

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona
Provincia de San Rafael

Año 52. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 2000
Número 255. Volumen XXXII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN Y REDACCIÓN

Curia Provincial

Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

<http://www.ohsjd.es>

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

Editorial

**FUNDAMENTOS HUMANISTAS
DE LA MEDICINA** 3

**MEDICINA
COMO ARTE Y CIENCIA HUMANA** 6

**LA ÉTICA MÉDICA
EN SU PERSPECTIVA HISTÓRICA.
SIGLO XIX** 18

**LA MEDICINA FRENTE
AL DESAFÍO
ANTROPOLÓGICO** 24

**SOBRE LA CLASIFICACIÓN
Y SOBRE LA HISTORIA
DE LA ÉTICA MÉDICA** 36

**ENSEÑANZA
DE LA ÉTICA MÉDICA
A LOS ESTUDIANTES
DE MEDICINA** 48

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.35

Fundamentos Humanistas de la Medicina

LABOR HOSPITALARIA atenta, desde sus orígenes, a los fundamentos humanistas de la medicina y de la praxis asistencial, recoge en este número algunos artículos y trabajos de investigación del profesor Dr. Dietrich von Engelhardt, un pensador muy conocido en los debates europeos e internacionales de bioética y de filosofía de la medicina, pero muy desconocido en el ámbito hispanoamericano, fundamentalmente porque el grueso de su producción escrita está elaborado en lengua alemana. Dietrich von Engelhardt es, en la actualidad, profesor universitario y dirige, desde el año 1983, el *Instituto de Historia de la Medicina y de las Ciencias Naturales* de la *Universidad de Lübeck*.

La génesis de la historia de la medicina y de la práctica terapéutica en occidente están profundamente emparentados con el humanismo griego. De hecho, Hipócrates, el padre de la medicina occidental, fue, además de médico, un filósofo y un teórico sobre el ser humano, es decir, un antropólogo. Lo mismo puede decirse, salvando las distancias, de Paracelso en el Renacimiento y de Arnau de Vilanova en nuestro contexto geográfico. A lo largo de la historia, la medicina se ha enriquecido del legado humanista de la tradición occidental y ello ha tenido influencia en el modo de concebir al ser humano y en la manera de comprender la relación entre el profesional y el paciente.

El humanismo occidental, sin embargo, no puede definirse como un todo uniforme y homogéneo, sino que se trata de un todo integrado, en sí mismo, por tres grandes tradiciones: la herencia grecoromana (Sócrates, Platón, Aristóteles), el universo judeocristiano, donde san Agustín y santo Tomás tienen un lugar predominante y la Ilustración francesa y germánica (Kant y Hegel).

Se puede afirmar, pues, que la medicina occidental tiene unas raíces profundamente humanistas. Sin embargo, en el último siglo, la práctica de la medicina en cuanto tal, ha perdido, en parte, este legado humanista y se ha configurado exclusivamente como si de una ciencia de la naturaleza tratara bajo el influjo del positivismo y del principio de verificación. Ello ha tenido graves consecuencias en el modo de comprender al hombre y de intervenir sobre el ser humano. Algunos reduccionismos y comprensiones unilaterales de la persona del paciente y de sus derechos elementales obedecen, en parte, a este desarraigo de la medicina de su fondo humanista que le es connatural. La despersonalización en las grandes instituciones sanitarias, la pérdida de confianza en el seno de la relación asistencial, la descomposición de la ética médica y otros factores de nuestra situación actual tienen mucho que ver con esta pérdida de humanismo de la medicina contemporánea.

Frente a este proceso, algunas figuras relevantes en el ámbito de la medicina y de la antropología médica han reivindicado, a lo largo de este siglo, la necesidad de arraigar, de nuevo, la medicina a sus orígenes humanistas y ello no sólo en el plano teórico, sino en el plano pedagógico y asistencial. Desde muchos enfoques antropológicos y desde distintas filosofías de la medicina, se ha considerado oportuno recuperar ese legado humanista de la medicina, su vinculación con las Ciencias del Espíritu, para decirlo con W. Dilthey, con la Antropología Filosófica y Cultural y con las Artes Liberales en general.

Al fin y al cabo, el profesional de la medicina no es sólo un científico, sino fundamentalmente un actor que interviene en el escenario social con una finalidad, atender y restaurar la salud de su paciente. En esta línea de recuperación del humanismo médico cabría señalar, a modo de ejemplo, la obra de E. D. Pellegrino en los EUA, la prolija investigación de Pedro Laín Entralgo en España y las aportaciones de Dietrich von Engelhardt en Alemania.

Dietrich von Engelhardt se ha ocupado, a lo largo de sus múltiples investigaciones, de la filosofía de la medicina, de la ética médica, de la relación entre la medicina y el arte y se ha referido particularmente al vínculo entre la ciencia y la medicina en la época del Idealismo alemán y del Romanticismo. Entre sus múltiples publicaciones, libros y artículos, cabe destacar *Kriminallität und Verlauf* (1978), *Historische Bewusstsein in der Naturwissenschaft* (1979), *Mit der Krankheit leben* (1986), entre muchas otras.

En este número de LABOR HOSPITALARIA recogemos algunas de sus investigaciones de carácter histórico y de carácter antropológico. Presentamos una selección de sus artículos inéditos todavía en lengua española y que han aparecido en otras revistas y anuarios

de investigación. Desde un punto de vista global, puede caracterizarse el pensamiento y la labor intelectual de este profesor a partir de los siguientes rasgos:

En primer lugar, debe destacarse su profundo conocimiento de la historia de la medicina y de la interpretación cultural de determinadas enfermedades humanas. Como pone de relieve este autor, la enfermedad no sólo es una alteración del organismo, sino que tiene connotaciones de carácter social, psicológico y espiritual. En cada contexto y en cada momento histórico, determinadas enfermedades tienen una clave de lectura cultural y nuestro autor trata de investigar el porqué y su razón de ser.

En segundo lugar, Dietrich von Engelhardt defiende la necesidad de articular una ética médica a la altura de nuestro tiempo e íntimamente relacionada con los grandes problemas y desafíos que plantea la irrupción de las biotecnologías en la práctica de la medicina en la actualidad.

Desde su punto de vista, que también comparte desde otro contexto geográfico E. D. Pellegrino, la ética médica forma parte intrínseca de la medicina y no una disciplina paralela elaborada de un modo extrínseco.

En tercer lugar, nuestro autor analiza, con hondura, los fundamentos epistemológicos de la medicina, es decir, su razón de ser, su lugar en el conjunto de las ciencias, su metodología y sus finalidades fundamentales.

Relaciona estrechamente, como Hipócrates, la medicina con el arte y considera que, ante todo, la medicina es una praxis, una actividad al servicio del bien de la persona integralmente considerada.

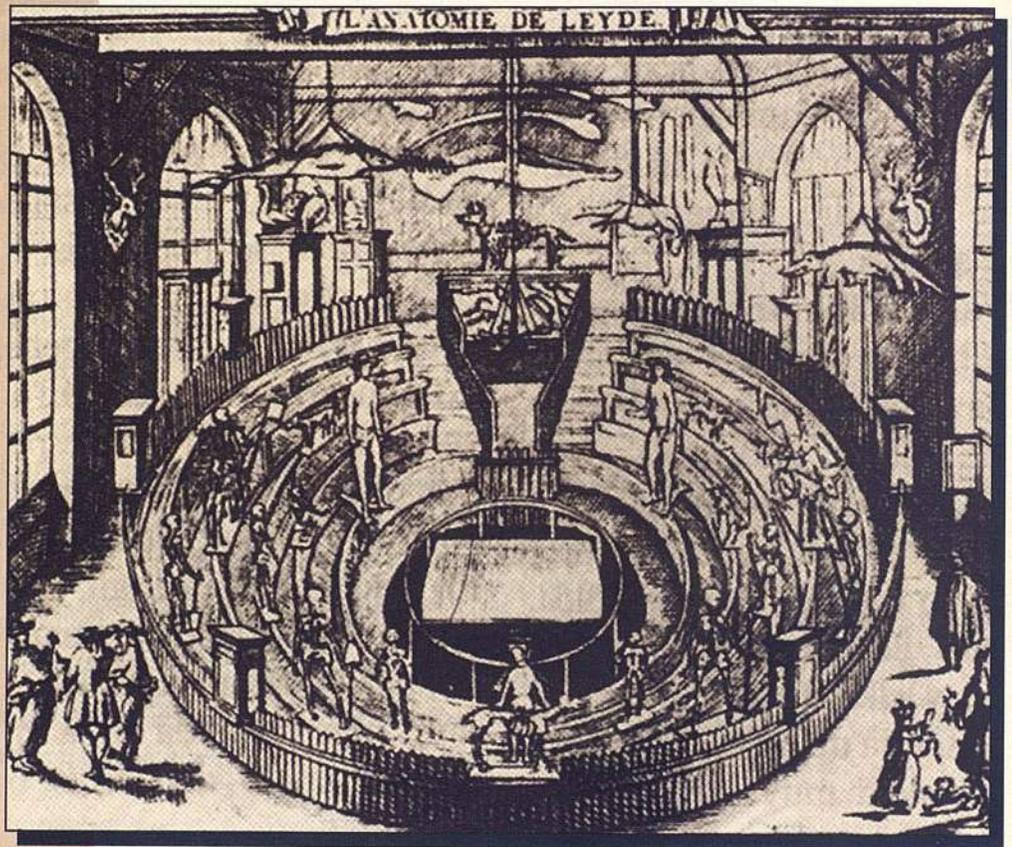
El aspecto científico que, por otro lado, no puede negarse en la medicina, no es el fin de la misma, sino que el cuerpo científico está al servicio de una práctica cuyo centro de gravedad es la persona enferma.

Por todo ello, consideramos importante la tarea de difundir y de dar a conocer un pensador y una obra que recupera el fondo humanístico de la práctica médica y que puede ayudar a los profesionales de la salud, no sólo a los médicos, sino a todos los agentes que intervienen en el mundo sanitario, a recuperar el eminente valor que tiene la tarea de cuidar y de curar y las raíces profundamente humanistas de esta actividad humana.

LH

Medicina como Arte y Ciencia Humana

DIETRICH
VON ENGELHARDT



La discusión sobre Medicina Moderna debe extenderse mucho más allá del ámbito inmediato de la medicina, hasta alcanzar los múltiples caracteres de la naturaleza humana.

UN RECONOCIMIENTO HISTÓRICO

La secularización del Renacimiento no ha dado sólo empuje al proceso de separación de las ciencias empíricas de la Teología y de la Filosofía, sino que ha conducido contemporáneamente a las ciencias de la naturaleza a la autonomía en relación a la medicina. Investigadores naturales y médicos del Renacimiento continuaban, no obstante, poseyendo una cultura completa, daban lecciones de filosofía, escribían poesías, conocían bien la historia y también la historia de la propia disciplina.

El conflicto entre las diversas ciencias (la «discusión de las artes» del Renacimiento italiano) comenzó ya en los inicios de la era moderna. Avergonzándose de su entusiasmo por la naturaleza, un día de abril del año 1336 Petrarca, en la cima del monte Ventoso en Provenza, recordaba las palabras de advertencia del padre de la Iglesia Agustín: «Y admirarán los hombres las altas cimas de los montes y las grandes olas del mar y los vastísimos cursos de los ríos y la inmensa extensión del océano y el curso de las estrellas, y no tendrán cuidado de si mismos».

Con el Iluminismo, se reforzó la tendencia de la era moderna hacia la especialización y la diferenciación. Contemporáneamente se sobreentendía la responsabilidad social del científico, de las ciencias naturales y de la medicina se esperaban reformas sociales. Detalle, estadística y empirismo caracterizaron el progreso de las ciencias. Se fundaron academias de ciencias naturales y de medicina, surgieron las primeras revistas especializadas, las enciclopedias reproducían la naturaleza en orden alfabético y no en sus conexiones reales.

Entre los investigadores de la naturaleza y los estudiosos de medicina disminuyó progresivamente el interés por los contextos de orden superior y los fundamentos tanto históricos como teóricos. En el seno de la universidad a un simple profesor se le continuaba, ciertamente, preguntándole sobre diferentes disciplinas desde el punto de vista de la enseñanza y de la investigación; además, la estructura universitaria medieval —facultad de las artes de formación general frente por frente a la facultad de teología, jurisprudencia y medicina— fue abandonada poco a poco. En *La disputa de la facultad* (1789) Kant trataba sobre la independencia y la cooperación entre las ciencias y sobre su diversa dependencia del Estado.

