que le conviene, etc., trajo en los años 80, a través de la normativa sanitaria la palabra paciente a nuestro vocabulario de forma progresivamente habitual. A esta se ha añadido la palabra usuario, como persona que hace uso de los servicios sanitarios, presentándose a estos como bien de consumo, y, aplicado esto a la medicina privada, en algunas de sus formas (estética, odonto-estomatología, etc.) aparece el término cliente referido a la persona que valora la oferta, compara, elige y solicita el servicio.

1. Fundamentos jurídicos

Consideramos aquí la relación médico-enfermo-paciente-usuario-cliente desde su perspectiva jurídica.

Es, sin duda, una relación contractual, atenta a las disposiciones del Código civil. La forma más genuina se da en la medicina privada, pero también en la asistencia pública estamos ante una relación contractual, aunque tripartita, al ser el médico contratado por la administración, y establecer ésta, a su vez, con el paciente-usuario el compromiso de la asistencia y la recaudación para el sostenimiento económico.

Como decía Gisbert Calabuig (1991), el contrato médico por su naturaleza es atípico y se configura como un contrato de arrendamiento de servicios, previsto en el artículo 1.544 del Código civil. Entre sus rasgos, los hay comunes a otros contratos, como el ser *bilateral* con obligaciones recíprocas de las partes, así, en el contrato médico, éste se obliga a dispensar cuidados cualificados, concienzudos y atentos y el paciente-cliente se obliga a seguir la prescripción e indicaciones y a pagar los honorarios; es **consensuado**, con la conformidad y aceptación por ambas partes y *oneroso*, al devengar honorarios para el médico, aunque en algún caso éste dispense de su abono al paciente. Junto a estos hay otros rasgos que le son propios, como ha señalado reiteradamente la jurisprudencia del Tribunal Supremo, es, así un contrato *personal*, porque su objeto afecta a la intimidad del paciente y sólo éste, como titular del cuerpo puede autorizar que se realice una actuación sobre él; es *tácito* o *informal*, no es necesario que exista un documento para que haya contrato, se inicia con la simple petición de consulta y la aceptación de la misma; es *continuado*, ya que no se agota en un solo acto, se prolonga en el tiempo y solo la ruptura expresa de la relación, da por terminada

la obligación de asistencia. Es un contrato *de medios* y *no de resultados*; esta es la característica más diferencial del contrato médico. El médico no viene obligado a restituir la salud, ni a curar siempre, ya que ello es imposible y estaría fuera del negocio de los hombres: no se puede pactar lo que a priori no se puede cumplir. El médico se compromete a poner al servicio del paciente los medios necesarios para su atención, diagnóstico y tratamiento y se obliga también a actuar con diligencia para resolver el problema. Actualmente en la llamada medicina satisfactiva si se contempla la promesa de resultados, circunstancias que obligan a una información exhaustiva y personalizada en cada caso. Esto ya se inició con la medicina estética, de la que ya, Royo Villanova (1958) se ocupó en una monografía.

A pesar, de esta naturaleza jurídica de la relación médico-enfermo, por su carácter contractual, de acuerdo con nuestros valores judeo-cristianos y nuestra cultura mediterránea, hasta la década de los años 70 era excepcional e inaudito, reclamar a un médico o a un hospital o clínica, cuando el resultado no era el deseado. Se confiaba en la probidad personal y profesional del médico y se estaba convencido de que se había hecho todo lo posible para curar o mejorar al enfermo, con los medios de que éste disponía.

Se aceptaba el sufrimiento como algo consustancial a la naturaleza humana, era natural y se unía a actitudes como sacrificio, resignación y aceptación propias de una existencia religiosa y trascendente. Aquí encajan las palabras de Beethoven, que en su contexto, nada tienen que ver con el

masoquismo, cuando dice: “*nosotros, seres finitos dotados de un espíritu infinito, solo hemos nacido para sufrir y gozar, y casi se podría decir que los más señalados llegan al gozo a través del sufrimiento*”.

2. Los derechos legales de los pacientes

Desde el reconocimiento de la *autonomía* de las personas y su derecho a ejercerla, se puso en marcha un proceso, imparable, de “descubrimiento” e incorporación de otros derechos humanos, en general, de contenidos, cada vez menos fundamentales o nucleares, no haciéndose esperar aquellos que afectaban a las personas enfermas, de manera particular.

Es ya en el siglo XX cuando se singularizan derechos específicos de las personas enfermas o en trance de enfermedad. Al ser ésta una situación de vulnerabilidad y de dependencia de los demás, se quiso garantizar la protección de su dignidad, para que no fuera atropellada su autonomía y su derecho a participar y dirigir su proceso.

Fue en California en 1957 cuando en el caso Salgo contra el Leland Stanford Jr University-Broad of Trastees se utilizó, por primera vez, el término “consentimiento informado”, como expresión del derecho más importante de los pacientes, insistiendo, la sentencia, en la necesidad de información previa y completa a la obtención del consentimiento. Ya en los años 60, el debate se centra en la cuantía de la información, proponiéndose el criterio de “la información razonable, desde el punto de vista médico”, indicando el tribunal como más propia “*la que necesita*

una persona razonable para efectuar un juicio con pleno conocimiento de causa”.

La influencia anglosajona fue, sin duda, importante, pero también fueron fundamentales los avances médicos, tales como la aparición de medios mecánicos de soporte de funciones vitales, la diálisis renal, los trasplantes de órganos o las técnicas de reproducción asistida, descubrimiento que permitió al médico, por primera vez en la historia, intervenir directamente en la generación de la vida humana, manipular un óvulo y un espermatozoide, obtener un embrión y decidir su futuro, hacia la vida, con la implantación, la experimentación o su destrucción.

Pero todos estos avances llevaron implícito una fronda legislativa, que rápidamente pervirtió la idea liberal inicial. El estado a través de las leyes, los hospitales y el propios médicos con sus grandes avances técnicos, acabaron por imponerse frente a un usuario, cada vez más dependiente de estas técnicas y de los recursos de la sanidad pública. El enfermo puede decidir, en teoría, pero en la práctica persiste la asimetría, ahora revestida de otro ropaje. El auge del asociacionismo fomentó las la unión ciudadana en asociaciones de consumidores, de pacientes, de víctimas de errores médicos, etc., etc. muy exigentes con las garantías constitucionales y la protección de los derechos de los pacientes.

Así, en 1970 en EEUU la National Welfare Rights enunció un primer código de derechos de los pacientes con 26 peticiones que se discutieron, apareciendo ya el concepto

de paciente como consumidor de servicios sanitarios. En 1973 la Asociación Americana de Hospitales elaboró la carta de Derechos del paciente, con doce puntos en los que se reconocía un trato digno y, como expresión de autonomía, el reconocimiento del derecho a dar un consentimiento informado; ésta tuvo gran influencia en Estados Unidos y en Europa.

El Consejo de Europa, en 1976 en un documento de la Comisión de Salud y Asuntos Sociales proponía a los estados miembros trabajar para establecer criterios sobre las nuevas situaciones asistenciales (la introducción de la nueva tecnología y las situaciones de prolongación de la vida, atención a moribundos, etc., etc.) y los derechos de los pacientes.

En España podemos hacer un seguimiento del tema a través de los textos más extendidos de Medicina Legal, al ser éste un tema propio de nuestra disciplina y del que nos hemos ocupado todos los que nos dedicamos a ella. El secreto médico, como deber de confidencialidad, siempre estuvo presente, como principio hipocrático; pero no otros aspectos coincidentes con el concepto actual de derechos de los pacientes.

Así, en los libros clásicos españoles de Medicina legal, aparecía el secreto médico en el P. Mata, y en el de Piga Pascual, Águila Collantes y Blas Aznar (1935), así como en el libro de Gisbert Calabuig (1957), todos ellos, estructurado según el temario de las oposiciones de Médicos Forenses. La siguiente edición, titulada P. de Medici-

na legal y editado en Valencia en 1958, ya trataba el tema del consentimiento para la actuación médica en el contexto de la responsabilidad médica, indicándose que una de las circunstancias de riesgo de incurrir en conductas jurídicamente reprochables era no pedir el consentimiento del paciente; esto se enunciaba como sigue: *“En términos generales, el médico no puede someter a un paciente a una intervención quirúrgica sin su consentimiento o el de sus parientes más próximos...”,* se planteaban como situaciones delicadas el caso de los menores de edad, indicando que *si el niño es capaz de discernir no deberá pasarse sin su consentimiento... aunque es la opinión del padre la que prevalece.* Respecto a las mujeres casadas, y de acuerdo con la legislación de la época, el marido debía también autorizar la intervención, y, finalmente consideraba el caso de los enfermos mentales a los que se referían como alienados, recurriendo, en estos casos, a la autorización de la familia; Es claro, pues que solo se consideraba a las intervenciones quirúrgicas como situaciones merecedoras de autorización previa a realizarlas.

En la edición posterior firmado ya por López Gómez y Gisbert Calabuig, titulado “Medicina Legal y Toxicología”, editado en 1967 mantenía el mismo contenido; así como las ediciones posteriores del tratado de Gisbert Calabuig, de nuevo en solitario, titulado “Medicina Legal y Toxicología” de 1977, 1983 y 1985, se sigue manteniendo como única circunstancia asistencial con necesidad de consentimiento a la intervención quirúrgica. Es en la 4ª edición de este texto, editado por Salvat, en el año 1991

(ya publicada la Ley General de Sanidad de 1986), cuando al considerar las principales circunstancias de responsabilidad médica aparece el consentimiento en primer lugar, y se expone de forma más extensa que en las anteriores ediciones. Se dice: *"El consentimiento informado constituye un requisito inexcusable para la práctica de cualquier terapéutica, médica o quirúrgica, así como para cualquier tipo de exploración o prueba diagnóstica que signifique el más mínimo riesgo físico o moral para el sujeto. Al emplear el término informado nos referimos a la obligación que tiene el médico de informar con sencillez, de modo que sea comprendido por el enfermo, pero con objetividad y de forma completa, de los fines que tiene la exploración, intervención o terapéutica, de su naturaleza, de los riesgos que puede entrañar y de las opciones alternativas que existen. Una vez que el enfermo posee esta información, se solicitará su consentimiento que debe expresarse por escrito, suscribiéndolo en enfermo en presencia de testigos, que asimismo firmarán el documento....* En esta edición se menciona ya el término "consentimiento informado", y dice *"... actualmente la mujer casada es plena y totalmente dueña de sus propias decisiones y, por consiguiente, es a ella, y solo a ella, a quien debe solicitarse el consentimiento..."*.

En la 5ª edición del Tratado, editada por Masson en 1997, en la parte dedicada al "Derecho médico aplicado", se independizan capítulos como "Los derechos del enfermo (A. Luna Maldonado y E. Osuna Carrillo de Albornoz) y "El consentimiento" (E. Villanueva Cañadas); o "El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica (J. A. Gis-

bert Calabug y Castellano Arroyo, M^a) desarrollándose ya, en ellos, ampliamente los preceptos constitucionales que dieron lugar a la regulación del derecho a la intimidad y a otros derechos de los pacientes, Castellano, M^a y Romeo Casabona, C. (1994).

Las primeras normas que en España regularon la necesidad de consentimiento fueron la Ley de Trasplantes de órganos, promulgada en 1978, en el caso de donante vivo, y tras la Ley 15/1986, General de Sanidad, la Ley sobre Técnicas de reproducción asistida (35/88), la Ley 42/88 sobre Donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos, o la Ley 25/90 de Ensayos clínicos, indicándose en ellas la necesidad de "... consentimiento libre, consciente, expreso y por escrito".

Como situaciones conflictivas aparecían las negativas a recibir tratamiento, en la práctica asociadas a los testigos de Jehová en relación a las transfusiones de hemoderivados, o la huelga de hambre, cuya relevancia se puso de manifiesto en Inglaterra en prisioneros del IRA. Sobre esta situación me permito referir a título de anécdota que se introdujo, por primera vez en el temario de las oposiciones de Médicos Forenses en la convocatoria de 1978, a la que yo concurría, correspondiéndome, precisamente su desarrollo, afortunadamente con éxito.

Todo lo dicho anteriormente viene a decir que la inquietud sobre los derechos de los pacientes, cobra cuerpo en España ya entrados los años 80, y dentro de un plan del Ministerio de Sanidad, llamado de "humanización de la

asistencia sanitaria”; con ese motivo se organizaron unas jornadas-debate en las que participamos, con magistrados, juristas, médicos forenses, médicos de distintas especialidades (incluida la Medicina legal) y personal de la administración. El resultado fue un compromiso legislativo, acorde con la normativa europea y los ya reconocidos en los países desarrollados, como derechos de los pacientes.

Así las cosas, en 1984 los principales periódicos nacionales publicaron un recuadro, a media página, bajo el título “Carta de deberes y derechos de los pacientes”, en el que se incluían el derecho a recibir información y a dar el consentimiento para las actuaciones médicas, esta pasó desapercibida para los, ya denominados en ella, pacientes y para la mayoría de los médicos.

Dos años después la Ley 15/1986 General de Sanidad en su artículo 10, contemplaba, por primera vez, una relación de los derechos de los pacientes, en los que incluía varios aspectos relacionados con la asistencia y diversas obligaciones que el médico debía cumplir respecto a ella¹

¹Artículo 10 “*Todos tienen derecho a...4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro sanitario. 5. A que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. 6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, b) Cuando exista imperativo legal, c) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas, d) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento...”.*

Aunque era una redacción escueta e incompleta, ya reconocía el derecho del paciente a ser informado y la necesidad de dar el consentimiento a la actuación médica, con algunas excepciones, comprensibles y justificadas. Es imprescindible para que el consentimiento sea válido, recibir la información suficiente que permita tomar la decisión que el paciente considere para sí mismo más adecuada. De la conjunción entre Información y Consentimiento surgía el documento llamado “Consentimiento Informado”, término que se utilizó, como ya dijimos, en California en 1957.

La misma Ley General de Sanidad hacía referencia a la historia clínica en su artículo 61, indicando quienes podían acceder a la misma, preservando la intimidad del paciente y con fines especificados, como era la inspección médica, o fines científicos (docencia e investigación). No se consideró entonces la referencia a la investigación judicial, pero sí se decía que estaría a disposición de los enfermos, lo que abría la oportunidad de que si el paciente necesitaba la historia clínica para aportarla como prueba en un proceso judicial, pudiera hacerlo, por sí mismo².

El acceso a la historia clínica era una forma más de reconocer el derecho del paciente a tener toda la información sobre su estado de salud.

²Artículo 61. “*En cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse al menos disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quién, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos deberes y derechos”.*

En estos artículos aparecen las palabras *enfermo*, *paciente* y *usuario*, sin un sentido diferencial; progresivamente, las de paciente y usuario se fueron haciendo más habituales en el lenguaje rutinario.

El desarrollo del contenido del artículo 10 y del artículo 61 fue lento, pero progresivo en su conocimiento y aplicación. En ellos se basaron muchas sentencias judiciales consecutivas a reclamaciones, pero su concisión generaba vacíos legales y daba pie a decisiones diferentes en temas iguales.

Desde el gobierno central y las CCAA, con transferencias en sanidad ya efectivas, se puso en marcha el desarrollo de estos artículos 10 y 61, dando lugar a normativas propias, más o menos extensas en todas las Comunidades autónomas españolas. En una Tesis realizada bajo nuestra dirección (Hernández González, 2010) se ha realizado un estudio comparativo de las normativas autonómicas y nacional españolas y las europeas reguladoras de los derechos de los pacientes, encontrando diferencias, aunque de escaso interés; por descontado, la legislación española es mucho más profusa y prolija que la europea.

La ley nacional se promulgó como Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley ha desarrollado ampliamente los derechos a la información, a dar el consentimiento antes de la actuación médica, a emitir instrucciones previas, a la intimidad y todos los derechos relacionados con la documentación

y la historia clínica, entrando incluso a relacionar los documentos que deben integrarla, el posible expurgo de los mismos, con diferentes tiempos de conservación para algunos de ellos, siendo permanente para el consentimiento informado o el informe de alta; el deber de custodia de la misma y, desde luego el acceso a ella, considerando los fines judiciales, los de inspección y organización sanitaria, los de docencia e investigación, aunque estos con el consentimiento del paciente.

El artículo 3 de la ley recoge definiciones legales de las que destacamos las de paciente y usuario, así consta, "*paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud*"; y "*usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria*". Nada se dice de la palabra *enfermo*, que en esta ley solo aparece en las excepciones a la necesidad de consentimiento (artículo 9), cuando dice: "... 2. *Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a)... b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él...*".

Proponemos así, que las palabras *enfermo* y *paciente*, no sean exactamente sinónimos, sino que reservemos la

palabra *enfermo* a la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para recuperar su salud, cuando su situación es comprometida y reviste gravedad.

Respecto a la información, el artículo 4 es extenso y recoge cuando hay que proporcionarla, en que forma y cuantía, comprendiendo la finalidad y naturaleza de la intervención, sus riesgos y consecuencias; se refiere a ella como parte fundamental de toda actuación asistencial, porque realmente la información y las respuestas del paciente a ella, constituyen la relación médico-paciente en sí misma; por ello debe ser verdadera, comprensible y útil, sirviendo al paciente para tomar sus propias decisiones³

En éste artículo se introduce la palabra *intervención*, que hemos de entender como sinónimo de “actuación médica”, lo que ya se recogía en el artículo 3 de la ley, que contenía diversas definiciones legales⁴.

³Artículo 4. “Derecho a la información asistencial. 1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general, se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. 2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. 3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

⁴Artículo 3. Definiciones legales.... “intervención en el ámbito de la sanidad”, ya se dice que es “toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación”

También, se recoge en el artículo 5, con rotundidad, que el titular de la información es el paciente, y sólo cuando él lo autoriza se podrá informar a sus familiares o personas vinculadas de hecho con el paciente o a aquellas a las que éste designe. Otra propuesta nuestra, ya antigua, como expresión de buena práctica clínica, es que, al hablar con el paciente de este tema, (a su ingreso hospitalario o en atención primaria, se le ofrezca la oportunidad de designar, por sí mismo, quienes son la persona/nas de su confianza con las que desea compartir la información y que le ayuden a tomar decisiones⁵. También contempla las soluciones para los casos en que el paciente, por razones de afectación de sus funciones mentales que mermen su capacidad, no pueda decidir; en este caso, serán sus familiares o personas vinculadas de hecho al paciente las que decidan. En el artículo 5, se incluye un aspecto muy importante, el concepto de “necesidad terapéutica”, es el caso en el que el médico puede ocultar al paciente información, o transmitirla de forma atenuada, porque considera que si transmite la verdad sobre su estado de salud, puede perjudicarle de forma grave (pérdida de la esperanza, depresión, etc.). Esto solo se justificaría cuando sea un hecho objetivo y se dejará constancia de todo en la historia clínica; también comunicará todas las circunstancias a los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente.

Aunque la redacción es extensa y detallada, lo fundamental es que la información que se transmita estará al ni-

⁵Esto ya lo hemos propuesto en otras ocasiones como una conducta deseable, incluso en atención primaria o ambulatoria, aprovechando las adecuadas condiciones de comprensión y libertad del paciente, cuando todavía estas están conservadas.



vel de comprensión y edad del paciente, y debe ser útil, lo que significa que será la suficiente y necesaria para que éste pueda tomar decisiones y elegir, entre las alternativas que se le planteen. Su elección y decisión constituirá el consentimiento válido a la actuación médica.

El capítulo IV de la ley 41/2002. *El respeto a la autonomía del paciente*, trata sobre el consentimiento informado, en el mismo se asegura la necesidad de consentimiento libre y voluntario, continuado y expresado, habitualmente de forma verbal, aunque se precisa, que debe ser por escrito en las intervenciones quirúrgicas, en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en los procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de repercusión negativa para el paciente; queda así por tanto a criterio médico considerar cuales pueden ser esos procedimientos de riesgos notorios y previsibles, como los califica la ley⁶

En la línea exhaustiva de la ley 41/2002, detalla cuales son los extremos sobre los que el médico debe informar antes de obtener el consentimiento escrito, destacando las

⁶Artículo 8: "1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos. 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud. 5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento".

consecuencias relevantes que se esperan con seguridad de la intervención, las contraindicaciones y los riesgos, especificando algo que es importante y que pocas veces se cumple, por parte del médico, ya que además de los genéricos se especificarán los personales y profesionales, lo que obliga a conocer bien al paciente y conocer su vida laboral, con lo que, como médico del Trabajo, estoy totalmente de acuerdo⁷.

El artículo 9 recoge las situaciones en las que el médico puede actuar sin consentimiento del paciente, y los casos en los que el consentimiento se da por representación, lo que sucede en los menores hasta los 16 años, y cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones por su estado de salud psicofísica, o esté legalmente incapacitado; en estos casos el consentimiento lo dará el tutor, el representante legal o las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Como se ve, es clara la necesidad de consentimiento escrito en las intervenciones quirúrgicas y procesos invasores, con cualquier finalidad, y siempre que la actuación conlleve riesgos o inconvenientes. La valoración de la importancia negativa para la salud de esos riesgos o inconvenientes, la cual haría necesario el consentimiento escrito,

⁷Artículo 10 "Condiciones de la información y consentimiento por escrito": "1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad. b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención. d) Las contraindicaciones. 2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente".

se descarga sobre el médico, lo que significa una responsabilidad añadida a su actuación profesional técnica.

En el mismo artículo se reconoce la validez del consentimiento, en general, de los menores entre 16 y 18 años, siendo las excepciones las técnicas de reproducción asistida, y los ensayos clínicos, (la interrupción del embarazo, antes comprendida en esta excepción, ha quedado ahora específicamente regulada); la posibilidad de hacer instrucciones previas, así como toda la regulación de la historia clínica, en sus contenidos (especifica cada uno de los documentos que deben integrarla), fines (judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia), conservación, custodia y derechos de acceso con reconocimiento expreso del derecho del paciente a obtener copia de los datos que figuran en ella⁸.

3. Los derechos de los pacientes a nivel Ético-Deontológico

En concordancia con lo expuesto en el apartado anterior hay que decir que desde que se publica la Ley 15/1986 General de Sanidad, a nivel legal, en España se reconocen, protegen y consolidan los derechos de los pacientes. Las normas son detalladas y exhaustivas y, parece que poco tiene que añadir la ética-deontología a lo legal.