La época del Romanticismo y del Idealismo se opuso aún una vez a esta tendencia reductora de la época

moderna en una medida tan imponente como con escaso éxito. La unidad de naturaleza y cultura, empirismo y metafísica, de individuo y sociedad, de pasado, presente y futuro debería llegar a ser nuevamente determinante para las ciencias, las artes y la vida. Lorenz Oken, fundador de la importante *Sociedad de naturalistas y médicos alemanes* aún hoy existente, estaba profundamente convencido de la unidad de todas las ciencias: «Cuando se da algo por cierto, puede ser sólo una certeza; por lo tanto la ciencia puede ser solamente una» (1809).

Muchos naturalistas y médicos siguieron este movimiento y se implicaron a favor de la unión de todas las disciplinas llegando a las ciencias naturales y médicas. La filosofía, las ciencias del espíritu, como también la literatura y las artes, no sólo eran familiares para estos naturalistas y médicos, sino que las practicaban ellos mismos. Particular importancia adquirió la idea de la responsabilidad del hombre frente a la naturaleza, la finalidad común de naturaleza y cultura. En los institutos superiores y también en los estudios de la medicina debía constituirse la unidad de la enseñanza y de la investigación. El sentido originario de la universidad como unidad de docentes y discípulos («*universitas magistrorum et discipulorum*» de la Edad Media) se transformó en universidad como unidad de todas las ciencias («*universitas litterarum*»).

El Positivismo del siglo XIX ignoró el Romanticismo y el Idealismo, prosiguiendo con vigor el proceso de especialización del Iluminismo.

La limpia separación entre ciencias naturales y ciencias del espíritu, hoy corriente, es un resultado de este siglo, que fue también definido «siglo de las ciencias naturales». Charles Darwin constataba, irritado consigo mismo, un profundo cambio: «Ya desde hace mucho tiempo no soporto más leer una línea de un texto poético». El grande fisiólogo Emile Du Bois-Reymond contrataba a la cultura humanística: «¡Secciones cónicas! Basta con los textos griegos». Wilhem Ostwald consideraba a los humanistas como pesimistas, y a los científicos al contrario, optimistas por naturaleza.

La absolutividad de la perspectiva de las ciencias naturales en la medicina, a la que se deben tanto los resultados alcanzados en el campo del alargamiento de la existencia como también la mejora de la calidad de vida, ya hacia el final del siglo XIX encuentra entre los médicos escepticismo y rechazo. El clínico Bernhard Naunyn (1905, pp. 185-96; 343-55) concluye su afirmación programática: «La medicina será una ciencia o no será nada» con la afirmación también

fundamental de que la medicina es terapia: «aquí la humanidad y la piedad ponen límites angostos».

La discusión sobre medicina moderna se extiende mucho más allá del ámbito inmediato de la medicina. Su atención se vuelve a la actitud general dominante en la confrontación del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte. Encuentra su fundamento en el malestar derivado de la habitual separación entre materia y consciencia o bien entre cuerpo y alma. A la crítica en la confrontación del papel de las ciencias naturales y de la técnica médica corresponde la exigencia de una mayor autonomía del paciente, de una mayor humanidad en la relación entre médico y paciente, de un más estrecho ligamen entre el mundo externo y de hospital. En este contexto se sitúa la reflexión sobre la *medicina como arte y ciencia humana*.

EXPERIENCIA. CONCEPTOS. TEORÍAS

La medicina es ciencia y praxis, es investigación empírica con los instrumentos de la observación y de la experimentación, es explicación de los fenómenos, constitución de ley y teoría, es diagnóstico y terapia, prevención y rehabilitación. La experiencia en el campo médico se refiere al estado de salud y de enfermedad del hombre, a las causas de la enfermedad y a sus formas de manifestación, a las posibilidades de la terapia, a la relación entre médico y paciente. Tanto en el campo teórico como en el práctico a la medicina se le añaden problemáticas de naturaleza ética. Substancialmente se trata de la unión con las artes, la filosofía y la teología.

Los deberes terapéuticos de la medicina comportan diferentes características y especificidades sea en relación a las ciencias naturales o en relación a las ciencias del espíritu. Ulteriores diferencias emergen de la multiplicidad de las disciplinas médicas. El médico y filósofo Karl Jaspers, por ejemplo, sostenía que para la psiquiatría era necesario el dualismo metodológico de *explicación* propia de las ciencias naturales y de *comprensión* propia de las ciencias del espíritu. (K. Jaspers, 1913).

Observaciones y experimentos constituyen los métodos de la experiencia médica, y se utilizan tanto en las ramas fundamentales de la medicina como la anatomía y la fisiología, como en las disciplinas teóricas y en las disciplinas clínicas. La experiencia clínica no es idéntica a la experiencia anatómica o fisiológica en los animales, la experiencia

en los cadáveres se diferencia a su vez de aquella de los seres vivos; cada campo de investigación posee sus específicos problemas teóricos como también específicos problemas éticos. Los aparatos y los instrumentos médicos son sólo experiencia indirecta, restituyen solamente aquello que están en grado de anotar de los fenómenos. En medicina las descripciones son por esto a menudo descripciones de descripciones.

LA ENFERMEDAD COMO PLURIVERSO

Los conceptos centrales de la medicina, salud y enfermedad, se refieren a naturaleza y cultura, representan conceptos descriptivos y al mismo tiempo normativos. Fundamentales son las repercusiones de las respectivas concesiones de salud y enfermedad sobre la diagnosis y la terapia, sobre la presa de posición y sobre el comportamiento del médico, sobre la relación del enfermo con su enfermedad como también sobre las reacciones sociales. También por lo que respecta a los conceptos de salud y enfermedad la medicina se revela como *ciencia y arte*.

La enfermedad es fundamentalmente un fenómeno físico, psíquico, social y espiritual. La naturaleza biológica de la enfermedad no puede ser relativizada como dato de hecho objetivo; la medicina no se deja sustituir por la psicología o por la sociología, por la filosofía o por la teología, aún poniéndose contemporáneamente en estrecha relación con estas disciplinas y sus realidades.

En cuanto al fenómeno físico la enfermedad es una modificación del cuerpo con la consecuencia de una incapacidad del organismo de compendiar las anomalías anatómico-fisiológicas que amenazan su autoconservación. En línea de máxima en esta perspectiva se ponen frente por frente desde la antigüedad conceptos de enfermedad que nos vuelven a enviar a la patología del humor, a la patología simpática y del neuma o también psicósomática, es decir principios que reconducen el estar enfermos a los componentes sólidos o líquidos del físico o bien a la relación entre cuerpo y alma.

La enfermedad es además siempre un fenómeno psíquico, una modificación de la sensibilidad física, de la percepción del espacio y del tiempo, del humor general y del sentido de autoestima. El contraste entre historia subjetiva del enfermo (el enfermo de corazón

como persona) e historia objetiva de la enfermedad (el corazón enfermo como órgano) recorre toda la evolución de la medicina.

La antropología de la enfermedad o la familiaridad del enfermo con la enfermedad no pueden, todavía, ser confundidos con las teorías psicológicas y sociológicas sobre las causas de la enfermedad. Para la superación de la enfermedad y para el sentido de autoestima la concepción de causa del paciente es importante; detrás del interés diagnóstico y etiológico se sitúa a menudo un interés pronóstico, la petición del futuro o todavía más exactamente la esperanza sobre un decurso positivo del tratamiento. La comprensión de la enfermedad por parte del paciente no es unívoca; cambios específicos emergen del tipo y del estadio de la enfermedad, como también del sexo, de la edad, de la personalidad y para concluir del cambio histórico. Enfermedad puede significar para la persona enferma sobre todo los siguientes significados:

- Desconfianza.
- Enemigo.
- Castigo.
- Debilidad.
- Liberación.
- Posibilidad estratégica.
- Pérdida o daño.
- Valoración.

(Z. Lipowski, 1970.)

La enfermedad, en la autopercepción y en la autoevaluación del paciente, no es solamente debilidad, pérdida o daño, cosa a la que no raramente se limita el pensamiento en la perspectiva médica orientada a las ciencias naturales, con las relativas consecuencias prácticas y reducciones teóricas.

La enfermedad, además, es siempre un fenómeno social. El lado físico e individual del enfermar tienen consecuencias sociales, como el rebelarse y el decurso de la enfermedad y en particular su percepción subjetiva puede al contrario depender de las presuposiciones sociales. No raramente el enfermo sufre por las consecuencias sociales más gravemente que por la misma enfermedad. Desde el punto de vista médico-sociológico el papel del enfermo está constituido principalmente por los siguientes cuatro aspectos:

- Liberación de las obligaciones cotidianas.

- Liberación de la responsabilidad por la condición de enfermo.
- Compromiso de querer curarse.
- Obligación de buscar una ayuda experta.

(T. Parsons, 1964, pp. 57-87.)

Aspectos normativos y descriptivos se compenetran en esta definición de los papeles. Presupuestos históricos y culturales influyen; las sociedades occidentales, en las que la eficiencia y la actividad representan valores relevantes, plantean a los enfermos preguntas que en la sociedad basada en otros valores no se solivian o se solivian menos perentoriamente. En las enfermedades sociales las influencias culturales (relativismo) revierten un peso mayor a aquellas somáticas (universalismo).

Finalmente la enfermedad es también un fenómeno espiritual; más allá de la biología, la sociología y también la psicología. Las artes, la teología y la filosofía han comúnmente descrito e interpretado en la historia europea salud, enfermedad y muerte. La enfermedad puede ser entendida como castigo o también como prueba por parte de Dios; Job es el clásico ejemplo de la prueba divina. Para el estoico Séneca al estar enfermos se unen el dolor físico (*dolor corporis*), la interrupción de los placeres (*intermissio voluptatum*) y el miedo a la muerte (*metus mortis*). El teólogo y filósofo Pascal ve en el estar enfermos la «condición natural del cristiano», ya que en esa se elimina la dependencia hacia los bienes exteriores/externos y los pensamientos se pueden volver hacia los verdaderos valores de la vida.

En el ámbito de la filosofía Jaspers reconoce en la superación de las enfermedades la posibilidad de un «cambio de sí mismo del hombre por medio de la situación límite». (K. Jaspers, 1913).

Según la Organización Mundial de la Salud la definición de salud asume particular relevancia: «La salud es la condición del completo bienestar físico, espiritual y social y no solamente la libertad de la enfermedad y de la condición de enfermo». Que el concepto de salud se extienda al contexto social y espiritual habla en favor de esta definición; su insuficiencia desde el punto de vista antropológico debe situarse en la rigurosa contraposición entre salud y enfermedad y en la consideración exagerada de la salud. La salud no es solamente un hecho positivo, a menudo puede ser una razón mayor definida como capacidad de soportar y de integrar en la vida handicaps y lesiones.

¿QUÉ CAUSA PARA QUÉ MEDICINA?

Igual de significativo para la teoría y la realidad de la medicina es el concepto de causa. Las posiciones filosóficas han influido, sobre todo en el pasado, en las reflexiones de los estudiosos de medicina. Aristóteles, Alberto Magno, Bacon, Locke, Leibniz, Hume, Kant, Schelling, Comte, Mill, Mach, Dilthey, Vaihinger han ejercitado su influencia en medida igual a los progresos de la teoría médica y de la praxis terapéutica.

El debate relativo a las diversas posiciones y sobre todo al comportamiento de la medicina europea en relación a las posiciones extraeuropeas se vuelve particularmente vivo por lo que se refiere al concepto de causa. Entre el mecanismo y la causa eficiente y el organismo y la causa final subsisten conexiones internas.

La crítica a la psicopatología se vuelve *in nuce* a la concatenación causal de fenómenos psíquicos y biológicos y a la frecuente confusión entre causa eficiente y causa final.

Fundamental en fisiología, patología y terapia llega a ser la subdivisión aristotélica de la causalidad en cuatro tipologías: causa eficiente (*causa efficiens*), causa final (*causa finalis*), causa formal (*causa formalis*) y causa material (*causa materialis*). El *Corpus Hippocraticum*, la obra de Galeno, la medicina árabe como también los textos de medicina del Medioevo bizantino e italiano nos ofrecen numerosos ejemplos; ya en la antigüedad la teología es criticada. La causalidad entendida como «*causa efficiens*» frente a la teología como «*causa finalis*» es sin duda la categoría central en la medicina como también en las ciencias naturales de nuestros días.

La relativización operada por la bacteriología en base a los nuevos conocimientos sobre regulación y la inmunidad individual entorno al 1900 reclama de nuevo la atención sobre la problemática de la causa en su conjunto y con esto también en relación a la teología. El debate entre los causalistas (Hueppe, Martius) y los condicionalistas (Vreworn, von Hansenmann) agita en estos decenios a la medicina.