Veremos que no es así, pero, es cierto que el panorama cambia de forma notable.

⁸Todo lo relativo a la historia clínica se trata en el capítulo V de la Ley 41/2002, en los artículos del 14 al 19.

Hasta entonces, fue la ética de la beneficencia y la incipiente autonomía, la que destacó el deber médico de respetar los derechos de los enfermos, y de recoger en las normas deontológicas, como pautas de conducta profesional, como proceder, respecto a ellos.

Las primeras normas deontológicas se publicaron en España el 8 de septiembre de 1945, como un apéndice al Reglamento de la Organización Médica Colegial, Sobradillo, A. (1948). En estas, se incluía un párrafo sobre la obligación del médico de advertir cuando el enfermo se encuentra en peligro de muerte; con una perspectiva de beneficencia, se indicaba al médico, que debía observar las circunstancias morales, de entereza de carácter del enfermo y de sus familiares, (ponerse en el lugar del enfermo), y ante quien considerara más adecuado transmitir la gravedad en que éste se encontrara Esto con la intención de dar la oportunidad a buscar los auxilios espirituales y religiosos.., así los familiares también podrían preparar las disposiciones finales del enfermo. Es una recomendación puramente benéfica: ponerse en lugar del enfermo..., decidir si éste está en condiciones de soportar la verdad y enfrentarse a su propia muerte (está decidiendo por él), y finalmente hacerlo o no participe, junto a sus familiares o a través de sus familiares, de esta penosa circunstancia.

El siguiente Código Deontológico se redactó en 1978, y ya aparece la necesidad de consentimiento, precedido de cierto nivel de información, aunque con la salvedad de que transmitiría información "...si ello le fuere solicitado y siempre de forma que no resulte perjudicial para el en-

fermo". En los casos de incapacidad del paciente, o por su menor edad, para dar el consentimiento, ante conflictividad familiar, etc., se dice "... el Médico podrá y deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional...". Este Código seguía diciendo: "*En principio deberá revelarse al paciente el diagnóstico, no obstante puede ser legítimo no comunicar al paciente un pronóstico grave o fatal... Es deber del médico decir la verdad siempre a los familiares del paciente, a menos que éste haya prohibido previamente esta revelación o haya designado las personas a las que debe hacerse.* Este seguía siendo un Código imbuido de principio de *beneficencia*, aunque ya se imponía revelar el diagnóstico, como primera opción, pero reservándose el médico la forma de modular la información, dosificarla, limitarla, adaptarla a cada enfermo.

El Código alternativo redactado por el Colegio de Médicos de Barcelona un año después, 1979, fue mucho más autonomista, indicando que "... *los pacientes tienen el derecho a la máxima información... y el médico debe esforzarse en dársela con las palabras más adecuadas...*".

La Conferencia Internacional de Órdenes Médicas (asociación europea de Colegios Médicos), propuso en Madrid en 1987, para todas los Estados miembros, una serie de normas, constando en el artículo 4: "*Salvo en caso de urgencia, el médico debe informar al enfermo sobre los efectos y posibles consecuencias del tratamiento. Obtendrá el consentimiento del paciente, sobre todo cuando los actos propuestos presenten un serio peligro. El médico no puede sustituir el concepto de la calidad de vida de su paciente*

por el suyo propio". Este principio era y sigue siendo marcadamente moderno y de plena actualidad.

Llegamos así ya al Código de Ética y Deontología Médica, publicado por la Organización Médica Colegial en 1990. En el mismo, en el capítulo III. *Relaciones del Médico con sus pacientes*, la referencia a la información y al consentimiento se hace en el artículo 11 y dice: "*Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas.* 2. *Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas.* 3. *Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento a la atención médica por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.* 4. *En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su enfermedad y le informará con delicadeza, circunspección y sentido de responsabilidad del pronóstico más probable. Lo hará también al familiar o allegado más íntimo o a otra persona que el paciente haya designado para tal fin.* 5. *En beneficio del paciente puede ser oportuno no comunicarle inmediatamente un pronóstico muy grave. Aunque esta actitud debe considerarse excepcional con el fin de salvaguardar el derecho del paciente a decidir sobre su futuro*".

El siguiente Código de Ética y Deontología Médica, fue publicado por la Organización Médica Colegial en 1999. En el capítulo III. Relaciones del Médico con sus pacientes, el tema información y consentimiento se recoge en el artículo 10, en el que cambian algunos matices con respecto al anterior, ya comentado. Así se dice: *"1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin. 2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo. ... 4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo, el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas. 5. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional. 6 La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez".*

Las novedades incluidas fueron, el derecho del paciente a no ser informado cuando así lo decide. Considera elemento esencial de la información que el médico informe

de su identidad al paciente al que asiste. Se hace mención de la obtención del consentimiento, preferentemente por escrito en las actuaciones que conlleven riesgo. Se hace, por primera vez mención al valor de la opinión del menor, atendiendo a su edad y grado de madurez. No se hace referencia a la posibilidad de no informar sobre un pronóstico grave, aún a título excepcional. En ambos Códigos se recomienda, en las situaciones de conflicto para obtener un consentimiento válido, actuar según los dictados de la conciencia profesional.

Han sido Códigos de Deontología Médica progresivamente más modernos, incorporando plenamente el principio de autonomía del paciente, desterrando la idea del paciente como enfermo=*in firmus* (sin firmeza); pero sin olvidar que el médico toma sus decisiones, poniéndose en el lugar del paciente, personalizando su actuación, considerando todas las circunstancias que hacen de cada caso, de cada persona, de cada círculo familiar, un reto en cuanto a buscar la actuación más ajustada a la ciencia, a la legalidad y a la exigencia de la mayor calidad humana.

Junto a estas normas deontológicas, desde enero del 2000, España tuvo en vigor otra norma Ética común a todos los países europeos: el Convenio de Bioética del Consejo de Europa, llamado también Convenio de Oviedo, por ser esta ciudad el lugar donde se gestó. Del mismo se dice que es el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. En este la preocupación es proteger de forma particular a las personas más vulnerables

en la asistencia sanitaria y la experimentación clínica, los menores y las personas que padecen trastornos mentales. Se establecen, así garantías específicas para que se respete al máximo su capacidad de participar en su proceso asistencial y para que su consentimiento por representación se haga siempre en su absoluto beneficio. Este ha venido a ser una reafirmación y ampliación del Informe Belmont. Recientemente se ha aprobado el nuevo código Julio de 2010, en cuya redacción han tenido parte activa dos profesores de esta casa.

4. Responsabilidad Profesional

Ya hemos mencionado que al final de los años 80 y la década de los 90, la escalada de denuncias por malpraxis fue evidente. A este respecto dice Concheiro Carro, (2010): *“Las causas de este incremento de la conflictividad en el ámbito sanitario, con eventual repercusión judicial, son múltiples, unas imputables a la propia Medicina, otras a los médicos y, por último, a los propios pacientes y a sus familiares, o a las personas requeridas por ellos para asesorarles, ante lo que interpretan, bastantes veces sin fundamento, como una actuación médica deficiente”*.

Las especialidades más vulnerables: la asistencia urgente, ya sea hospitalaria o en atención primaria, la obstetricia y ginecología, la oftalmología, la anestesiología, la cirugía, la pediatría, etc., En general, los motivos más frecuentes eran los errores diagnósticos, el retraso en la asistencia sanitaria, los resultados no esperados e indeseables. A estos

se fueron añadiendo, ya en los años 90 y más en la década de 2000 condenas por incumplimiento en los derechos de los pacientes, sobre todo, la falta de consentimiento informado, el que este se haya cumplimentado de forma genérica y no personalizada, o una información incompleta e insuficiente para aceptar una intervención o rechazarla. Y lo que parece ser un tema de futuro, el incumplimiento del deber de protección a la intimidad del paciente (falta de custodia de la historia clínica), o la falta de confidencialidad como situaciones de riesgo a prevenir en el futuro. En este extremo, la informatización de la historia clínica, la existencia de redes que permiten transmisión de documentación para segundas opiniones, la telemedicina, en general, con sus ventajas, nos trae una llamada de alerta en relación a la confidencialidad.

En derecho se dice que lo que es previsible es evitable, por ello, en responsabilidad profesional son importantes actitudes preventivas eficaces que eviten las situaciones de riesgo que, a menudo, se repiten y cuyo destierro no es tan difícil.

La realidad es que no disponemos de estadísticas rigurosas, ya que habría que reunir las reclamaciones en todas las vías procesales. A título de ejemplo, refiere de Angel Yagüez (2011) que en 2010 el defensor del paciente, organismo no oficial, ni excesivamente conocido por la ciudadanía, en general, recibió 12.162 quejas por parte de pacientes que se sintieron víctimas de la asistencia sanitaria; de estos 554 fueron casos mortales.

Las vías procesales de reclamación eran la vía penal y la vía civil.

La responsabilidad penal, antes de 1995, se ajustaba a la imprudencia punible tipificada en los artículos 142, 146, 152, 157, 158, 159, 220 y 621 del Código penal; eran conductas imprudentes, sancionadas según su gravedad.

El Código penal de 1995 introdujo la imprudencia grave y la imprudencia profesional y la pena, junto a la privación de libertad, de inhabilitación para el ejercicio profesional, medida más temida que la multa o la indemnización.

La responsabilidad civil es una obligación que nace de la ley, de los contratos o cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitos, o en los que intervenga cualquier género de culpa o negligencia (artículo 1089 del Código civil).

Esta vía procesal era adecuada por el carácter de contrato que respalda la relación médico-paciente, y se concretaba en la reclamación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado (artículo 1.101 del Código civil). La responsabilidad puede ser de tipo contractual, extracontractual y la de origen delictivo o penal, para reparar económicamente el daño, como complemento a la responsabilidad penal, cuando esta se apreciaba.

En el procedimiento civil, la carga de la prueba la soportaba el paciente, lo que significa que la obligación de probar que había existido una conducta médica inadecuada y en que momento se había producido, recaía sobre el paciente, que a menudo encontraba serias dificultades para

obtener la historia clínica, fundamental como medio de prueba, ya que en ella estaban todas las anotaciones que podían aportar a la investigación la luz suficiente sobre lo ocurrido. A pesar de que la Ley General de Sanidad, ya desde 1986, en su artículo 61 recogía el derecho del paciente de acceder a su historia clínica, el paciente encontraba muchos obstáculos, llegándose, incluso a defender que esta era propiedad intelectual del médico que la realizaba. Los obstáculos puestos, por los médicos y por los centros a proporcionar al paciente la documentación clínica, favoreció que, procesalmente las reclamaciones se iniciaran como demandas o querellas por vía penal, denunciando, si no dolo, sí imprudencia, impericia o negligencia; de esta forma, el Juez instructor tenía potestad de conseguir las pruebas necesarias, y entre ellas, la historia clínica cuya obtención estaba, así, asegurada.

A partir de entonces, el paciente (su letrado) podía seguir ya la reclamación por vía penal, u optar por la vía civil, cuyo proceso probatorio era menos exigente.