A la contraposición de causal y condicional se une asimismo la contraposición de monocausal y multifactorial, la reconducción de los síntomas morbosos a una sola causa o bien a una serie de circunstancias. En su crítica muy apreciada al «pensamiento autísticamente indisciplinado en

medicina», Eugen Bleuler reprueba el hecho de que se continúe teniendo en consideración «sólo una única causa, en vez de muchas» (E. Bleuler, 1919, p. 73). La medicina antropológica del siglo XX atribuye al *sentido* una gran importancia. Según Viktor von Weizsäcker la medicina no puede ser reducida al principio de causa. Es más bien la mirada al interior lo que hace emerger el cuadro esencial de la enfermedad por el desbarajuste de las repeticiones y del desorden, que conduce a la constante confusión». Justamente la tensión entre mecanismo y vitalismo haría madurar el trabajo médico.

Los adversarios de la teología ven puesto en duda en el reclamo a la causa final el fundamento físico-químico de la medicina, para sus defensores se trataría en cambio solamente de integración; según estos últimos serían igualmente necesarias tanto la causa material como la causa final.

Según la psiquiatría fenomenológico-analítica de la existencia, las enfermedades mentales pueden ser consideradas como falta de realización del fin, como formas específicas de autorealización e intencionalidad. En el autismo de los esquizofrénicos debe poderse dar un significado; del mismo modo las neurosis no deben ser consideradas sólo reducción caótica, pérdida o falta, pero pueden también ser expresión de intencionalidades finales. Si por el relieve atribuido a la virtud terapéutica de la naturaleza la doctrina hipocrática es teleológica, también la terapia quirúrgica y farmacológica se basa en la tendencia a la autocuración del organismo, y por tanto a una teleología natural.

La medicina es ciencia y arte, en cuanto disciplina antropológica une ciencias naturales y ciencias del espíritu. En cuanto disciplina empírica la medicina es ciencia de la experiencia, su deber terapéutico, al cual se refiere también el diagnóstico, la vuelve ciencia de la acción (W. Wieland, 1975). *Medicina como arte* se refiere sobre todo a la terapia.

DIAGNOSIS-TERAPIA: HISTORIA DE UNA DINÁMICA NO-LINEAL

Ya en la diagnosis se entrecruzan momentos teóricos y prácticos. Concepto, estructura y función, como también pasos concretos de la diagnosis, deben ser distintos entre ellos. La diagnosis se refiere a la anamnesis del enfermo, a conceptos de enfermedad, entidad nosológica o síntomas concretos, a la terapia

y a la medida de su éxito. Mediante la diagnosis se interviene en la vida individual y social, con ésta cuestiones éticas se ponen normalmente al lado de cuestiones teórico-prácticas en el sentido más estrecho.

Las diagnosis no se formulan como fines por sí mismos, antes a la vista de consecuencias terapéuticas. Son por esencia dirigidas a la acción. El mismo paciente se espera del médico una diagnosis; situaciones críticas pueden hacer necesario un tratamiento en base a un diagnóstico sospechoso. Existen también diagnosis formuladas después de la actividad terapéutica y sobre la base del éxito terapéutico (= *exjuvantibus*).

Los actos diagnóstico-terapéuticos se unen el uno al otro bajo numerosos aspectos. Anamnesia, visita y diagnosis llevan a la terapia. La relación de la terapia con la causa no es directa; la lógica de la causa no establece de manera inderrotable la lógica de la ontología terapéutica. A una psicosis endógena se puede reaccionar con el medicamento, con la psicoterapia o con una terapia social. No sólo la etiología, sino también la misma reacción terapéutica puede ser multifactorial.

Sobre todo en el fuero de la evolución histórica de la dietética se pueden ilustrar mutación y permanencia de la concepción terapéutica en la tradición europea y en relación a las posiciones extraeuropeas. Dietética, materia médica y cirugía definen las tres formas fundamentales de la terapia. La dietética es siempre filosofía de la naturaleza y antropología, forma parte de un arte global de la vida (*ars vivendi*) y de la muerte (*ars moriendi*). La dietética es clave para el tema de la medicina como *arte y ciencia humana*.

En la medicina de la antigüedad y del Medioevo la dietética se antepone a la terapia farmacológica y a la intervención quirúrgica. En el juramento hipocrático del siglo V-IV a. C. se juraba delante a Igea y Panacea, diosas de la dietética y de la terapia con medicamentos, mientras el arte lapidario (cirugía) en este juramento, que se hace eco de influjos pitagóricos, es rechazada o reservada a una determinada categoría profesional. Según la concepción de aquel tiempo la dietética presupone el paralelismo de microcosmos y macrocosmos prestado por la filosofía de la naturaleza y se basa en el espectro antropológico de las cuatro esferas fundamentales como presupuesto necesario de salud y enfermedad: luz y aire (*aer*), comer y beber / comida y bebida (*cibus et potus*), movimiento y calma (*motus et quies*), sueño y vigilia (*somnus et vigilia*), excrementos (*secreta et excreta*), afecto (*affectus animi*) (Galeno). Los seis campos de la dietética se definen como «*sex rex non naturales*»,

en cuanto sí son naturaleza, pero no automáticos como la respiración o la circulación, aunque deben ser aferrados o esquematizados por los hombres.

En el Medioevo la terapia es sobre todo dietética y tratamiento medicamentoso, implica siempre asistencia y de ningún modo sólo cura. El acento puesto sobre el aspecto espiritual no contradice un empeño en el ámbito de la política y de la educación sanitaria: el cuerpo debe ser curado como recipiente del alma. En esta época se formulan un gran número de normas sanitarias específicas para las diversas clases, grupos profesionales y niveles de edad (*Regimina Sanitatis*). Un ejemplo representativo es el «*Regimen Sanitatis Salernitatum*», un grupo de reglas sanitarias de la Escuela Médica de Salerno que se remontan al siglo XIII, de las que se conservan hasta hoy muchos consejos en numerosas lenguas.

Durante la evolución de la edad moderna el centro de la terapia se desplaza hacia el fármaco y hacia la operación, abandonando progresivamente el programa global de la dietética. El texto de Hufeland, *La Macrobiótica o bien el arte de alargar la vida humana*, de 1796, sobrepasa aún una vez expresamente la finalidad corriente de la medicina, rehaciéndose del todo los consejos sobre comer o beber con la certeza «que en el hombre el lado físico está ya proporcionado con su más alta determinación moral». También en la época del Romanticismo y del Idealismo se sostiene una concepción amplia o metafísica de la dietética, que trata de superar también la separación neta entre alma y cuerpo, entre naturaleza y cultura con un procedimiento que se puede expresar adecuadamente como espiritualización de la naturaleza y naturalización de la cultura.

Con el Positivismo del siglo XX la dietética pierde, no obstante, su significado general, queda reducida a dieta, mucílago de avena y manzanilla. Una tradición de más de dos mil años, ya redimensionada en el siglo XVII y en el XVIII, termina. Basándose en el ejemplo de las ciencias de la naturaleza la medicina se concentra en el tratamiento farmacológico-quirúrgico de las enfermedades, eliminando contemporáneamente la dimensión de la asistencia. Típica de la época es la recomendación del doctor Grabow en los *Buddenbrook* de Thomas Mann: «un poco de paloma, un poco de pan francés».

El biologismo del siglo XIX, según Viktor von Weizsäcker, redujo inadecuadamente el nutrimento (como también la sexualidad) a la dimensión física: «Pero no sólo el carácter religioso, sacro y ritual de comer, beber, dormir y realizar el coito se pierde de esta forma, sino también el aspecto natural es

contemporáneamente limitado, en definitiva falseado» (V. von Weizsäcker, 1956). La medicina sigue en Europa como en todo el mundo una lógica diferente: la cirugía y el fármaco son colocados en el centro, la prevención y la rehabilitación, al contrario, pasan a segunda línea. Hoy se lucha de nuevo repetidamente y con diversas en favor de la rehabilitación y de la prevención, a la dietética se le atribuye un papel importante bajo un significado general. La terapia no debe ser sólo cura, sino también asistencia.

El progreso de la medicina en el campo diagnóstico o terapéutico en línea de principio no se encuentra en modo alguno en contraste con la medicina entendida como ciencia de la acción. Justamente la medicina intensiva es según este propósito un ejemplo significativo: en cuanto el proceso de muerte es irreversible, se debe encontrar un pasaje hacia la medicina paliativa. Por parte de los médicos y del personal sanitario se requiere una grandísima humanidad en las relaciones con la persona a punto de morir o el cadáver.

Proyecto científico de la medicina, concepción de la salud y enfermedad y concepto de causa están en relación con la finalidad terapéutica y la relación médico-paciente; a un concepto tecnomorfo de la enfermedad le corresponde una terapia tecnomorfa como también una relación tecnomorfa entre médico y paciente. Si, en cambio, la enfermedad se entiende como el sufrimiento de un hombre provisto de consciencia, palabra y relación social, entonces también el fin terapéutico y la relación médico-paciente deben ser establecidos en un sentido más amplio.

EL ENLACE MÉDICO-PACIENTE

La concepción de la medicina como arte y ciencia humana depende por ello centralmente también de la figura del médico. Desde la antigüedad se nos ha transmitido la figura del médico-sacerdote y del médico empírico de la medicina hipocrática como también una tipología médica de Platón y Aristóteles, que se colocan en relación al orden social de aquel tiempo. Platón distingue entre un médico para el esclavo y un médico para los libres (*Leggi*), Aristóteles coloca junto al médico para los esclavos y al médico para los libres el médico entendido como laico con conocimientos médicos (*Política*). Estas tres tipologías de médico han quedado actuales hasta nuestros días; podemos siempre encontrarnos casualmente con médicos *tiránicos* o bien *comunicativos*.

Según la concepción cristiana del Alto Medioevo detrás de cada figura de médico está la figura de Cristo vestido de médico (*Christus Medicus*) como detrás de cada enfermo la figura del Cristo que sufre (*Passio Christi*). La siete obras corporales de la caridad comprenden la cura de los enfermos y la sepultura de los muertos. Las siete obras espirituales de la caridad inducen a consolar a los afligidos y a rogar por los vivos y por los muertos. La concepción clásico-cristiana de las siete virtudes (fortaleza, justicia, prudencia, templanza, fe, esperanza, caridad) es válida para el enfermo, el médico y el ambiente. El padre de la Iglesia, Origen, pide al médico una profunda simpatía físico-espiritual con el enfermo (*infirmare cum infirmante, flere cum flente*).

Junto a la orientación hacia las ciencias naturales la evolución de la época moderna conlleva una objetivación de la relación médico-paciente, que puede alcanzar hasta la tecnificación de esta relación. Clásica de esta evolución y de las tensiones a ella ligadas es la oposición entre el médico implicado desde el punto de vista personal y el estudioso de medicina orientado hacia la ciencia. Paracelso contraponen al inicio de la edad moderna al *médico-cordero*, el *médico-lobo* y el *médico de la mala hierba* (*Paragranum*, 1530-65). El médico cordero ama al enfermo más que a sí mismo, es afectuoso en sus relaciones, le es casi *conyugalmente* devoto; el médico-lobo, al contrario, se aprovecha del enfermo, lo engaña y lo hiere; el médico de la mala hierba basa su conducta sobre todo en la erudición libresca, está menos interesado en la experiencia. Según Paracelso la virtud del médico constituye el cuarto pilar de la medicina (junto a la filosofía, la astronomía y la química). Idealismo y Romanticismo propagan por su parte la concepción de un vínculo metafísico o trascendental del médico como también del paciente. En la concepción dialéctica de la simpatía la asimetría y la simetría deben, por ello, ser tenidas presentes en idéntica medida, de modo que su oposición pueda quedar superada.

El siglo XIX vincula al médico con la objetividad; subjetividad y situación social del enfermo pueden dejarse de lado tranquilamente. Frente a esta evolución, el médico Schweningen llega a una dolorosa conclusión: «La ciencia del médico mata su humanidad» (E. Schweningen, 1906). La medicina antropológica del siglo XX con la «introducción del sujeto» (1927) se usa para una relación personal entre médico y paciente. *Necesidad y ayuda* constituyen según Weizsäcker los fenómenos originarios de la medicina. V.E. von Gebattel distingue tres niveles en la relación médico-paciente:

- El nivel de la inmediatez de la compasión.
- El nivel de la neutralidad de la diagnosis y de la terapia.
- El nivel de la relación personal.

(V. E. von Gebattel, 1953, pp. 461-71.)