Progresivamente las reclamaciones aumentaron y las sentencias condenatorias también, lo que producía para los perjudicados la compensación económica correspondiente al daño y la satisfacción personal de haber hecho pasar al médico por el juzgado y el banquillo.

Por tanto, las reclamaciones, aparte de la carga emocional de "castigar" al médico que no había dispensado al paciente-usuario y/o a sus familiares el trato esperado, llevaba también un interés económico claro a la vista de

la cuantía de las indemnizaciones que se fueron reconociendo.

Actualmente la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común, que recogía en su título X la Responsabilidad de las Administraciones Públicas y de sus autoridades y demás personal a su servicio, permitió que las reclamaciones, cuando los hechos han sucedido en hospitales públicos, se dirigen por la vía Contencioso-administrativa, ya que se busca la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. En esta vía, más que buscar la mala práctica profesional médica, se va a determinar el daño sufrido como responsabilidad jurídica objetiva, más fácil de probar.

Al señalarse esta vía procesal para las demandas por malpraxis, en centros públicos, la vía civil ha quedado para la asistencia en el ámbito privado, y la vía penal, casi en extinción y reservada a casos flagrantes.

El procedimiento Contencioso-administrativo facilita enormemente la investigación, hay que demostrar en que estado entró el paciente al hospital, que asistencia se le prestó, que medios se pusieron a disposición de un diagnóstico acertado y diligente, si se erró en el diagnóstico, o si el desenlace no deseado estuvo relacionado con el tratamiento; pero, si en efecto, se prueba que la patología del paciente, pudo diagnosticarse y tratarse adecuadamente y los resultados esperados eran favorables, en contra de los que se produjeron, la sentencia suele ser favorable a reco-

nocer el daño e indicar la reparación por parte de la administración.

En estos casos, es frecuente encontrar fallos organizativos y de medios que no dependen del médico, el cual, a menudo desempeña su trabajo en unas condiciones de tiempo, lugar, sobrecarga o medios que no son los que él desearía; estas circunstancias, justifican los cauces actuales en que se desenvuelve el procedimiento administrativo.

Con esta vía procesal, ahora es la administración sanitaria (Servicios de Salud de las CCAA) las víctimas de lo que fue, por su parte, un impulso inicial a la reclamación y a la denuncia contra los médicos. Los Servicios de Salud de las CCAA, ante el aluvión de demandas y el montante económico de las indemnizaciones, han tenido que organizar sus propias Unidades periciales para defenderse, e incluso recurrir a organismos consultivos de la Administración de Justicia como las Reales Academias, o los Departamentos de Medicina legal, organismos que también son solicitados por parte de los particulares, cada vez mejor asesorados en su defensa (el defensor del paciente, etc., etc.).

Llegados aquí, podemos preguntarnos ¿Significa el aumento de las reclamaciones la pérdida de confianza de los pacientes en los médicos? ¿Hay otros intereses detrás de las reclamaciones?.

No nos engañemos, en cuanto nos sentimos mal pensamos en el médico (ahora habría que decir la médico, porque la mayoría femenina es evidente, y cuando más joven sea el profesional que nos atiente, más probabilidad hay de

que sea una mujer, aunque esta cuestión y sus respuestas darían para otro discurso). Sabemos que necesitamos a los médicos, que están bien preparados, que la tecnología disponible es asombrosa, pero el paciente va al hospital con recelo. Conoce sus derechos, y entre ellos está, no solo que lo atiendan, sino que lo atiendan pronto, bien y con buen resultado; lo que se aparte de ahí entra ya en el ámbito de lo sospechoso; hay que estar atentos al fallo y, ¿como no! a la reclamación sucesiva.

Como dije al principio, un inoportuno cólico nefrítico me llevó a urgencias los últimos días de agosto, cuando precisamente escribía este discurso. En el anonimato de un numeroso grupo de ¿pacientes? (yo allí reflexionaba que mi vivencia en aquel momento era de sentirme muy enferma), observé el proceder de médicos y enfermeras, organizado y atento, primero el breve interrogatorio ¿Qué le pasa a usted?, ¿Desde cuando?..., después la exploración y la analítica, y a esperar los resultados, en una sala excesivamente masificada. Los resultados analíticos y pruebas llevan su tiempo, y la espera está absolutamente justificada, pero ¿se le explica esto bien al paciente?, porque allí, cuando periódicamente nombraban a alguien, para continuar con la asistencia, si no respondía pronto se oía el comentario “se habrá muerto ya, esperando”, o “se habrá ido a su casa, cansado de esperar”. Esto tiene su importancia porque habla de una actitud, estoy esperando un servicio y me lo tienen que proporcionar ya. Como muestra, otro incidente, un paciente en el box de observación, en el que solo puede acompañar un familiar, todos los que han venido hasta el hospital quieren estar con el paciente; en este

caso, el personal sanitario informó de la circunstancia y como no obedecieron, se pudo oír (todo ello en el pasillo), *“yo no me voy a pelear con nadie, llamaré a seguridad y verán que pronto se soluciona”*. No cabe duda de que prestar asistencia sanitaria pendientes de que el servicio de seguridad esté cerca, no es el mejor ambiente para que el médico o la enfermera se aproxime al paciente e intente entrar no solo en sus dolencias físicas, sino también en las anímicas y personales.

Estas situaciones habrían podido mejorarse, porque está claro que en todos los casos se echa en falta una conversación con más información sobre como se va a desarrollar la asistencia, circunstancias que hay que respetar, por el bien del propio paciente y de todos. Cuando se informa contando lo que ocurre y los mecanismos previstos para solucionarlo, con sus limitaciones, el porqué de las decisiones, etc., etc. el paciente razonable y los familiares razonables, comprenderían mejor y actuarían en consecuencia; los malos modos, las críticas, los comentarios jocosos, serían más escasos. Si después de esto puedes volver a tu casa con el problema solucionado, lo olvidas, pero si no es así, el terreno está abonado para la conflictividad y el enfrentamiento.

¿Hemos de alarmarnos por ello?. En mi opinión sí, pero para buscar soluciones que después apuntaremos.

5. La Violencia contra los médicos

El problema de la violencia en todos los ámbitos de las relaciones familiares y sociales ya llevó a la OMS (2002) a un estudio muy pormenorizado sobre las posibles causas y formas de intervenir.

La violencia en forma de agresiones diversas ha llegado también a los profesionales sanitarios tanto en los países europeos como americanos, y constituyen un tema nuevo, ya que es cierto que se recogieron siempre casos aislados, en relación con los pacientes psiquiátricos, en los que la conducta agresiva era expresión de su trastorno, pero ahora nos referimos a algo diferente. Se trata de un riesgo generalizado en la asistencia sanitaria, que se manifiesta por comportamientos violentos, por parte de los pacientes y usuarios de la sanidad, tanto en las formas de comunicación, como en los contenidos de los mensajes. Son el extremo opuesto de la relación respetuosa y atenta que se espera entre el médico y el paciente en la consulta o dependencia hospitalaria.

Estas conductas violentas que pueden cristalizar en agresión se dan, ya en todos los países. Las diferentes encuestas ponen de manifiesto que cifras de alrededor del 70% de los médicos (incluidos los residentes) ha sufrido algún tipo de relación conflictiva con insultos y amenazas, habitualmente durante las guardias en Urgencias. En 2003 ya el Parlamento británico pidió un informe exhaustivo indicando tolerancia 0 para el incesante aumento de agresiones en el ámbito médico. En España el asesinato de la doctora Ginel en 2001 en Salamanca al haber negado una baja laboral, injustificada y precedida de amenazas que la doctora había denunciado, marcó la importancia del tema y la necesidad de afrontarlo adecuadamente. Este fenómeno es importante por lo que significa de deterioro en la relación médico-paciente, pero además por las consecuencias que tiene una experiencia de este tipo en las víctimas. En un estudio de

Martínez Jarreta (2007) a través de 6000 encuestas entre profesionales, a las que respondió un 33% de ellos, se determinó que un 64% de los encuestados manifestó haber sido víctima de amenazas/insultos y un 11% de violencia física; y de ellas en el 55% fueron lesiones tan leves que habría calificar de agresión sin lesión; en un 40% encajarían en faltas de lesiones, y las restantes tendrían carácter de mayor gravedad.

En el 85% de los casos los agresores fueron los pacientes, y el 73,3% de ellos conservaban plenamente su capacidad psíquica, pudiéndoseles imputar el hecho; en el 21% de los casos fueron personas con trastornos mentales y en el 5,7% restante estaban bajo los efectos de alcohol o drogas.

Cuando se comparan los datos, prácticamente todos coinciden en que el agresor es predominantemente del sexo masculino (10/1), mientras que la víctima es más a menudo una mujer, en el caso de personal de enfermería, mientras que si se consideran todas las víctimas en su conjunto, no aparecían diferencias significativas.

Las consecuencias para la salud psíquica de las víctimas son importantes, se ven vulnerables frente a nuevas agresiones, y su relación médico-paciente se resiente pierde seguridad y se muestra a la defensiva, con el temor y el recelo ante signos, a veces sin importancia.

Los motivos se relacionan con la denegación de documentos de complacencia como baja laboral, informe de invalidez, derivaciones hacia especialista u hospital, esperas

más largas de lo razonable, expectativas respecto a prestaciones y promesas que, en la práctica no pueden cumplirse, utilización del médico como mero medio para alcanzar un beneficio social o económico, y, a veces, la comunicación de un resultado negativo tras el tratamiento, etc., etc. En el estudio mencionado, el 58% de los casos el motivo fue la espera para la asistencia; en el 15%, discrepancias por la baja laboral, el 10% por la prescripción farmacológica, y el resto otros motivos.

Estas pueden ser razones que expliquen el porqué, en un momento determinado un paciente o sus familiares pasan a actuar violentamente contra los que lo atienden y cuidan, pero de ningún modo pueden ser razones que justifiquen estos comportamientos. Martínez Zaporta y Fernández Delgado (2008) consideran determinados factores como responsables de esta violencia en la actividad médica asistencial, estos serían: el aumento general de la agresividad y por tanto de la violencia; el aumento global de la insatisfacción personal en nuestra sociedad de consumo; el cambio experimentado en la relación clínica (al que nos hemos referido ampliamente en este trabajo); y la propia organización institucional de los centros sanitarios, en la que se integran una serie de factores impuestos, de organización, de competitividad, de funcionamiento, etc., que llevan en sí mismos grandes dosis de agresividad y a veces de violencia.

La mayoría de los casos tienen en común el cambio de percepción de lo esencial en la figura del médico: persona que atiende, escucha, explora, diagnostica, prescribe un

tratamiento y da indicaciones para que el paciente mejore y se cure.; la imagen de persona que estudia y se desvela por los demás. Ahora es un administrador de recursos, y cuando se espera ser beneficiario de los mismos, si se le deniegan, se recurre a la fuerza para intentar obtenerlos, o al menos vengarse causando daño.

Y lo peor es que esta actitud, aunque solo la ejecuten unos pocos, está aceptada socialmente. Así se denunciaba en un bloc, en el que se recogían opiniones sobre la agresión sufrida por un médico en Palma de Mallorca al negar a un usuario la baja laboral para su madre, recojo solo algunos de ellos: “Me parece correcto, si su madre no se encontraba en condiciones de ir a trabajar y ese “médico” se lo negó, debería recibir una buena paliza”, “Hay que ir al médico con un bate, a ver el que nos toca”, “Muchos médicos se merecen esto y más”, “algunos no es para pegarles sino para matarlos”, “Los médicos de la seguridad social se lo tienen tan creído que muchos se merecen esto y más”, “Hay médicos en la sanidad pública que son para eso y para más, por vagos, haraganes y malos profesionales... y juro que estoy por entrar con una pistola y amenazar a algún médico”... Aunque se trate de posiciones minoritarias, lo cierto es que en la página no se había registrado ningún comentario de defensa del médico, o crítico con la violencia implícita en todas estas opiniones, ni tampoco, estos comentarios despertaron intervención directa de las asociaciones profesionales o la administración.

El apoyo que reciban las víctimas de su Colegio profesional, de la institución y la administración que correspon-

da, es fundamental para la recuperación y evolución futura. Desde hace aproximadamente 10 años los Colegios de Médicos han incorporado a sus objetivos detener esta lacra, por el bien de los médicos, y como no de los pacientes, esta perversión de la relación médico-paciente a todos perjudica y a nadie beneficia.

Se han suscrito convenios entre el Ministerio Fiscal y Organizaciones Colegiales (Madrid, 2008), (Murcia y Castilla León); los Colegios Profesionales de Jaén y Córdoba también destacaron por su pronta respuesta, como refieren Moreno Jiménez y col, (2005); siendo ahora una actitud prácticamente generalizada en los Consejos autonómicos y coordinada por la Organización Médica Colegial. En las Unidades creadas se atienden una serie de necesidades que se concretan en: 1) Información y apoyo a los profesionales para que denuncien todo tipo de violencia, aunque sea de tipo leve, proporcionando impresos tipo, para la descripción de los hechos y todas las circunstancias, 2) Se estudia cada caso para dirigirlo judicialmente como mejor proceda para conseguir el castigo del agresor, y para que los datos obtenidos permitan tomar medidas preventivas abordando las causas que estén en el origen de las agresiones, 3) Se da a la víctima todo el apoyo moral, psicológico y jurídico que necesite, minimizando el daño que esta experiencia pueda producirle, para evitar que repercuta en su ejercicio futuro de la medicina, 4) Se organizan cursos de formación sobre técnicas de comunicación interpersonal, identificación del paciente conflictivo y manejo del paciente o familiares difíciles, 5) Por parte de los responsables de los centros asistenciales se han contratado servicios de seguridad, que

están vigilantes en los lugares de mayor riesgo, servicios de urgencias, asistencia domiciliaria a barrios conflictivos, etc., etc.

Inicialmente se ha buscado el castigo ejemplar a los agresores, lo que debe resultar disuasorio para otros que tengan la tentación de solucionar sus discrepancias y frustraciones con la asistencia sanitaria agrediendo al médico y, en general, al personal sanitario. Antes de estas medidas, solo 2 de cada 10 médicos agredidos iniciaba acciones legales, ahora estas se extienden, y el problema se está haciendo más visible.

Detrás de cada caso hay unas circunstancias, un paciente difícil, deficiencias organizativas que originan en definitiva una situación que nos lleva a preguntarnos que le sucede a una sociedad que insulta y maltrata a los que se dedican a cuidarla y atenderla en sus dolencias de cualquier índole?. Cuando menos es una sociedad desesperanzada, ocasionalmente desesperada y primitiva y salvaje en sus reacciones.

Como decíamos antes, la solución buscada de forma más inmediata, por los Colegios profesionales ha sido recurrir al derecho y reclamar que se consideren estas agresiones un delito de atentado, al ser el médico funcionario público, como reconoce el propio Código penal, cuando está desempeñando su actividad asistencial, como un servicio público. Sin embargo, pensamos que esta medida puede ser necesaria y, quizá efectiva, pero es insuficiente.

El problema de la violencia exige un abordaje ambicioso y en coordinación con las manifestaciones violentas

que también se dan en otros ámbitos, como el familiar, el escolar, en el deporte, o en el ámbito laboral (mobbing). No olvidemos las recientes manifestaciones violentas desarrolladas grupalmente por jóvenes, son indiscriminadas, sin víctimas concretas, sin objetivos concretos, pero muy agresivas, contra la propiedad privada y de gran peligro para la seguridad e integridad física de las personas, o los cada vez más frecuentes, vergonzosamente violentos, finales de acontecimientos deportivos calificados, incluso, de "amistosos".

Todo ello nos pone delante a una sociedad con signos que deben preocuparnos y ocuparnos en encontrar causas, explicaciones y buscar soluciones.

La violencia es un recurso de impotencia, que delata al que no sabe resolver los problemas por otras vías más resolutivas; es un mecanismo primitivo y salvaje, de dominio por la fuerza para el que no sabe conseguir las cosas a través de una relación pacífica, educada y normal. Es cierto que la violencia está cada vez más presente en la sociedad pero esto exige planteamos el modelo educativo de nuestra juventud; es preciso recuperar los valores, volver a la responsabilidad personal, a los sentimientos, las emociones, vitalizar las exigencias morales y porqué no las religiosas. Todo lo que nos enseñe el respeto hacia la otra persona, saber oír, intentar comprender, ejercer la templanza, la lentitud a la ira, la reflexión, facilitará unas relaciones más humanas y más pacíficas.

IV. CIRCUNSTANCIAS QUE NOS HAN LLEVADO A UN NUEVO PARADIGMA DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-USUARIO-CLIENTE.

Dos son los pilares sobre los que se viene apoyando el evidente cambio en la relación médico-enfermo-paciente-usuario-cliente.

1. Cambios en la propia imagen del médico

2. Cambios en la sociedad y, por tanto en los pacientes y en las estructuras asistenciales

3. Consecuencias de estos cambios en la relación médico-enfermo

1. Cambios en la propia imagen del médico.

El desprestigio del paternalismo y de la autoridad, afectó directamente a la imagen del médico hipocrático, cambio favorecido desde las instancias político-sociales. Tras la transición española se impuso una falsa idea de progresía, contraria a lo que significara autoridad, prestigio, mérito, disciplina, exigencia o esfuerzo; esto se aplicó a todos los ámbitos de la vida social; así, a nivel familiar la educación

de los hijos se relajó, se transmitió como mensaje que el niño sufriría un trauma si se le exigía, se le reprendía, o se frustraba en la satisfacción de sus pretensiones, la receta era satisfacer los gustos y necesidades “esto quiero, esto tengo”, sin la contrapartida del “he de ganarlo o merecerlo”. En la escuela, el maestro clásico, exigente y castigador pasó a ser su mero transmisor de conocimientos. Desapareció el servicio militar, oportunidad para jóvenes, sobre todo los provenientes del medio rural, de conocer una forma de socialización dura, pero a menudo de balance positivo. Igual suerte corrieron otras figuras como la del sacerdote, cuya influencia iba desde formar un coro o una banda de música en el pueblecito, hasta la dirección espiritual. Como es natural, el médico no se quedó al margen de estos cambios, pasando a la historia el venerado y querido médico rural o urbano, al que se recurría, más allá de los problemas médicos, solicitando consejo, a menudo, sobre aspectos diversos familiares y vecinales.

Los propios médicos, como miembros de esta sociedad cambiante, se acomodaron a las novedades; la forma de vestir, de hablar, de comportarse en las formas y en el fondo cambiaron; se hizo habitual el tuteo del personal sanitario hacia los pacientes, incluso a los de cierta edad, aunque éstos, aun siendo de origen humilde, la tradicional educación familiar los tuviera acostumbrados a un trato más cortés y respetuoso; se creía que ponerse en un plano de igualdad verbal estaba más acorde con las formas democráticas de igualdad.

2. Cambios en la sociedad y, por tanto, en los pacientes

La Constitución española, ejemplo de esfuerzo político y consenso nos trajo las garantías de la protección de los derechos fundamentales y una convivencia digna y pacífica. Está basada en la dignidad de la persona y su capacidad para decidir por sí misma, se reconocía la autonomía y la libertad en todos los órdenes de la vida.

Fue la época en que los españoles comenzamos a oír hablar de derechos, reforzándose la idea individual de que “todo lo que considere necesario es un derecho para mí”. La bonanza económica ayudó a que, efectivamente, las necesidades se fueran atendiendo a gusto de todos, lo cual también llegó a la asistencia sanitaria y a la relación médico-paciente. A esta situación se la ha llamado la cultura de la satisfacción, pero entendida como la satisfacción superficial y frívola de los deseos, más cerca del capricho que de la satisfacción que proporciona un proyecto vital estructurado.

Frente a la generación de los deberes, a la que yo pertenezco en sus postrimerías, surge con inusitado vigor la de los derechos, en la que estamos. Son años en los que solo se habla de derechos, derecho a todo: a coberturas sociales que permitan cobrar sin trabajar, aún en edad de hacerlo y con ofertas de trabajo; a cobrar estando de baja laboral; a conseguir una invalidez por una mínima lesión o enfermedad, cobrar tras reconocerse una invalidez; a recibir indemnizaciones por lesiones debidas a caídas en la calle, golpes en el transporte público, o por accidentes de tráfico; a recibir subvenciones por no labrar la tierra, por arrancar

cultivos, etc., etc.; Aún presumiendo de que en muchos casos todo se haría conforme a la ley (probablemente no con respecto a la ética), no se puede negar que con ello se fue creando, en nuestro país, una cultura de la subvención, del dinero fácil, que estimulaba a buscarlo eludiendo el esfuerzo y el trabajo.

Y, con mucha frecuencia, detrás de estas situaciones estaba el médico. Éste ya se había convertido, en la mayoría de los casos, en un trabajador de la seguridad social; su función se había burocratizado, y los pacientes acudían a él, a veces en calidad de usuarios del sistema de salud, solo para solicitar recetas, o para pedir un informe o certificación complaciente, cuya finalidad era incierta (en el propio certificado estaba impreso “y para que conste donde convenga”), pero, a menudo relacionada con que lo que se esperaba de él era su informe para la baja laboral, para la incapacidad, para la jubilación por enfermedad, para la indemnización por secuelas, para el reconocimiento de minusvalía, para la dependencia, etc., etc. En demasiadas ocasiones, el médico había quedado para ser dispensador del papel, “al que teníamos derecho”, y que nos abría el grifo de “la paga”. Bastaba que el médico fuera algo responsable en su deseo de comprobar la realidad del paciente-usuario y acomodar su informe a esta realidad, para despertar la reticencia, indignación, amenaza y hasta coacción y agresión. Era el resultado de la máxima educativa, “esto quiero, esto tengo”, la pérdida de tolerancia a la frustración a aceptar las contrariedades han estimulado conductas agresivas hacia quienes antes eran admirados y dignos de agradecimiento. ¡ el médico es el rompepeas de todas las

frustraciones, hemos pasado de la admiración a la sospecha y han sido derribados de su pedestal a golpes y querellas; en expresión del profesor Enrique Villanueva.