Karl Jaspers se erige promotor de la comunicación existencial entre médico y paciente y nos pone en guardia contra la ocultación o también contra el abandono del ideal de médico: «El médico no es ni un técnico ni un salvador, sino existencia por existencia, ser humano efímero que con el otro, en el otro y por sí mismo lleva a la existencia la dignidad y la libertad bajo el reconocimiento de que son normas».

La psicología médica y la sociología médica definen por su lado tanto el papel del paciente como el del médico. La imagen actual del médico por parte del paciente, según una encuesta francesa (A. d'Houtard, 1977, pp. 89-96), está constituida por la siguiente jerarquía:

- Consejero.
- Guía.
- Amigo.
- Confidente.
- Técnico.
- Educador.
- Erudito.
- Modelo.

Las diversas situaciones de sufrimiento y de enfermedad hacen necesarias relaciones médico-paciente diferenciadas. La asistencia después de un incidente requiere una relación diferente respecto al tratamiento de una enfermedad física o psíquica. No todas las visitas al dentista deben satisfacer las condiciones de una relación existencial o personal, que son oportunas y necesarias en caso de enfermedades crónicas o mortales.

LAS SITUACIONES LÍMITE

La enfermedad crea nuevas formas de la comunidad y de la soledad, que primeramente deben ser aprendidas por todos los interesados. De Kafka nos llega la profunda máxima: «El enfermo se siente abandonado por el sano, también el sano no obstante del enfermo». El encuentro con el enfermo a punto de morir constituye la situación límite de la medicina,

del médico y del hospital. En los últimos treinta años el número de casos de muerte en los hospitales y en los asilos ha aumentado del 40 a más del 60 por ciento aproximadamente. Nosotros nacemos en un hospital y en un hospital morimos. El hospital ha conquistado el nacimiento, la enfermedad y la muerte. La medicina en cuanto ciencia de la humanidad se demuestra en la relación con el moribundo.

El morir posee diversas dimensiones. Kübler-Ross ha estudiado notoriamente específicas fases de la muerte, que no pueden, no obstante, ser entendidas como rígida secuencia. No raramente subsisten contradicciones ente la finalidad del hospital de superar la enfermedad y la situación sin salvación del moribundo. Esta carencia de vías de salida puede ser ulteriormente aumentada por el alejamiento interno y externo del ambiente y de la comunidad del paciente. Al contrario, esta contradicción puede quedar mitigada siempre que el médico no considere la terapia sólo como tratamiento y cura, sino también como asistencia.

Morir comporta dolor, aislamiento social, miedo. La asistencia debe ser adecuadamente diferenciada. Al papel del enfermo y de los parientes como a los médicos, a las enfermeras y a los asistentes se les unen de vez en cuando específicos papeles o deberes. El peligro consiste en confundir al moribundo con el enfermo. La experiencia de la muerte y del morir es la experiencia de lo desconocido, y no debería ser avivada por un sentido de extrañeza en la relación con el personal del hospital y con los parientes. La muerte social y psíquica puede tener lugar antes de la muerte física.

LA ÉTICA MÉDICA ENTRE PARÉNESIS Y PRAXIS

Teoría y praxis de la medicina continúan revelando la propia dependencia de la ética.

La ética médica no es una ética especial, sino una ética de situaciones especiales, es fundamento filosófico de un comportamiento moral en la medicina. La necesidad de la ética de la medicina está fuera de discusión; se pueden en cambio juzgar de manera distinta significados y principios. Cada disciplina médica lleva consigo las propias exigencias, cada enfermedad conlleva problemas característicos. Las concepciones del médico, del paciente y del ambiente por parte del mundo y de los hombres tienen sus consecuencias particulares. De las diversas culturas y relaciones sociopolíticas emergen igualmente diferencias substanciales.

Tanto en la ética como en la bioética de la medicina se plantea siempre la cuestión de los caracteres y de las estructuras supratemporales y generales.

«Es fácil predicar la moral, fundarla es difícil», con esta frase el filósofo Schopenhauer nos conduce a la importante diferencia entre praxis moral y fundación filosófica. Aún más en general se deben distinguir: comportamiento neutral - costumbre establecida (etiqueta) - praxis moral (ethos) - deber (deontología) - fundación ética (ética). Fundación y difusión o transposición de la ética en la praxis están ciertamente correlacionadas, pero están también separadas. La Biblia contiene preceptos morales (parénesis), pero no nos da los motivos; también el así llamado juramento hipocrático es un texto parénéutico y no una fundación. También entre los preceptos y la praxis subsiste una diferencia; la enunciación de deberes y virtudes no es todavía una fundación y no garantiza de ningún modo su actuación.

La ética se sitúa en relación a la psicología y la sociología, con la misma biología, pero no puede ser deducida de estas disciplinas; se llega siempre a conclusiones erróneas desde el punto de vista naturalístico, ya sea psicológico o sociológico. En cambio Kant subraya: «Los principios empíricos no están en ninguna parte adaptados como fundamentos de las leyes humanas». Por cuanto estas disciplinas son importantes, no es necesario por otra parte insistir mucho; la actuación de principios éticos se cumple en el mundo de los sentimientos, de las necesidades y de las condiciones sociales y económicas.

La ética en medicina no puede ser limitada al médico (se trataría de ética del médico), se refiere por igual al paciente y a la sociedad. La ética del paciente y la ética de grupos sociales están relacionadas con la ética del médico. En este contexto cobra sin duda particular importancia la relación entre médico y paciente.

ARTE Y TERAPIA

Medicina y arte se colocan en una múltiple relación. La dimensión cultural o artística de la medicina se manifiesta no sólo en la reproducción de los fenómenos médicos en las artes y en la literatura, sino en primer lugar aún más substancialmente en la contribución de las artes y de la literatura al diagnóstico y a la terapia, a la superación del sufrimiento, la enfermedad o la muerte. La misma actividad del

médico puede ser ella misma comparada a la actividad del artista. Para el estudioso de medicina Ludolf von Krehl el médico, que se une al enfermo «por medio de una comprensión común respecto a las cuestiones últimas de la vida corporal o espiritual», crea en su acción terapéutica «una obra nueva, que retiene la más íntima relación con los productos de la ciencia pura, o con los productos del arte, y que al mismo tiempo se acerca a nuestra más alta destinación humana» (1928). Bajo esta perspectiva también el filósofo Gadamer expone su interpretación del proceder médico y al mismo tiempo reclama la atención sobre la diferencia en las relaciones entre el producto natural y la obra de arte: «*Tyche* y *techne* se colocan la una en relación a la otra en particular tensión antagónica». (H. G. Gadamer, 1965, pp. 267-75.)

Junto a la musicoterapia, a la terapia de la pintura y de la danza, por último en este siglo ha conseguido afirmarse la biblioterapia; no obstante esto, la biblioterapia no es una invención del presente, sino que es muy antigua desde el punto de vista histórico. El libro como «*Therapeutikum*» era subordinado en la antigüedad a la dietética, a aquella frecuentación con la «*sex res naturales*» decisiva para el mantenimiento de la salud y la superación de la enfermedad. Desde la antigüedad médicos, filósofos y escritores han recopilado experiencias e ideas en textos literarios como instrumentos de cura y asistencia, como instrumentos de la psicoterapia y de la medicina, importantes para la prevención, la rehabilitación, la cura, pero también como *diagnosticum* y posibilidad de mejorar la relación entre médico y paciente. Con el realce atribuido por la época moderna a la técnica y a las ciencias naturales en el XVIII y sobre todo en el siglo XIX, se llegó a abandonar la biblioterapia y en general la terapia basada en el arte. Los intereses de la época estaban en el mecanicismo y el positivismo. La espera de la curación se reservaba preferentemente a la cirugía y a la bacteriología. La enfermedad queda siempre reducida al síntoma objetivo, la historia del enfermo amenazaba con ser absorbida por la historia de la enfermedad.

Con el siglo XX y sobre todo con la época contemporánea y sus tentativas —sin considerar por último la duradera importancia de las enfermedades crónicas— de una nueva determinación de la medicina y de la relación médico-paciente, se ha alcanzado una plenitud de nuevas iniciativas en el campo de la biblioterapia, como también de las otras corrientes de la terapia artística. La terapia artística recuerda a la medicina su doble carácter de ciencia natural y ciencia humana, o bien del hombre como ser natural y espiritual.

LAS PERSPECTIVAS DE LAS MEDICAL HUMANITIES

Esta contribución quería exponer en algunas características centrales la concepción de medicina como arte y ciencia humana, ilustrándola con ejemplos concretos.

La enfermedad es siempre un fenómeno físico, social, psíquico y espiritual. Con esta amplitud humana del concepto de enfermedad debían conciliarse teoría y praxis de la medicina y también la relación médico-paciente y el hospital. Del mismo modo debía tener lugar también la lección de medicina en la universidad.

También con todo el reconocimiento por los indiscutibles éxitos de la medicina moderna en el campo diagnóstico y terapéutico, en la base de la moderna medicina se sitúa la renuncia a la metafísica y a la religión, que ha originado espacios vacíos, que pueden ser rellenados ilimitadamente o bien técnicamente o bien irracionalmente.

La incapacidad de aceptar la enfermedad, el dolor y la muerte empuja a la investigación de remedios prodigiosos, aquí o allí de la medicina establecida. Las alternativas deberían ser verificadas y puestas en confrontación en su concepción científica no sólo desde el punto de vista general, sino en su singular contexto específico, en su concepción de salud y enfermedad, en su proyecto terapéutico y finalidad terapéutica, en su concepto de causa como también en su interpretación de la relación médico-paciente.

La integración de cosmología, antropología y trascendencia en la concepción actual de la racionalidad empírica promete una respuesta constructiva y no solamente defensiva respecto a las diversas y controvertidas corrientes del presente como también un diálogo provechoso de la medicina europea con la medicina de otras culturas. Con el término *Medical Humanities* se define actualmente en general la orientación de la medicina: medicina como cultura y cultura como virtud terapéutica. En esta amplitud se puede desplegar también la relación entre médico y paciente. La medicina puede por su parte influenciar en la cultura, el lenguaje, las relaciones humanas, la vida individual y social. Al mismo tiempo la cultura supera la medicina, en el sentido de la definición que da del libro Kafka: «un hacha para el mar helado que hay en nosotros».

Teólogos, filósofos y artistas siempre han tenido presente la perspectiva de las *Medical Humanities*. Sus

descripciones estimulantes y sus interpretaciones substanciales deben, no obstante, ser de nuevo llevadas al conocimiento del hombre. La tipología de los médicos formulada por Platón y Aristóteles es de una actualidad sin tiempo. Al sufrimiento y a la asistencia la teología del Medioevo le atribuía un significado escatológico o metafísico. El principio Kantiano de la autonomía es fundamental para la ética de la medicina. Según Karl Jaspers, que consideraba relevantes para la medicina tanto la explicación de las ciencias naturales como la comprensión de las ciencias del espíritu, los poetas han «representado en la figura de la locura como en los símbolos de la sabiduría la esencia del ser hombre, su máxima y más aberrante posibilidad, su grandeza y su caída». Marcel Proust dice respecto a la fuerza creativa del sufrimiento: «A nosotros nos gusta la música artística, los cuadros bellos, mil excelentes exquisiteces, pero no sabemos cuanto éstos han costado a sus creadores de insomnio, lágrimas, risa convulsiva, urticaria, asma, epilepsia o angustia de la muerte, la cual es la peor entre todas». Según Joseph Conrad el arte apela «a nuestra compasión, a nuestra comprensión por la belleza y el dolor y despierta el sentido presente en cada uno por la comunión de todas las criaturas de este mundo».

La transformación de la medicina, con sus progresos y regresos en el curso de la época moderna, no depende solamente de motivos internos a la medicina, sino de otras mutaciones generales de la cultura, que a su vez han influenciado en la medicina. Nuevos comportamientos en relación a la salud, la enfermedad y la muerte, del cuerpo, de los placeres del cuerpo y del alma han tenido consecuencias iguales a aquellas determinadas por las nuevas condiciones de vida y por las nuevas instituciones sociales. Decisiva se ha demostrado la secularización moderna. Trascendencia y metafísica atribuían a la terapia como también a la salud y a la enfermedad dimensiones profundas, que en vano se buscarían en la concepción naturalista y positivista de nuestro tiempo.