Otra circunstancia influyente en la actual situación social ha sido la globalización de la información, todo se conoce “en directo”, y se ve cuando y como está sucediendo; sin embargo, por trágico o espectacular que sea un acontecimiento, su caducidad es inmediata; en horas, habrá ocurrido otro distinto que le haga pasar a segundo plano y en breve al olvido. Por dramático que pueda ser lo corrido, el impacto emocional es de poco calado y poco duradero. No hay tiempo para la reflexión y el reposo de las vivencias; la consecuencia, es que no se extraen de nuestras experiencias las enseñanzas que cimentarían una evolución madura. Por otra parte, el milagro informático, permite el acceso a cualquier tipo de información, favorece que cualquier paciente pueda proveerse de documentación científica, más o menos rigurosa y oportuna, para ir “ilustrado” a su visita médica y en ocasiones con propuestas para el médico sobre las pruebas o los tratamientos que desea se le apliquen. Ante un enfrentamiento que pueda acabar en reclamación, y en una respuesta complaciente de la administración, el propio profesional puede acabar solicitando esa prueba o prescribiendo ese tratamiento, sucumbiendo a una relación muy alejada de la jerarquía científica y la confianza necesaria.

Otra característica de la actual sociedad es el individualismo. Desde la autonomía, valor extraordinariamente positivo sin duda, como sociedad hemos ido derivando hacia

la persona individualista, lo que nos desarraiga y nos aísla. Para las personas la vivencia de pertenencia a algo es necesaria, tener raíces, formar parte de un entorno con el que relacionamos, del que recibir estímulos a los que responder dando parte de sí mismo, con ello se fortalece a otros, pero también de ellos se recibe la fuerza que necesitamos para compensar nuestras debilidades.

Para nuestra generación, la vida fue difícil, pero teníamos la esperanza y la confianza de la recompensa del esfuerzo. Las propuestas políticas actuales no garantizan la recuperación de esa esperanza.

Probablemente estemos ante el desafío más grande que ha tenido nunca la sociedad civil. Los políticos, a pesar de sus debates, propuestas, críticas, etc., no han sido capaces de evitar el descontrol en el proceso evolutivo universal: consumismo y derroche, frente a hambre y miseria, terrorismo suicida frente al que la seguridad está siempre amenazada, las energías, ¿Cuál está libre de riesgos e intereses, a veces bastardos?...

Ante el fracaso de los políticos, la sociedad civil tiene la respuesta haciendo suya la política. Responsabilidad ante lo público, respeto al bien común, exigencia no solo para nuestros derechos, sino también para nuestros deberes. Volver a un Ethos social de autoexigencia en todo lo que hago; la propia individualidad vinculada a la de los otros en compromisos colectivos de interrelación e intercambios mutuos.

Aunque actualmente no abundan los buenos filósofos, en escritos de diversa naturaleza (ensayos, periodísticos, tertulias audio-visuales...), se aprecia acuerdo en que asistimos a un cambio de ciclo o de época; y todo cambio de época lleva consigo un cambio de valores. El problema es que hemos despreciado los valores tradicionales (el bien, el mal, amor, verdad, justicia, caridad-solidaridad, respeto, autoridad, esfuerzo, sacrificio, generosidad, entrega,...) y no les hemos encontrado recambio. ¿Cómo se conduce una sociedad por una vía que carece de señales?, por donde ir, a que velocidad, quien tiene la prioridad, que está prohibido y que es obligatorio?

3. Consecuencias de estos cambios en la relación médico-paciente

Colocando el punto de partida en la Ley General de Sanidad, el cambio de paradigma en la relación médico-paciente fue incontrovertible, para ir, definitivamente del modelo de relación benéfica y paternalista médico-enfermo, a la autonomista médico-paciente-usuario-cliente. Esto ocurrió por todo lo expuesto y otras varias razones

La palabra enfermo, ligada a la idea de persona sin firmeza, en situación de debilidad psicofísica, vulnerable, necesitada de apoyo y de la protección de su médico, se sustituía por la de paciente y usuario; la primera identifica a la persona necesitada de calma, de paciencia, de templanza, para aceptar la enfermedad, pero sin perder la comprensión y la firmeza de voluntad, que le permitieran conocer su estado de salud e ir tomando sus propias decisiones; la de

usuario introducía la idea del acto médico y la prestación sanitaria como un producto de consumo, usar los servicios sanitarios con fines informativos y de prevención.

Aunque con la tradición familiar propia de la cultura mediterránea, la independencia de las mujeres de sus maridos, de los hijos de los padres y los cambios en los modelos familiares, se fueron haciendo realidad, lo que favorecía el olvido del paternalismo familiar y también el asistencial.

Al mismo tiempo, en el ambiente aperturista de los gobiernos, tras la transición política española, desde la propia administración sanitaria se favoreció la actitud crítica de los pacientes y usuarios hacia los médicos. Se instalaron en todos los hospitales, oficinas de atención al paciente con instrucciones para plantear quejas y reclamaciones. La autoridad se devaluó y al médico había que bajarlo de su pedestal, se desmitificó su imagen, y pasó a ser un trabajador del sistema sanitario, con evidentes signos externos de humildad, como era firmar las entradas y salidas, restricciones de pruebas y prescripción, imposibilidad de elegir a los miembros del equipo asistencial, pérdida de influencia en la organización del propio Servicio y del Hospital, o, como ocurría en atención primaria, la oferta/demanda farmacológica que acababa convirtiendo la consulta médica en un mero despacho de recetas, sin el tiempo necesario para la comunicación y la comprobación de la necesidad de la prescripción, etc., etc.

Por otra parte el médico, también desconfía de la actitud del paciente y se parapeta en el cumplimiento formal

de las obligaciones que la ley le impone. Para ello se han redactado todo tipo de documentos (de forma oficial por las propias CCAA, o las Sociedades Científicas) de consentimiento informado, de denuncia de lesiones (Parte de lesiones), de Certificados (defunción), de cómo guardar la Historia clínica, etc., etc. Esto da lugar a que los pacientes circulen por los hospitales, firmando hojas de consentimientos informados que se le proporcionan por la propia secretaria del Servicio o por Enfermería, a las puertas de los servicios de rayos, de consultas de traumatología para prótesis, o para lo que sea. No es infrecuente que muchos formularios clínicos se rellenan y complimenten con cruces, síes o nóes, lo que no favorece el objetivo de que la relación médico-paciente-usuario sea más personal, más directa, más fluida, más auténtica.

Otra medida, iniciada por Andalucía fue la de no exigir la colegiación o afiliación al Colegio profesional, sustituyendo el número de colegiado por un número de identificación personal, suficiente para firmar los documentos oficiales propios de la administración sanitaria autonómica. Aunque la motivación fuera económica (no hacerse cargo, como empresa, de la cuota, reconocido judicialmente), la medida produjo un daño importante a los profesionales sanitarios; se interpretó como progresista, porque iba contra un presunto corporativismo profesional, impuesto por los Colegios con la única preocupación de mantener su prestigio, imagen y privilegios.

Nada se decía de lo que significaba la colegiación obligatoria como forma de autocontrol y exigencia de calidad

a través de las normas deontológicas, establecidas siempre en beneficio y garantía de los pacientes, tema defendido por muchos, Abascal Ruíz (2010).

Porque, atendiendo a los derechos de los pacientes, como ya hemos dicho, antes, los Códigos de Deontología médica fueron los primeros en interesarse por ellos e imponerse su protección como una obligación moral.

V. FUTURO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-USUARIO-CLIENTE

1. La vigencia de las normas deontológicas. Adaptación a los nuevos tiempos sin perder los valores. El profesionalismo médico

2. La regeneración de la sociedad civil

La relación médico-paciente-usuario-cliente tiene que seguir existiendo, y en momentos, como los actuales, de crisis social lo necesario es que se reafirme sobre los valores de siempre, pero con nuevos postulados.

1. La vigencia de las normas deontológicas. Adaptación a los nuevos tiempos sin perder los valores. El profesionalismo médico.

Hemos hablado ya en otros apartados de los valores de la profesión médica. Ya vimos como el Estado concedió a los médicos su propia autorregulación, a través de Los Colegios Profesionales. La autorregulación incluía determinar qué debía saber un médico, cómo elegirlos, donde y como adquirir la formación, como ejercer la profesión, donde estaban los límites en la experimentación y propuestas novedosas, etc., Pero por encima de todo esto, los Colegios seguían manteniendo la obligación de jurar las normas

deontológicas contenidas en el Juramento hipocrático y en los Códigos de Ética médica que se fueron instaurando. Desde los Colegios se mantuvo vivo el deber de realizar los actos médicos con el mayor nivel de exigencia personal y de actuar siempre en beneficio del enfermo. En sus foros se fomentó la discusión científica, la difusión de los nuevos conocimientos, la crítica y el rechazo a lo especulativo, también con las miras puestas en el progreso de la medicina y en el beneficio de los enfermos. Ya vimos como en España, desde 1948, se plasmaron por escrito las primeras normas deontológicas. Eran benefactoras y paternalistas, pero respetuosas con la dignidad de los enfermos; el año 1949 el Colegio de Barcelona introduce la autonomía del paciente en cuanto a su derecho a recibir información y dar su consentimiento a las actuaciones médicas; el Código de 1978 se seguía manteniendo la posibilidad de que a criterio médico se pudiera ocultar un diagnóstico grave si iba a ser perjudicial para el enfermo. Ya en los Códigos de 1990 y 1999, se introduce la referencia al derecho a la información y a dar el consentimiento, lo cual era acorde con la ley 15/1986 General de sanidad, ya promulgada; los artículos deontológicos, respetuosos con la ley, introducen más precauciones en los casos de diagnósticos y pronósticos graves, aludiendo a la delicadeza, circunspección y oportunidad con que hay que transmitir esta información. En definitiva, se llamaba a personalizar cada caso: valorar fortaleza moral del paciente, apoyos familiares, etc., para, que sin privarlo de su derecho a disponer de su tiempo, hacerlo de la forma más favorable en todos los sentidos.

Ya en tiempos más modernos, las funciones colegiales se han ampliado a extremos como la defensa de la independencia de la profesión frente al poder político; la colaboración en el cumplimiento del deber de la formación continuada y, en relación con esto, el control de la actualización de los conocimientos y capacidad del profesional mediante la acreditación periódica; la necesidad de controlar formas de aseguramiento de responsabilidad civil, frente a las demandas, y otras prestaciones de tipo social siguen siendo importantes. Pero junto a la adaptación a los nuevos tiempos, en el primer plano de los objetivos colegiales siguen estando los deberes de los médicos para con sus pacientes, de los médicos entre sí y con otros profesionales, etc., expresados en las normas contenidas en el Código de Deontología Médica.

Precisamente, en el mes de julio de 2011 en el seno de la Organización Médica Colegial se acaba de aprobar el nuevo Código de Deontología Médica, en cuya elaboración he participado como uno de los once miembros de la Comisión Central de Deontología, encargada de la elaboración de dicho Código, honor que también ha tenido el profesor Enrique Villanueva, miembro también de nuestra Universidad.

Este Código, quiere ser el referente ético-deontológico de todos los médicos españoles, respecto a su compromiso con la sociedad, por eso acepta la realidad social de nuestro país y su pluralismo. Es respetuoso con las disposiciones legales.