En la época contemporánea diversas corrientes han, no obstante, puesto nueva énfasis y se han propuesto como alternativas de consideración mundial en la medicina. Piénsese sobre todo en el movimiento para los hospitales, en la medicina paliativa y en diversos grupos de autoayuda: finalidad común de estas corrientes es una específica de medicalización de la realidad, la superación del abismo entre hospital y mundo de la vida, la autoresponsabilidad de cada hombre por la salud y la enfermedad. Las tendencias terapéuticas basadas en el arte ganan por su parte una nueva consideración. De una cosa no se debe dudar en todas estas discusiones y nuevas corrientes: la medicina

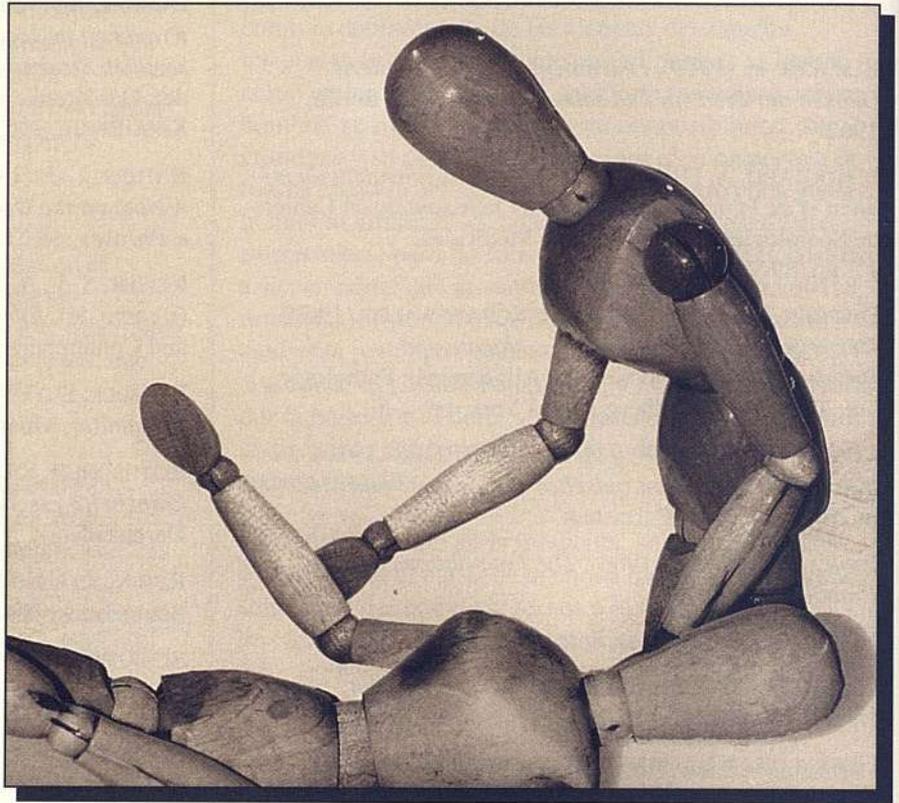
es ciencia y praxis, no solamente ciencia natural aplicada. En cuanto praxis la medicina no tiene nada que ver con las piedras, plantas o animales, pero con el hombre, que posee conciencia y lenguaje, vive en relaciones sociales y en un contexto cultural. La medicina es por esencia *arte y ciencia humana*.

BIBLIOGRAFÍA

- BLEULER, E. (1919), *Das autistisch undisziplinierte Denken der Medizin und seine Überwindung*, Berlín, 1962.
- D'HOUTARD, A. (1977) «*Ce que les gens attendent du médecin et de la médecine au sujet de leur santé*», en Cahiers de Sociologies et Démographie Médicales, 17, pp. 89-96.
- DIEPGEN, P., G.B. GRUBER y H. SCHADEWALDT (1969), *Der krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik*, en Handbuch der Allgemeinen Pathologie, vol. 1, Berlín-Heidelberg-Nueva York, pp. 1-50.
- ENGELHARDT, D. VON, y H. SCHIPPERGES (1980), *Die inneren Verbindungen zwischen Philosophie und Medizin in 20 Jahrhundert*, Darmstadt.
- ENGELHARDT, H.T. (1986), *The Foundations of Bioetics*, Nueva York.
- FEISTEIN, A.R. (1967), *Clinical Judgement*, Baltimore.
- GADAMER, H.-G. (1965) *Apologie der Heilkunst*, en Gesammelte Werke, vol. 4, Tübingen, 1987.
- GEBSATTEL, V.E., VON (1953), «*Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung*», en Studium Generale, 6, pp. 161-71.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1989), *Fundamentos de bioética*, Madrid.
- HARTMAN, F. (1984), *Patient, Arzt und Medizin*, Beiträge zur ärztlichen Anthropologie, Göttingen.
- JASPERS, K. (1913), *Psicopatologia generale*, Il Pensiero scientifico, 1988.
- LIPOWSKI, Z.J. (1970), «*Physical Illness, the Individual and the Coping Processes*», en Psychiatry in Medicine, 1.
- Müller, E. (1969), *Gesundheit und Krankheit*, en Handbuch der Allgemeinen Pathologie, vol. 1, Berlín-Heidelberg-Nueva York, pp. 51-108.
- NAUNYN, B. (1905), «*Ärzte und Laien*», en Deutsche Revue, 36, pp. 185-96; 343-55.
- ÖPEN, J. y O. PROKOP (1986) (a cargo de), *AuBenseitermethoden in der Medizin*. Ursprünge, Gefahren, Konsequenzen, Darmstadt.
- PARSON, T. (1964), *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*, en A. Mitscherlich (a cargo de), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Köln-Berlín, 1967.
- RATHER, L. J. (1968), «*The Six Things Non-natural*». *A Note on the Origins and Fate of a Doctrine and a Phrase*, en Clio Medica, 3, pp. 337-47.
- REISER, S. J., A. J. DYCK y W. J. CURRAN (1977) (a cargo de), *Ethics in Medicine*. Historical Perspectives and Contemporary Concerns, Cambridge (Mas).
- RÖSSLER, D. (1977), *Der Arzt zwischen Technik und Humanität*, Munich.
- ROTHSCHUH, K. E. (1975) (a cargo de), *Was ist krankheit?* Erscheinung, Erklärung, Sinnggebung, Darmstadt.
- RUBIN, R. J. (1978) (a cargo de), *Bibliotherapy*, Sourcebook, Phoenix.
- SCHAEFER, H. (1983), *Medizinische Ethik*, Heidelberg.
- SCHIPPERGES, E. (1906), *Der Arzt*, Dresden, 1926.
- SNOW, C. P. (1959), *Le due culture*, Feltrinelli, Milán, 1977.
- SPINSANTI, S. (1991) (a cargo de), *Bioetica e antropologia medica*, Roma.
- SPORKEN, P. (1971), *Darf die Medizin, was sie kann?*, Düsseldorf.
- WEIZSÄCKER, V. VON (1927), *Der Arzt und der kranke*, en Gesammelte Schriften, vol. 5, Frankfurt a.M., 1987, pp. 9-26.
- WIELAND, W. (1975), *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*, Nueva York.

La Ética Médica en su perspectiva histórica, Siglo XIX

DIETRICH
VON ENGELHARDT



Junto a la profesión de médico, en el siglo XIX, nace la ética de aquella profesión. Ética que, entonces, investía esencialmente la formación del médico como profesional y no consideraba la otra cara de la relación: el enfermo. La ética médica del siglo pasado tiene más las características de una deontología profesional, que no de un hábito en la relación entre enfermo y médico, en cuyo hábito entra como protagonista el diálogo entre el enfermo que sufre y el médico llamado a curarlo. Será necesario llegar a nuestro siglo para una mayor profundización de la ética en las relaciones entre médico y enfermo.

El abandono del idealismo y del romanticismo trajo, a la medicina del siglo XIX, hacia una orientación positivista basada en las ciencias naturales. Se llevan adelante o se reprenden las tendencias del Iluminismo: la medicina influenciada por la metafísica, en torno al 1800, es un fenómeno decididamente alemán y también en el mundo alemán no ha tenido de ningún modo una validez general.

La objetividad, los experimentos y la especialización caracterizan la tendencia del siglo XIX.

Las ciencias naturales llegan a ser el ideal de la medicina, influyen tanto la teoría como la práctica.

El entusiasmo científico y el pathos que envolvía el progreso eran grandes entre los médicos y los estudiosos de ciencias naturales del siglo XIX. El destino de la humanidad, el desarrollo cultural y también la formación individual deben depender del progreso de las ciencias naturales y de la medicina; una oposición cualquiera a este progreso, según los estudiosos de ciencias naturales y los médicos, puede ser sólo pasajero, está destinado al fracaso.

Du Bois-Reymond considera las ciencias naturales «un órgano absoluto de la cultura» y la historia de las ciencias naturales «la verdadera historia de la humanidad» (*Storia della cultura e della scienza naturale*, 1877).

Los éxitos teórico-diagnósticos superan por mucho las posibilidades terapéuticas: se habla de *nihilismo terapéutico*. La terapia es considerada siempre más tratamiento que asistencia: la salud, la enfermedad y la muerte se reducen a la biología o a la mecánica.

Al mismo tiempo se atribuye a la medicina un papel social significativo. Famosa es la definición de Virchow del médico como *abogado de los pobres* y de la política como *medicina a lo grande* (1849).

La medicina debe ser esencialmente responsable de la higiene, de la difusión de la salud y de la mejora de las condiciones generales de vida. Con el fin de siglo sobrevienen tendencias nuevas y opuestas. La anestesia, la antisepsis y la bacteriología representan éxitos terapéuticos de gran efecto. La bacteriología —una crítica en sí a la patología celular— dirige la crítica a la patología constitutiva que pone el acento en el papel del individuo en el rebelarse contra la enfermedad. Las intervenciones antropológicas, psicosomáticas y psicoanalíticas del siglo XX representan completamientos o ulteriores desarrollos socio-psicológicos de la individualización somática.

El médico Naunyn define su famoso eslogan de 1905: «La medicina será una ciencia o no será» claramente insuficiente. «Hasta hoy el mundo en el que trabajamos

es aquel de las ciencias naturales: observamos, describimos y experimentamos. Tenemos aún más dificultad que los otros porque en nuestras observaciones dependemos del hombre —y la humanidad es la piedra que nos impone rígidos límites—.

Sobre la ética médica se publicó en el siglo XIX una gran cantidad de monografías y ensayos.

La multiplicidad de los puntos de vista es grande, las contribuciones difieren notablemente por amplitud y acentuación: se publica sobre todo en alemán, inglés o francés. El espectro de la ética médica, en la oposición y la presencia del paciente, del médico y de la sociedad, ligado a la motivación, el desarrollo y la difusión, se concentra en el siglo XIX sobre el médico y sobre todo, de la segunda mitad en adelante, se reduce a menudo a la etiqueta y los deberes de categoría. La ética médica llega a ser el tema de los congresos, aparece como titular en los periódicos. En 1883 se lleva a cabo en Nueva York un simposio sobre «Medical Ethichs and Etiquette from a Liberal Standpoint». El primer «Congrès International de Médecine Professionnelle et de Déontologie Médicale» tiene lugar en 1900 en París. En 1903-1905 aparece la *Revue de Déontologie et d'Intérêts Professionnels Médicaux*.

El *Code of Medical Ethics* redactado por Thomas Percival en el espíritu del Iluminismo (Palay, Smith, Hutcheson, Gisborne) del 1803, con ediciones sucesivas en 1827 y en 1849, es asumido en 1847 por la American Medical Association como presupuesto fundamental.

Hasta los años '60 y '70 del siglo XVIII se pueden reencontrar preludios a este escrito en Percival que, originariamente, había pensado claramente por su *Code* más en un conjunto de reglas para una hospital que en un fundamento ético del comportamiento del médico.

Originariamente Percival tenía pensado también el título *Medical Jurisprudence*; el carácter del libro se sitúa a caballo entre la pragmática y la sistemática. A nivel temático, Percival comprende en la ética médica: a) las obligaciones de los médicos en relación a sus pacientes y las obligaciones de los pacientes en relación con sus médicos, b) las obligaciones de los médicos entre ellos y en relación a la medicina como clase, c) las relaciones de la medicina en relación con la sociedad y viceversa y las obligaciones de la sociedad en relación a la medicina.

No se tratan las obligaciones de los pacientes en relación a los otros pacientes y a la sociedad como las obligaciones de la sociedad en relación al paciente y de la sociedad frente a otras sociedades.

El concepto de deontología es introducido en la medicina en 1845 con el estudio *Déontologie médicale* de Maximilien Simon, que por su parte cita constantemente autores del pasado y sobre todo del siglo XVIII y XIX. Se publican numerosos ensayos en esta época con el título *deontología*. A diferencia de Bentham, a quien se refiere como idealista de este concepto, Simon no entiende por deontología solamente la doctrina de los deberes, sino también de los derechos, donde él, apoyándose en Joseph M. d. Geráudo (*Du perfectionnement moral*, 1824), deriva el sentimiento del derecho de aquel del deber. En su doctrina médica de los deberes, Simon propone la siguientes distinciones:

- Los derechos de los médicos entre sí y en relación a la ciencia.
- Los deberes de los médicos en relación a los enfermos.
- Los deberes de los médicos en relación a la sociedad.
- Los derechos de los médicos.

Se habla sólo marginalmente de los deberes y los derechos de los pacientes, de sus familiares, amigos y del estado. Simon confía más en la moralidad del médico que en el derecho, ya que la tentativa de fijar a nivel jurídico las normas llevaría solamente a una «*tyrannie odieuse*»: una base decisiva de la ética en la medicina serían la «*autonomie morale*», la «*dignité de la vie humaine*» y el «*pensée de Dieu*». En su *Ética médica* (1902), Albert Moll critica el excesivo trato de los derechos de categoría en los relativos estudios de los decenios pasados y exige la distinción entre moralidad, costumbre, etiqueta y política.

Queriendo dar fundamento a una ética médica, Moll no quiere empezar por una teoría moral, sino más bien por un sentimiento moral y por las reflexiones añadidas que serían determinadas «en consideración del caso concreto»: «En el caso en que debiera dar salida a bases más sólidas a la filosofía moral, sería tal vez posible comenzar desde un principio moral supremo en la valoración de los comportamientos humanos y por tanto también de aquellos médicos».

La moralidad se declara, también en el siglo XIX, una condición necesaria al médico: la compasión y el altruismo, el autocontrol y la demostración de la amistad, la valentía y la instrucción, se consideran de particular importancia. El médico *gentleman* de Percival compendia *tenderness with steadiness*, *condescension with authority*, está gobernado por *sound reason, just analogy, or well authenticated facts*.

La concepción de las siete virtudes tradicionales (sabiduría, justicia, valor, humildad, fe, amor, esperanza), que han tenido validez también en la época del Iluminismo, se disuelve en el siglo XIX. Falta de autocontrol, envidia, búsqueda del placer y ausencia de fe son los errores y los vicios del médico. La verdad queda muy por encima del compañerismo: los compañeros fraudulentos deben ser denunciados. Mientras el paciente posea el derecho de escoger el médico, el médico no puede rehusar la asistencia al paciente. En la determinación de los honorarios el médico debe guiarse por consideraciones sociales: debe pensar al mismo tiempo en sí y en su familia. Del paciente se puede esperar reconocimiento, respeto y confianza. En las reflexiones sobre la relación médico/paciente se refuerza en el siglo XIX la tendencia a una relación técnica-autoritaria. El modelo romántico de la amistad o de la unión metafísica-trascendente es siempre rechazado. Simon considera también al médico ligado al paciente en *double fraternité de la douleur et de l'espérance*. Siempre se difunden además otras concepciones: «Se puede decir, en general, que el amigo perjudica ligeramente al médico y el médico al amigo», induce a la reflexión Carl. v. Mettenheimer (*Viaticum*, 1899).

Cuando se habla de amistad, nos referimos inmediatamente a la necesidad de la asimetría; así se lee en Pagel: «La auténtica popularidad del médico no reside en la verborrea vulgar, en el simple charlar con cualquiera del pueblo —quien se hace *commun*, es también rápidamente considerado como tal, pero más bien en cuanto goza de la fama de socorredor benévolo, voluntarioso y hábil en las necesidades de la enfermedad, un consultor silencioso, confiado y amigo de la familia» (*Deontologia Medica...* 1987). Pagel retiene contemporáneamente que para algunos médicos sería «una óptima escuela si estos hubieran sufrido alguna vez una enfermedad dolorosa y que hubieran arriesgado su vida, para comprender como el que sufre debe ser siempre considerado psíquicamente incapaz de entender y de querer».

El deber de informar y de callar ocupan un gran espacio en la discusión. Muchos médicos sostienen una información gradual y reducida y esto sobre todo en caso de enfermedades mortales —en línea con las palabras de Hufeland a principios del siglo XIX: «Anunciar la muerte significa dar la muerte» (*I comportamenti del medico*, 1806). Se puede extender esta limitación al derecho de información también a los parientes, también éstos no en grado de soportar la variedad. Simon quiere confiar la información sobre la mortandad de las enfermedades a otras personas que no sean los médicos, en modo tal que el moribundo

pueda advertir también la esperanza: «*dans la bouche du médecin les mêmes paroles sont un coup de foudre qui peut briser immédiatement la vie*».

El médico no puede escaparse del deber de callar: «Un deber fundamental de los médicos es la condición de ser reservado. Nadie considera favorablemente que sus errores, sean cuales sean, se hagan públicos» se lee en Anton Franze Metternic (*Su alcuni doveri dei medici*, 1803). «La descripción en comparación con cualquiera sin excepción» recomienda Pagel con particular insistencia a todos los principiantes. El *Code Napoléon* otorga al deber de callar un carácter jurídico: los médicos, los cirujanos, los farmacéuticos y los ginecólogos «*seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 NF à 3.000 NF*», si quebrantan tal deber. En otros países, también en el Deutsches Reich, se publican leyes análogas. Las epidemias y las enfermedades venéreas justifican la limitación del deber de callar. La obligación de testimoniar en juicio puede, de todos modos, entrar en conflicto con el deber de la condición de ser reservado. El médico no está obligado a esto solamente en relación al paciente individual, sino también a la sociedad, como por ejemplo en guerra con la asistencia médica de los soldados heridos por la potencia adversaria.

La eutanasia activa como supresión del enfermo incurable y terminal bajo petición es rechazada por los médicos del siglo XIX, como lo era ya por los del Iluminismo y del Romanticismo. Se recuerdan al mismo tiempo los deberes de los parientes y de los amigos, de la sociedad y del estado en relación al enfermo y al moribundo. Como única eutanasia aceptable el médico K. F. H. Marx entiende: «aquel arte de reducir todos los síntomas que oprimen la enfermedad, que atenúa todos los ataques dolorosos y prepara de la manera más serena posible la hora de la muerte, que no puede, de todos modos, ser evitada» (*Dell'eutanasia*, 1827).

Conocedor de las posiciones de Bacon a Hufeland, Simon reclama al médico que no abandone al paciente ni cuando la curación parece imposible: la medicina no sería solamente teoría, sino más bien una rama de la caridad: «*les médecins ont pour mission de conserver la vie, ils ne sauraient convertir leur science en un instrument homicide*». La esencia de la eutanasia residiría en la fe: «*une union intime avec Dieu: là est la véritable euthanasie*».

También al inicio del siglo XX, el médico Otto Lubarsch define, en la Enciclopedia real de toda la medicina, la eutanasia como «el arte de aliviar

al moribundo la salida de la vida» y bajo ninguna circunstancia «la abreviación de la vida misma» (1908).

Bajo la influencia del darwinismo social se difunden siempre más puntos de vista diferentes que llevan a los escritos programáticos de Jost (1895), Rupp (1913) y de Binding y Hoche (1920, 1922). El cambio de tendencia encuentra su contraparte o su preparación cultural en las novelas y en las narraciones del realismo y sobre todo del naturalismo en las que se toma partido por la defensa de la eutanasia y de la eugenesia. Sin ambigüedades y mirando al futuro, Hufeland afirmó ya al inicio del siglo XIX: «El médico debe y no puede hacer otra cosa que mantener la vida, ya sea fortuna o adversidad, ya tenga o no valor. No es de su incumbencia. En el caso en que decidiera incluir en el ámbito de sus actividades estas consideraciones, las consecuencias serían impredecibles y el médico llegaría a ser la persona más peligrosa del estado» (*Enchiridion*, 1836).

Si la motivación del médico se refiere sobre todo a la cura del enfermo y al propio comportamiento, su legitimación tiene valor principalmente en el sentido de mejora de la medicina y de la sociedad. No solamente la alternativa de historia de la enfermedad y del paciente, también la contraposición de paciente y sociedad caracteriza las diversas posibilidades de una orientación suprema del comportamiento terapéutico. Para la mayoría de los médicos del siglo XIX —totalmente en línea con la ética kantiana— el paciente individual se encuentra en el centro del pensamiento y de la acción del médico. Albert Moll rechaza con firmeza para la medicina el principio utilitario del mayor bien posible para el mayor número posible de hombres.

La medicina debe llegar a ser un instrumento fundamental del desarrollo intelectual y moral de la personalidad: bajo esta perspectiva los médicos se empeñan en divulgar los conocimientos médicos, en desarrollar una concepción educativa a nivel de ciencias naturales y medicina y de enseñarla. También entre los cultores de las ciencias morales este comportamiento puede encontrar un interés positivo. El pedagogo Friedrich Paulsen honra la importancia creciente de la medicina en el siglo XIX «para la vida, en general, de la sociedad». La clase médica reemplaza cada vez más la clase religiosa: «llega a ser el consultor omnipresente de todas las clases en todas las cuestiones relevantes de la existencia» (*La professione del medico*, 1892).

Los deberes de los médicos en relación a sus colegas ocupan un gran espacio en las reflexiones y en las propuestas de la ética médica. La consulta y la

colaboración entre médicos y cirujanos, pero también entre médicos y farmacéuticos es un tema recurrente del *Code de Percival* de Pagel de 1897. En las consultas entre médicos y cirujanos, Percival aconseja dejar iniciarse al cirujano más joven en su toma de posición: deben seguirle los cirujanos más ancianos, a los que, a su vez, deben seguir los médicos, desde el más joven al más viejo. En estos años se proponen en distintos países de Europa varios órdenes de categoría. Se explica, de todos modos, la fuerza ética de la investigación. Prosiguen los ataques contra la charlatanería del pasado y sobre todo del siglo XVIII: sus raíces están, según Simon, principalmente en la «*crédulité naïve des hommes*» y en las «*obscurités mêmes de science*».

Se dan con frecuencia las discusiones sobre experimentos con animales y con el hombre. Los experimentos sobre animales se defienden con vigor contra los ataques de las asociaciones antiviviseccionistas: no se puede renunciar al progreso de la medicina. La comprensión por parte de la opinión pública de la ciencia y de las condiciones de investigación se mantiene limitada, visto que las discusiones son conducidas al nivel emotivo: según Claude Bernard las leyes que rigen en las «silenciosas habitaciones de la ciencia» son otras, respecto a aquellas del «mercado abierto de la vida» (*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865). En las investigaciones terapéuticas sobre el hombre, según C. A. Wunderlich, el principio supremo debe ser que «nunca un proceso terapéutico debe ser prescrito en un caso individual, si no está justificado por el estado del enfermo» (*Un progetto per un fondamento più stabile delle esperienze terapeutiche*, 1851).

Deberían ser rechazados por bárbaros aquellos experimentos durante los cuales diversos tipos de experimentantes se tratan con métodos distintos para poder evaluar de este modo el valor de los métodos individuales. Los experimentos sobre el hombre forman parte, de todos modos, según Bernard, del médico corriente: «Diariamente el médico realiza experimentos terapéuticos en los enfermos y diariamente el cirujano realiza vivisecciones en los operados». Bernard condena con firmeza los experimentos en enfermos que no sirvan para la curación, sino solamente para el conocimiento científico.

Se aconseja al médico, como vía de salida, conducir los experimentos a sí mismo, aunque éstos pueden, a menudo, tener consecuencias destructivas en el investigador. Rokitansky, que rechaza los experimentos en hombres, reclama al investigador la disponibilidad de «dedicar el propio cuerpo, para el bien de la

humanidad, al impulso de conocimiento propio o de los demás» (*La libertà della ricerca naturale*, 1862). Se recuerdan en este contexto los experimentos con la cocaína de Halsted, las autonarcosis de Wells que lo hicieron dependiente y lo empujaron al suicidio, los experimentos sobre la sífilis de Lindmann, los de la tuberculosis de Ehrlich, y los del cólera de Pettenkofer. Ya en el siglo XIX se pone en discusión entre los médicos la posibilidad de enseñar la ética. La separación de las ciencias naturales de las morales tiene sus repercusiones. La filosofía y la historia pierden significado en la formación médica, mientras se continúa, no obstante, instituyendo cátedras de historia en la medicina.