Ha adaptado su contenido a los problemas médico-científico-éticos actuales, proponiendo pautas deontológicas de conducta prácticas... A los capítulos clásicos, cuyo contenido ha renovado, ha agregado otros nuevos sobre cuestiones reales y universales a la práctica médica de hoy. Así, Capítulo I. Definición y ámbito de aplicación. Capítulo II. Principios generales. Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes. Capítulo IV. Calidad de la atención médica. Capítulo V. Secreto profesional del médico. Capítulo VI. Objeción de conciencia. Capítulo VII. Atención médica al final de la vida. Capítulo VIII. Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios. Capítulo IX. Relaciones con la Corporación Médica Colegial. Capítulo X. Trabajo en las instituciones sanitarias. Capítulo XI. Trasplante de órganos. Capítulo XII. Reproducción humana. Capítulo XIII. Pruebas genéticas. Capítulo XIV. Investigación médica sobre el ser humano. Capítulo XV. Tortura y vejación de la persona. Capítulo XVI. Dopaje deportivo. Capítulo XVII. Médicos peritos. Capítulo XVIII. Docencia médica. Capítulo XIX. Publicaciones profesionales. Capítulo XX. Publicidad médica. Capítulo XXI. Economía y honorarios. Disposición Adicional. Disposiciones Finales.

Por primera vez, aparece el derecho a la objeción de conciencia, derecho individual ante actos y situaciones concretas, esclarece como la objeción de conciencia, es personal y surge del ethos más profundo de la persona; es absolutamente respetable, y se aplica a actuaciones objetivas, necesarias y directas, respecto a la acción objetada. Otro tema nuevo es la atención médica al final de la vida;

el médico debe seguir al lado del enfermo, aun cuando la ciencia ya no puede modificar el curso de la enfermedad; sin embargo la dignidad de la persona requiere en esa etapa de la vida los cuidados paliativos que eviten el dolor y un sufrimiento inútil; el tratamiento de los síntomas, sigue siendo un tema médico, aunque este tratamiento a las dosis adecuadas al tratamiento de los síntomas (dolor, disnea...) pueda adelantar el momento de la muerte, fin que no se persigue en sí mismo. Los temas de reproducción humana, pruebas genéticas y consejo genético, la investigación médica con seres humanos o la tortura, se tratan desde el máximo respeto a la vida y a la persona, y desde el respeto a la autonomía de las personas protagonistas del problema. Actividades profesionales específicas como la pericial, merecen consideración, ya que el usuario no busca la medicina para su curación, sino como medio de valoración y con fines judiciales. La intervención médica en el dopaje deportivo se censura severamente y se implica al médico en la educación en hábitos saludables y la grandeza del deporte honesto. La publicidad médica, tema controvertido, al estar muy relacionado con el cambio médico hacia un servicio a usuarios y clientes, para los que una publicidad verdadera y honesta será referencia de seguridad.

El capítulo nuclear, las relaciones del médico con sus pacientes, ya que además de incluir la calidad de la asistencia médica, se detallan los aspectos fundamentales de los derechos de los pacientes, la información, el consentimiento, los problemas de la edad, de la incapacidad permanente o transitoria de algunos pacientes para consentir, etc.

El nuevo Código contiene todos los valores clásicos de la beneficencia médica, actuar siempre en beneficio del paciente, pero con absoluto respeto a la autonomía y la justicia, estableciendo la oportuna jerarquía que sitúa a la autonomía del paciente por encima de la beneficencia del médico. No se olvida que en situaciones críticas, el médico tendrá que ser garante del paciente que por enfermedad mental, minoría de edad, etc., esté a merced de quienes no sienten el deber moral de la protección y el beneficio del otro por encima del propio.

La actual Organización Médica Colegial está defendiendo a ultranza la colegiación obligatoria, no como privilegio corporativista, sino como compromiso social de los médicos españoles hacia sus pacientes y usuarios. El médico del siglo XXI no puede olvidar que todo acto médico obliga al profesional que lo ejerce, a realizar el necesario juicio clínico, pero también un juicio legal, un juicio ético y un juicio económico, para cumplir, también con el deber del máximo aprovechamiento de los recursos disponibles, para que lleguen a todos según la importancia de su necesidad. Estos son valores que sirven de cimiento a la confianza, imprescindible para una relación eficaz y con sentido. Como dice Rodríguez Sendín (2010) “... para realizar una atención sanitaria de calidad cada médico/a que ejerce en España, no solo debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios en el máximo grado posible sino que además debe comprometerse con un conjunto de valores, manifestar una serie de actitudes y mantener unas conductas que tomadas en su conjunto son denominadas por la comunidad científica internacional: profesionalismo médico”.

Desde estos valores, el médico está más preparado que nunca para aceptar una asistencia sanitaria comprometida y difícil, en tiempos en los que los recursos han disminuido, mientras que las necesidades han aumentado. En tiempos, en los que la tecnología absolutamente avanzada obliga a una diaria actualización y aprendizaje de nuevas técnicas y manejo de nuevos aparatos, en tiempos en los que la administración dispone las condiciones en las que hay que realizar el trabajo diario, y en tiempos en los que el paciente o usuario es una persona que merece explicaciones razonadas y razonables sobre su estado de salud, debiendo quedar satisfecho de la información que le permita autorizar la actuación médica.

En estas circunstancias, los valores del médico se deben hacer virtud, y cada uno de sus actos, además de la calidad científica genérica, debe hacerse personal y a medida del paciente al que atiende, a su situación médica, pero también a la personal, a la familiar y social. Este deber de reflexión era la que llevaba a Galeno a decir que “*el mejor médico es también filósofo*”; hoy tendríamos que decir que el mejor médico debe ser, también, un humanista, un profesional preocupado por el ser humano que hay detrás de cada paciente-usuario o cliente.

En el siglo XXI, cuando las leyes son tan exigentes y exhaustivas respecto a los derechos de los pacientes, es la personalización lo que engrandece y mejora la calidad asistencial que, muchas veces depende más de lo humano que de lo técnico. Ese es el espíritu del médico del siglo XXI, en condiciones de superar los conflictos comentados

derivados de actitudes sociales generalizadas, más exigentes, menos educadas y más violentas que las de otros tiempos. Consideramos que eso no puede influir en la relación médico-paciente-usuario-cliente que, en cauces nuevos de respeto a la autonomía, mantendrá e incrementará la confianza y será referente de comportamiento social.

2. La regeneración de la sociedad civil

Los médicos y los profesionales sanitarios formamos parte de la sociedad, a ellos y a los valores que deben adornarles nos hemos referido hasta aquí.

Pero en el binomio Médico/paciente-usuario-cliente, también esta segunda parte es sociedad, y toca ahora hablar de cual es el esfuerzo que corresponde a esta parte del binomio para que la recuperación-engrandecimiento de la relación médico-paciente alcance el nivel de dignidad que merece, para su mayor eficacia y cumplimiento de sus fines al nivel de excelencia deseado por todos.

Antes de la transición, la sociedad española estaba acosumbrada a un código moral único, rígido y cerrado, aunque progresivamente tolerante, pero sin estímulo a la libertad de pensamiento, la crítica y la abierta discrepancia. El artículo 16 de la Constitución vino a garantizar la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades, lo cual daba paso a un pluralismo auténtico y profundo.

Adela Cortina, analiza este aspecto y en escritos suyos de finales de los años 80, llegaba a la conclusión de que

el pluralismo español era meramente estratégico y táctico, más ficticio que real. Según esta filósofa, en España se ha aceptado de forma masiva una moral utilitarista de medios y fines que se apoya en una racionalidad meramente estratégica e instrumental.

La sociedad española ha ido incorporando un progresivo aumento de leyes y normas que regulan todos los aspectos de la vida social, lo que ha llevado a creer que la moral (como exigencia personal de calidad de sentimientos y comportamientos) queda relegada al ámbito de lo privado. Se piensa que las normas de la vida pública debe darlas el derecho y son patrimonio del derecho. Esto se reafirma por el gran poder y la omnipresencia del Estado en todos los aspectos de nuestra vida, ya que todos los espacios de la vida pública tienen su regulación legal. A esto no se escapa la relación médico-paciente-usuario, ya hemos expuesto la profusión de normas y su extensión.

Esta presencia del aparato legislativo ha hecho creer a gran parte de la sociedad que todo lo que hay que cumplir está legislado, y por tanto la moral, que antes estaba impuesta en normas religiosas, ahora ha pasado a leyes civiles. La consecuencia es pensar que lo que no está en esas leyes no es preciso hacerlo; es como si las leyes, a fuerza de ocuparse de todos los aspectos de la vida de las personas, hubieran sustituido a la moral y ya no fuera necesaria la reflexión ética, la exigencia personal de ir más allá de lo que el propio derecho exige. Se ha perdido la perspectiva de que las exigencias legales son expresión de mínimos, mientras que las exigencias morales deben ser exigencias

de máximos, consustanciales a la naturaleza humana y a un deseo de perfección y trascendencia. A este respecto dice Adela Cortina *"lo moral, abarca, ciertamente, el terreno de las normas de la moral civil, pero estas tienden -no lo olvidemos- a ser positivizadas y a convertirse en derecho. Así se va constituyendo poco a poco, ese cuerpo de normas acordadas, ese mínimo de leyes consensuadas, plasmadas en normas positivas, que constituyen las reglas del juego de la vida ciudadana. Pero los proyectos morales, las concepciones del hombre son propuestas de máximos...que afectan a todas las facetas de la vida"*.

Sin embargo, la experiencia demuestra que cuando no funciona bien la moral de máximos, tampoco funciona bien la moral de mínimos; lo cual significa que si hemos perdido la autoexigencia en lo moral, también hemos relajado las exigencias legales y de comportamiento social.

Actualmente, occidente ofrece unos Estados poderosos en los que la profusión de normas se ha generalizado, al tiempo que, cuando todo está más controlado, se nos hace creer que disfrutamos del mayor grado de libertad de la historia. Hoy el auténtico desarrollo personal y profesional está coartado por cuestiones políticas, económicas y sociales; el futuro pocas veces depende de ti mismo, y esta cuestión desorienta y desmoraliza, llevando a un estado de tensión que, en el caso de los jóvenes puede acabar en violencia.

A esto también ha contribuido la evolución educativa de los últimos 30 años. Factores de distinto peso en el re-

sultado actual son el hecho de que las familias hayan delegado, al menos parte, de su responsabilidad educativa en los centros escolares, donde los menores pasan gran parte de su tiempo. Por otro lado, a los maestros y profesores se les despojó de autoridad y, por tanto de responsabilidad educativa, limitando su trabajo a la información e instrucción académica, pero no a la formación de sus discípulos-alumnos-estudiantes. Las exigencias académicas han disminuido progresivamente, perdiendo sentido valores como el esfuerzo, el valor del trabajo, la disciplina, con la mirada puesta en la recompensa que el ejercicio de estos valores llevaba en sí mismos.

Nuestras generaciones de jóvenes se han encontrado en medio de una sociedad que fruto de unos esfuerzos previos disfrutó de bonanza económica, pero que hurtó a sus hijos pasar por sus penalidades y carencias, permitiéndolos disfrutar del bienestar familiar, pero sin articular un mundo de oportunidades en el que cada joven pudiera encontrarse su propio espacio.