«*La génération médicale contemporaine n'a pas suffisamment compris l'importance des études historiques*», lamenta Simon. Una educación moral de los estudiantes de medicina, entendida como transmisión teórica de una moral oficial con reglas deducibles parece poco sensata a Simon: la moralización podría empezar solamente por el comportamiento ejemplar de los profesores de medicina: «*Elle doit résulter autant des exemples de probité, de désintéressement, de délicatesse que les professeurs donnent aux élèves qui les entourent, que des conseils sages qu'ils peuvent risquer dans l'intimité, qu'ils peuvent même mêler habilement aux leçons de la science*». Pagel trata repetidamente la ética médica en su lección *Enciclopedia e metodologia della medicina*, y afirma el mismo escépticamente: «La limitación es tanto más necesaria, cuanto que todas las enseñanzas teóricas son inútiles si no están presentes en la misma personalidad del médico, en la misma medida, congénitos e intuitivos, los presupuestos de un buen sanador». Moll espera, de esta manera, menos repercusiones de las lecciones de ética médica sobre el comportamiento efectivo de los médicos: el mismo creería en el hecho de que las relativas lecciones de historia de la medicina tengan consecuencias positivas «sólo si fuera probado que los históricos de la medicina son más éticos que los otros médicos».

Es difícil evaluar la relación entre los principios éticos y su traducción en la realidad médica. En muchos casos hoy no se podrían demostrar las motivaciones motrices de los médicos, de los pacientes y de los parientes. Además junto a la tradición escrita está siempre aquella oral, la transmisión de la experiencia de una generación de médicos a otra. Los diarios, las cartas, las autobiografías y también las novelas y las narraciones ofrecen un acceso a la situación real del médico, del paciente y del ambiente circunstante: al mismo tiempo no se pueden infravalorar las diferencias entre arte, ciencia y realidad. Se pueden unir condiciones y

motivaciones individuales y sociales, la reducción de la terapia y la cura, a lo largo del siglo XIX, se puede remontar a una creciente orientación social a la especialización en el interior de la medicina. Se llevan a cabo muchos cambios: el progreso médico alarga la duración física de la vida humana, al mismo tiempo la sociedad baja la edad durante la cual el hombre puede desarrollar una función fundamental para la comunidad.

Para la historia de la medicina el siglo XIX es una época fundamental, de la que no se pueden desconocer las contribuciones objetivas, que han llevado, sin embargo, a peligros, bien conocida la visión positivista del mundo y del hombre con las consecuentes repercusiones en la ética del médico, del enfermo y de la sociedad. El siglo XIX se apoya en estos fundamentos. Las contradicciones y las ambivalencias aparecen aún con mayor claridad. Desde su inicio surge la pregunta, que se repite hasta el final, de alternativas y ampliaciones. La medicina necesita de un fundamento cosmológico y antropológico: la ética trasciende a la biología, la psicología y la sociología, permanece substancialmente dependiente de la filosofía y de la teología.

BIBLIOGRAFÍA

FISCHER, J.: *Doveri e problemi della categoria medica*. Uno studio storico. Vienna e Lipsia, 1912.

KONOLD, D. E.: *Una storia dell'etica medica americana*. 1847-1912. Madison. Wisc., 1962.

SCHIPPERGES, H.: *Utopie della medicina. Storia e critica dell'ideologia medica del diciannovesimo secolo*. Salzburgo, 1968.

HOFFMANN, C.: *Il contenuto del concetto eutanasia nel XIX secolo e la sua trasformazione nel tempo fino al 1920*. diss. med. Berlín (est), 1969.

BURNS, C. R.: *Reciprocità nello sviluppo dell'etica medica anglo-americana, 1765-1865*, en: *Procedure del XXIII Congresso Internazionale de Historia de la Medicina*. Londres, 1972. Londres, 1974. pp. 813-819.

TRICHE, C. W. y D. S. TRICHE: *La controversia sull'eutanasia 1812-1974*, una bibliografía con anotaciones seleccionadas. Troy. N.Y., 1975.

BRAND, U.: *L'etica medica nel XIX secolo*. Friburgo 1. Br. 1977.

ENGELHARDT, D. v.: *La concezione della ricerca nella medicina del XIX secolo*, en A. Diemer, a cargo de: *Concezione e concetto della ricerca nelle scienze del XIX secolo*. Meisenheim a. Glan 1978, pp. 58-103.

TOD, R.: *Il segreto medico del XIX secolo nei testi medici e giuridici*, en: *Nouvelle Presse Médicale* 8 (1979) pp. 2695-2697.

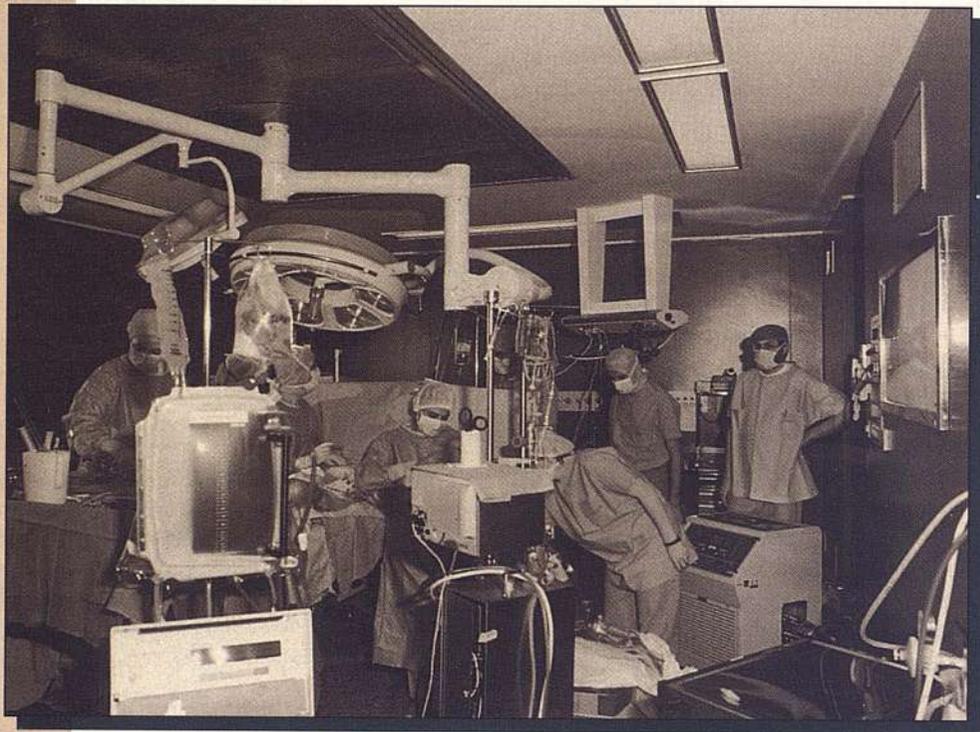
GRACIA-GUILLÉN, D.: *El orden médico. La ética médica de Thomas Percival*, en: *Asclepio* 35 (1983) pp. 227-255.

Banc Sabadell



La Medicina frente al Desafío Antropológico

DIETRICH
VON ENGELHARDT



La teoría y la praxis de la medicina moderna, a pesar del reconocimiento de los impresionantes éxitos obtenidos, se ven obligadas a afrontar notables desafíos. De la medicina se espera no solamente que venza las enfermedades sino que conserve la salud. Hoy se reivindica una mayor autonomía para el paciente, más humanidad en la relación médico-paciente y un nexo más estrecho entre el ambiente vital y el hospital.

LOS PROBLEMAS DE FONDO

La medicina de nuestros días es puesta en discusión y sometida a críticas por numerosos motivos y desde diversas perspectivas. A la objetividad científica se contraponen la subjetividad del paciente y la relación entre el médico y el enfermo; la investigación y el progreso se miran con escepticismo; en la relación con los seres humanos que sufren y moribundos se reclama que sean respetadas las exigencias éticas. Al mismo tiempo se miran con gran expectación las posibilidades de la medicina. La ciencia médica debe intentar estar de acuerdo con los cambios que se suceden, sin renunciar no obstante a la verificación empírica de los conocimientos: y esto en el interés mismo del enfermo. La crítica que viene del exterior de la medicina y la que nace del interior deberían comportarse de manera convergente.

La teoría y la praxis de la medicina moderna, a pesar del reconocimiento de los impresionantes éxitos obtenidos, se ven obligadas a afrontar notables desafíos. De la medicina se espera no solamente que venza las enfermedades, sino también que conserve la salud. A la prevención y a la rehabilitación se le presta una atención mayor, que equilibre esta vuelta a la cura: terapia significa también presencia y asistencia, no sólo tratamiento.

La neta contraposición entre «ciencias de la naturaleza» (*Naturwissenschaften*) y «ciencias del espíritu» (*Geisteswissenschaften*) no es apropiada a la medicina, donde en cambio las conexiones cosmológicas y antropológicas son dominantes: para entender la salud y la enfermedad y para proceder a la diagnosis y a la terapia es necesario recurrir tanto a la naturaleza como a la cultura. Paralelamente a la crítica relativa al papel de las ciencias naturales y de la técnica en medicina, se reivindica hoy una mayor autonomía para el paciente, más humanidad en la relación entre el médico y el enfermo, un más estrecho nexo entre el ambiente vital y el hospital. Son éstas las principales articulaciones de la presente reseña dedicada a los problemas de una medicina humanística.

LA MEDICINA COMO SABER CIENTÍFICO

La medicina es muchas cosas a la vez: ciencia y praxis, investigación empírica con instrumentos de observación y experimentación, explicación de los

fenómenos, elaboración de leyes y teorías, diagnosis y terapia, prevención y rehabilitación. En medicina se coteja con la enfermedad y la salud del hombre, con las causas de la enfermedad y sus manifestaciones, con las posibilidades de la terapia, con la relación que se instaure entre el médico y el paciente. El deber terapéutico que le es propio a la medicina la diferencia en modo significativo tanto de las ciencias de la naturaleza como de las ciencias humanas. Otras diferencias derivan de la naturaleza misma de las disciplinas médicas: el médico y filósofo Karl Jaspers atribuye a la psiquiatría un necesario dualismo metodológico, que comprende el *explicar* (*erklären*) propio de las ciencias de la naturaleza y el *entender* (*verstehen*) propio de las ciencias del espíritu (Jaspers, 1913).

Observación y experimentos son los métodos de la experiencia médica; se emplean tanto en las disciplinas fundamentales, como la anatomía y la fisiología, como en aquellas teóricas y en aquellas clínicas. La experiencia clínica no se identifica con la anatómica y fisiológica hecha en las experimentaciones en animales; la experiencia con el cadáver es también ésta diferente de aquella con el ser humano viviente: cada ámbito de la investigación tiene sus problemas teóricos específicos, así como específicos son los problemas éticos.

La investigación y la terapia en medicina dependen de la intuición. Sobre el valor y sobre los límites de la intuición está en marcha un largo debate, que no ha finalizado ni tan sólo en nuestros días. Para cada epistemología de orientación positivista la intuición constituye un escándalo. Brugsch ve en la intuición «un atajo para el conocimiento de procesos intrincados, en vez de un desarrollo lógico elaborado»; las diagnosis gracias al *golpe de ojo* no están en contradicción con la comprensión causal analítica, no constituyen ni un conocimiento místico, ni un tirar a adivinar, sino un proceso conceptual abreviado: «en cuanto la razón produce el recto conocimiento diagnóstico por el camino más breve, de modo casi automático, esto es no siempre en la modalidad del conocimiento explícito» (1936, p. 271).

La inducción y la deducción son también en medicina formas necesarias del conocimiento científico. Sin las hipótesis y su verificación empírica con los métodos de observación y de experimentación no es posible ningún aumento del saber, con los progresos diagnóstico-terapéuticos que se consiguen. La medicina moderna debe necesariamente referirse a la dimensión empírica; tampoco la psicosomática y la medicina antropológica pueden prescindir de ella, así como lo

pueden hacer la acupuntura, la homeopatía o la medicina antroposófica.

La terapia médica no puede renunciar a probar su eficacia, aún si lo debe hacer de maneras más complicadas cuando se refiere a la experiencia subjetiva que debe ser objetivada; tampoco la relación entre el médico y el paciente puede ser descrita, analizada y valorada científicamente. La noción de medicina científica no se orienta sólo a la mecánica y a la física; también la biología y aún más las ciencias humanas, que en la medicina juegan un papel central, requieren una teoría científica apropiada a ellas. La medicina como disciplina empírica es una ciencia experimental; su deber terapéutico, al que también la diagnosis está ligada, hace de ésta una ciencia práctica (Wieland, 1975).

CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Salud y enfermedad se refieren tanto a la naturaleza como a la cultura. Son conceptos al mismo tiempo descriptivos y normativos; son parte integrante de la vida y no son sólo el uno opuesto al otro. Las piedras no pueden ni enfermar, ni curar. Los conceptos de salud y de enfermedad a los que nos referimos tienen una repercusión fundamental en la diagnosis y en la terapia, en la actitud de fondo del médico y en su comportamiento, en la relación que el enfermo instaura con la propia enfermedad y en las relaciones sociales.