Es urgente e importante la recuperación de los valores que den sentido a la vida de las personas. Aprovechar los recursos que se ponen a disposición del proyecto educativo, la fe en uno mismo y en sus posibilidades como persona, la posibilidad de compartir con otros medios materiales, pero sobre todo preocupaciones, ilusiones y proyectos que alejen el vacío y el sentimiento de soledad y aislamiento, fomentar el encuentro personal en los sentimientos y afectos. Buscar las aptitudes propias y desarrollarlas en el aprendizaje de un oficio, una profesión que permita la con-

tribución social y la propia supervivencia, disfrutar con lo que se es y lo que se hace; la ilusión de que hay un futuro para sí mismo y su entorno.

Esta regeneración influiría en la relación médico-paciente-usuario, porque esta relación necesita por parte del paciente y usuario una actitud de confianza, de respeto y de responsabilidad en el acceso y uso de las prestaciones sanitarias. Solicitar solo lo que se necesita y aprovechar lo que se recibe. Es preciso aceptar una visión real sobre la limitación de los recursos y la necesidad de jerarquizar, desde la justicia cuales deben llegar a todos y a cuales hay que acceder a través de una contribución particular. Esto que será necesario, en un futuro no lejano, será en la relación asistencial otro reto en el que el médico tendrá una función educativa para el paciente y usuario. Desde el Estado, en el momento actual se tiene una gran responsabilidad social, ya que es preciso que los ciudadanos recibamos mensajes no oídos antes, o incluso contrarios a los ya recibidos, la economía debe centrarse en el ser humano, no en los beneficios, la educación debe llegar a todos los pueblos, así como la sanidad. Es importante un mensaje alentador sobre la valía de la propia persona como pieza básica e imprescindible en un proceso en el que la convivencia en igualdad, la ausencia de violencia, la austeridad, el esfuerzo diario y una mirada a la espiritualidad y la trascendencia, son buenos indicadores del camino.

El profesor Vargas Llosa, en su nombramiento como Doctor Honoris Causa por la Universidad de Granada, a propuesta de la Facultad de Medicina hizo un excelente

Discurso al que tituló “Breve discurso sobre la cultura”, (quizá nunca antes se cumplió, tan bien, aquello de que “lo breve si bueno, dos veces bueno”). En el mismo diferenció la cultura de las ciencias y las técnicas, considerando (entre otras cosas) que las ciencias y las técnicas han ido hacia la especialización, generando la figura del especialista; éste ve y va lejos en su dominio particular, pero no sabe lo que ocurre en sus costados y no se distrae en averiguar los estropicios que podría causar con sus logros en otros ámbitos de la existencia, ajenos al suyo (el ser unidimensional de Marcuse). En sus palabras, la especialización, en lugar de conectar aísla.

El progreso científico y técnico es imparable. Las ciencias progresan aniquilando lo viejo, el pasado para ellas es un mundo de cosas muertas, superadas por los descubrimientos en invenciones nuevas.

Por su parte la cultura (a través de las élites cultas) es el pegamento y conexión entre las ciencias, las letras, las técnicas y las artes. Con independencia de que su influencia fuera religiosa o laica, estaba cargada de moral, de modo que el progreso intelectual y artístico no se aparta de una finalidad humana, lo que garantiza mejores oportunidades materiales de vida, enriquecimiento moral, disminución de la violencia, de la injusticia, la explotación, el hambre, la ignorancia y la enfermedad.

Al contrario que las ciencias, las letras y las artes se renuevan sin destruir lo viejo, no aniquilan su pasado, construyen sobre él, se alimentan de él. La obra literaria y

artística que alcanza cierto grado de excelencia no muere, con el paso del tiempo; por eso constituyen el espacio en el que los seres humanos pueden comunicarse aunque hablen distintas lenguas.

Esta lectura de Vargas Llosa, me ha llevado a pensar que la relación médico-paciente, clásica y actual tiene mucho de ciencia y de técnica, pero también mucho de cultura, de arte, de letras.

El ejercicio médico y la relación médico-paciente, a través de la historia ha incorporado los avances científicos y técnicos para combatir las enfermedades, pero no ha olvidado, lo que de arte y de cultura hay en la relación, la necesidad de hacer de cada acto médico una creación, una obra nueva, personal, distinta, rica en sentimientos y emociones.

Esta es nuestra propuesta, que el acto médico, que esa relación médico-paciente continuada, eterna, al margen de otras circunstancias sociales, siga siendo lo que siempre fue, un encuentro que podría equipararse a una obra artística. Que siga siendo diálogo de la razón y del corazón, buscando siempre el encuentro, diálogo poético, como el que Antonio Machado nos regala en sus versos (Parábolas, VII):

“Dice la razón: Busquemos

La verdad.

Y el corazón: Vanidad.

La verdad ya la tenemos.

La razón: ¡Ay, quién alcanza

la verdad!

El corazón: Vanidad. La verdad es la esperanza.

Dice la razón: tu mientes.

Y contesta el corazón:

Quien mientes eres tu, razón, que dices lo que no sientes.

La razón: Jamás podremos

Entendernos, corazón.

El corazón: lo veremos”

BIBLIOGRAFÍA

1. Abascal Ruíz, J.A. La colegiación necesaria o la Navaja de Ocklam (Libertad, Ética, Estética, Juicio, Prejuicio y Conocimiento). Centro de Estudios y Desarrollos Sanitarios de Zaragoza. Zaragoza, 2010.
2. Actas de las 1ª Jornadas Nacionales sobre “Los derechos del Enfermo”, organizador: A. Luna Maldonado. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia, 1987.
3. Angel Yagüez, de, R.; Castellano Arroyo, Mª. La Responsabilidad Médica en España. En: Professional Medical Responsibility in Europe. Internacional Workshop. Roma, 2011 (en prensa).
4. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Editorial Gredos S.A. 1986
5. Beauvoir, S. Una muerte muy dulce. Ediciones Gallimard, 1964
- Concheiro Carro, L. De las relaciones entre la Medicina y el Derecho. Discurso inaugural de la solemne apertura de Curso académico 2010-2011. Universidad de Santiago de Compostela.
6. Cortina A. Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica. Madrid, Ed. Tecnos, 1986.
7. Derobert, L. Droit médical. Deontologie médicale. Ed. Flammarion. París, 1974
8. Drug E.G.; Dahlberg L.L.; Mercy J.A.; Zwi A.B. y Lozano R. (2002). World Report on Violence and Health. Geneva. World Health Organisation.
9. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Práctica Forense, 1ª edición. Editorial Saber. Valencia, 1957
10. Gisbert Calabuig, J.A. Tratado de Medicina Legal, 3 tomos, Editorial Saber. Valencia, 1962.

11. Gisbert Calabuig, J.A. Tratado de Medicina Legal, 3 tomos, 2ª edición. Editorial Saber. Valencia, 1967.
12. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. Editorial Saber. Valencia 1977.
13. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. 2ª edición. Editorial Saber. Valencia 1983.
14. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología, 4ª ed. Ed. Salvat. Barcelona 1991.
15. Gisbert Calabuig, J.A. y Castellano Arroyo, Mª. El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. E.:J.A. Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 5ª edición. Masson S.A. Barcelona, 1991.
16. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. 5ª edición. Masson S.A. Barcelona, 1997
17. Gisbert Calabuig J.A. Medicina Legal y Toxicología. Ed. E. Villanueva. Masson, 6ª ed. Barcelona, 2004
18. Gracia, D. Fundamentos de Bioética. Eudema S.A. Ediciones de la Universidad Complutense. Madrid, 1989
19. Heidegger, M. El Ser y el tiempo. Fondo de cultura económica, México 1967
20. Hernández González. E. Tesis Universidad de Granada, 2010.
21. Hipócrates. Corpus Hipocraticum
22. Informe Belmont. Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. Departamento de Salud, Educación y Bienestar. EEUU. 1978
23. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. 2ª edición. Alianza editorial. Madrid, 1983
24. López Gómez, L. y Gisbert Calabuig, J.A. Tratado de Medicina Legal, 3 tomos, 2ª ed. Editorial Saber. Valencia. 1967.
25. López Gómez, L. y Gisbert Calabuig, J.A. Tratado de Medicina Legal, 3ª ed. Editorial Saber. Valencia. 1970.
26. López Piñero, J.M. La Medicina en la Historia. La esfera de los libros. Madrid. 2002.
27. Luna Maldonado, A. y Osuna Carrillo de Albornoz, E. Los derechos del enfermo. En: Gisbert Calabuig, J.A.. Medicina Legal y Toxicología, 5ª edición. Masson S.A. Barcelona, 1997.
28. Martínez Jarreta, B.; Gascó, S.; Santed, M.A.; Goicoechea, J. Análisis medico-legal de las agresiones profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Med. Clin. (Barcelona), 2009; 128 (8): 307-10.
29. Martínez Zaporta E.; Fernández Delgado R. (2008). Las agresiones al personal sanitario: propuesta para una reforma penal. Derecho y Salud 16/2. 217-241
30. Melendo. T. "J. Locke: ensayo sobre el entendimiento humano". Magisterio español. Madrid, 1978
31. Moreno Jiménez M.A.; Vico Ramírez F.; Zerolo Andrey F.J.; López Rodríguez A.; Herrera Serenab P. y Mateios Salido M.J. (2005). Análisis de la violencia del paciente del paciente en atención primaria. Aten. Primaria 36/3:152-8.
32. Perçival T. Medical Ethic. 1803
33. Pernick, M.S. The patient's Role in medical decision-making: A social history of Informed Consent in Medical Therapy. En President's Comisión for the Study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Making Health care Decisions: The Ethical and legal implications of Informed Consent in the patient-practitioner relationship. Vol 3, Washington, U.S. Government Printing, 1982.

34. Piga Pascual, A.; Águila Collantes, J. y Aznar, B. Manual Teórico-práctico de Medicina Forense. Instituto Reus. Centro de Enseñanzas y Publicaciones. Madrid, 1935.
35. Principios Europeos de Ética Médica. Conferencia Internacional de Órdenes Médicas. Madrid, 1987.
36. Rodríguez Sendín, J.J.. En: Profesión médica. Profesional médico. Profesionalismo médico. Organización Médica Colegial (OMC). Madrid, 2010. Rojas, N. Medicina Legal. Ed.: 11. El Ateneo. Buenos Aires, 1976.
37. Romeo Casabona, C. y Castellano Arroyo, M^a. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. Derecho y Salud, vol. 1, Julio-Diciembre 1993.
38. Royo Villanova, R. Cirugía estética. Editorial Ariel. Barcelona, 1958.
39. Sobradillo, A. Dos Códigos de Deontología Médica. Revista Española de Derecho Canónico, 3. 1948, pp 743-764
40. Suarez, F. Disputationes metaphysicae (1595)
41. Vargas Llosa. Breve discurso sobre la cultura. Discurso pronunciado en el Acto de Investidura de Doctor Honoris Causa por la Universidad de Granada. Universidad de Granada, 2009.
42. Villanueva Cañadas, E. El consentimiento en los estados límite. En Luna Maldonado, A. (dir.): El derecho en las fronteras de la medicina. Publicaciones de la Universidad de Córdoba. Córdoba 1985.
43. Villanueva Cañadas, E. El Consentimiento. En: Gisbert Calabuig J.A. Medicina Legal y Toxicología, 5ª edición. Masson S.A. Barcelona, 1997.
44. Weber, M. El político y el científico, 2ª edición, Alianza editorial. Madrid, 1969.