No podemos aquí reconstruir, ni tan sólo a grandes rasgos, las concepciones de salud y enfermedad que han elaborado respectivamente la antigüedad clásica, la Edad Media cristiana, la época moderna secularizada. Todas han dejado rasgos importantes en nuestro patrimonio cultural. Limitamos nuestra atención a los desarrollos más recientes, a partir de la época del idealismo y del romanticismo, desde el inicio del siglo XIX.

El significado metafísico de la naturaleza y de la vida, de la enfermedad y de la terapia es buscado en dirección opuesta a aquella de las ciencias de la naturaleza: a la medicina se le reprochaba el haberse alejado de esta perspectiva. Los filósofos, poetas y médicos de aquella época estaban convencidos que cuerpo y alma, materia y consciencia, a pesar de todas sus diferencias, deben ser entendidos en su identidad; del sufrimiento y de la muerte se debe coger también el sentido positivo. Para Novalis con el Iluminismo se perdió «el punto de contacto con el mundo invisible», y

consecuentemente la verdadera comprensión de la enfermedad: las enfermedades crónicas son años «en que se aprende el arte de vivir y se estructura el mundo emotivo (*Gemütsbildung*)» (1799/1800).

La salud, la enfermedad y la muerte son consideradas por los filósofos Schelling y Hegel en relación dialéctica, como escalones necesarios para la génesis del espíritu natural. Cada enfermedad es un anticipo de la muerte; ninguna terapia puede vencer completamente la perfección de la vida, sin que este límite le quite su razón de ser. Röschlaub, Reil, Schubert, Carus, Heinroth y numerosos otros médicos se han inspirado en concepciones de las enfermedades somáticas y de los dolores psíquicos caracterizadas por un amplio perfil antropológico e influenciadas por la filosofía o por la religión.

A lo largo del siglo XIX la medicina se orienta hacia las ciencias de la naturaleza y toma las distancias del romanticismo y del idealismo. Se derivan importantes concepciones teóricas y muchos progresos terapéuticos impresionantes, pero también limitaciones y unilateralidad, que han llevado a las críticas y a los movimientos alternativos de nuestros días, no solamente a la atención vuelta hacia las concepciones no europeas. Después de este cambio se ha empezado a requerir una objetividad positivista; la subjetividad, así como la metafísica y la transcendencia, han sido consideradas superfluas o peligrosas. Podemos considerar paradigmática la definición de enfermedad proporcionada por Rudolf Virchow: «La enfermedad empieza en el momento en que la capacidad reguladora del cuerpo es insuficiente para eliminar las molestias. No es la vida en condiciones anormales, ni la molestia en cuanto tal lo que produce la enfermedad: esta comienza más bien con la insuficiencia de los aparatos reguladores» (Virchow, 1869, p. 193).

Pero ya hacia finales del siglo XIX se empieza a dudar del concepto de una medicina modelada sobre las ciencias de la naturaleza y a rechazarlo. De la medicina de aquel siglo se nos da aún hoy una imagen a menudo unilateral y aproximada. También según la concepción de muchos médicos del tiempo la medicina no debe llegar a ser únicamente ciencia de la naturaleza, debe comprender los movimientos de ciencias humanas y, a diferencia tanto de las ciencias naturales como de las humanas, debe ser esencialmente determinada por la terapia y no sólo por la teoría. Así Naunyn completa la afirmación programática: «La medicina será ciencia o no será nada», con el añadido —igualmente fundamental, pero a menudo olvidado— que la medicina es terapia: «por esto la humanidad y la piedad nos ponen límites rígidos»

(1905, p. 349). La patología constitutiva y la escuela de la «Medicina antropológica» llaman la atención al principio del siglo XX sobre el significado central del individuo en medicina, sobre la dependencia del concepto de enfermedad del de la salud, sobre la condición del hombre, que se coloca entre naturaleza y cultura. La «introducción del sujeto», propuesta por Viktor von Weizsäcker, se refiere al enfermo, al médico y a la ciencia (Weizsäcker, 1927).

La enfermedad se presenta como un hecho al mismo tiempo físico, psíquico, social y espiritual. Es ante todo un evento físico, una mutación del cuerpo que comporta la incapacidad del organismo de compensar aquellas desviaciones anatómico-fisiológicas de la norma que arriesgan su autoconservación.

Pero la enfermedad es siempre también un hecho psíquico, una transformación de la sensación corpórea, de la percepción del espacio y del tiempo, del humor general y de la consideración de sí mismo. La oposición entre historia subjetiva del enfermo (el cardiópata como persona) y la historia objetiva de la enfermedad (el corazón enfermo como órgano) atraviesa todo el desarrollo de la medicina. No se debe confundir la antropología de la enfermedad o la relación del enfermo con la enfermedad (coping. v. Engelhardt, 1986) con las teorías psicológicas y sociológicas de la causa de la enfermedad. Para afrontar la enfermedad y para conservar el sentido del propio valor la idea de que el paciente tiene las causas de su enfermedad es importante; aún detrás de un interés diagnóstico y etiológico se encuentra a menudo un interés pronóstico, el problema del futuro o, más precisamente, la esperanza de un curso positivo.

La comprensión que el paciente tiene de su propia enfermedad no es unitaria: depende de la naturaleza y del estadio de la enfermedad, así como del sexo, la edad, la personalidad y en el fondo también del momento histórico. Para el enfermo la enfermedad puede tener sobre todo los siguientes significados:

- Desafío.
- Enemigo.
- Castigo.
- Debilidad.
- Alivio.
- Posibilidad estratégica.
- Pérdida o daño.
- Aumento de valor.

(Lipowski, 1970.)

En la percepción y en la valoración del paciente, por esto, la enfermedad no es sólo debilidad, pérdida y daño, según cuanto comúnmente se piensa en la perspectiva propia de las ciencias naturales, con las correspondientes consecuencias prácticas y simplificaciones teóricas.

La enfermedad tiene siempre también una dimensión social. Los aspectos físicos e individuales de la patología tienen consecuencias sociales, mientras por otro lado el origen y el curso de la enfermedad y sobre todo su percepción subjetiva dependen de presupuestos sociales o pueden ser condicionados. El enfermo a menudo sufre por las consecuencias sociales aún más que por la enfermedad misma.

Desde el punto de vista de la sociología de la medicina, el papel del enfermo está constituido por cuatro aspectos:

- Liberación de los deberes cotidianos.
- Liberación de la responsabilidad por el estado de la enfermedad.
- Obligación de querer curarse.
- Obligación de buscar la ayuda de profesionales.

(Parsons, 1964.)

En esta definición de catálogo se entrecruzan aspectos descriptivos y aspectos normativos. Influyen dimensiones históricas y culturales: las sociedades occidentales, en las que la eficiencia y el trabajo representan altos valores, imponen a los enfermos exigencias que en sociedades dominadas por otros valores son menos urgentes. Las influencias culturales tienen un peso mayor en las enfermedades psíquicas (relativismo) de lo que lo tengan en las somáticas (universalismo).

La enfermedad tiene finalmente también una dimensión espiritual, que se extiende más allá de la biología, de la sociología y también de la psicología. Las artes, la teología y la filosofía han representado e interpretado continuamente la salud, la enfermedad y la muerte, a lo largo de la historia europea. La enfermedad puede ser entendida como expiación o como prueba divina: Job es la personificación más alta de la concepción de la enfermedad como prueba. Para Séneca en la experiencia de la enfermedad se unen el dolor físico (*dolor corporis*), el fin de los placeres (*intermissio voluptatum*) y el miedo a la muerte (*metus mortis*). Pascal (siglo XVII) ve en la enfermedad «el estado natural del cristiano», en cuanto en ella no se depende ya de los bienes exteriores y los

pensamientos se pueden volver a los verdaderos valores de la vida. Jaspers reconoce, en el ámbito de la filosofía, que la superación de las enfermedades ofrece la posibilidad de una «transformación del hombre a través de las situaciones-límite» (Jaspers, 1913; 1973, p. 275).

En nuestros días la definición de salud propuesta por la Oms ha tenido una particular resonancia: «La salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la falta de enfermedad». Atestigua en favor de esta definición que la salud se extienda a los ámbitos social y psíquico; su carencia, desde el punto de vista antropológico, está en el haber contrapuesto en modo rígido la salud y la enfermedad y en la exagerada valoración de la salud. La salud es no sólo positiva; a menudo puede ser más apropiadamente definida como la capacidad de soportar handicaps y limitaciones y de saberlas integrar en la vida.

La salud es un concepto opuesto al de enfermedad, pero al mismo tiempo es más que la carencia de enfermedad. La salud es también más del «silencio de los órganos». Tiene un contenido positivo, así como la enfermedad, por su lado, no debe ser entendida sólo como una limitación de la salud. Entre la salud y la enfermedad hay un ámbito en el que no se puede hablar en sentido unívoco de salud o de enfermedad. Salud y enfermedad son de la misma manera expresiones de la vida, pertenecen ya sea a la naturaleza ya sea a la cultura, y deben ser siempre expresadas de manera que abracen tanto una como la otra: no se deben mutilar ni en sentido mecanicista y biológico, ni psicológico o sociológico.

Los conceptos de salud y enfermedad presuponen juicios normativos. En la diferencia entre salud y enfermedad juegan un papel normas estadísticas, ideales e individuales, así como la diferencia entre juicios de hecho y juicios de valor. Estos diversos tipos de normas no se excluyen recíprocamente, sino que más bien se completan. Pueden no obstante también contradecirse.

Los límites de la medicina, llegados a ser manifiestos a nivel mundial, han reportado de nuevo al centro del interés el concepto de salud. Los países en vía de desarrollo se encuentran de frente a problemas peculiares, que derivan de su transformación cultural y de la adopción de la medicina occidental. También Occidente debe poner a prueba aquello a lo que ha dado un valor normativo: la comparación con las tradiciones de otras culturas puede ser a propósito de esto de gran utilidad.

CAUSALIDAD-FINALIDAD

La medicina como ciencia natural ha atribuido un significado decisivo a la causalidad como causa eficiente (*causa efficiens*), mientras la medicina como ciencia humana se orienta firmemente a la causalidad final (*causa finalis*). Existe una relación profunda entre mecanismo y causa eficiente, por una parte, y organismo y causa final, por otra. La crítica vuelta a la psicósomática se vuelve sobre todo a la conexión causal de manifestaciones psíquicas y somáticas y a la presunta mezcla de dos tipos de causas.

El concepto de causa ha estado sujeto a grandes oscilaciones a lo largo de la historia de la medicina, desde la antigüedad. Las discusiones médicas han ido siempre acompañadas o han sido suscitadas por consideraciones filosóficas. Las reflexiones de los médicos sobre causalidad y teleología han sufrido la influencia ya sea de Aristóteles, Alberto Magno, Bacon, Locke, Leibniz, Hume, Kant, Schelling, Comte, Mill, Mach, Dilthey, Vaihinger, ya sea de los progresos de la teoría médica y de la praxis terapéutica.

En la medicina y en las ciencias naturales de nuestros días la casualidad en cuanto «causa efficiens» es sin duda la categoría central respecto a la teleología de la «causa finalis». Contrariamente, la «Medicina antropológica» del siglo XX atribuye más valor al *sentido*. Según Viktor von Weizsäcker, que es uno de los principales inspiradores de este corriente, la medicina no puede ser reducida únicamente al principio causal. Según su opinión, la medicina clínica no hubiera nacido nunca sólo del principio causal. Mucho más importante es la visión en conjunto, que del enredo de las repeticiones y de las anomalías evidencia el cuadro esencial de la enfermedad. Con la teoría del «ciclo de la forma» (*Gestaltkreis*) (1940), von Weizsäcker ha querido superar la concepción lineal de la causalidad, proponiendo la conexión entre causa y efecto. En la totalidad justamente la tensión entre mecanicismo y vitalismo hace madurar la práctica de la medicina.

En la psiquiatría fenomenológico-existencial las enfermedades psíquicas se conceptualizan como objetivos faltos, como específicas formas de autorealización y de intencionalidad. En el autismo del esquizofrénico se debe realizar un significado; tampoco las neurosis no se consideran sólo como reducción caótica, como pérdida o falta, pero pueden ser también expresión de objetivos individuales. Considerar la finalidad es, según Arthur Jores, «por muchos fenómenos el único modo adecuado de entenderlos» (Jores, 1951, p. 6). Aún entre

los médicos no existe ningún consenso sobre la entidad de la participación de la psique en las enfermedades somáticas.

El hipocratismo, en cuanto subraya la fuerza que cura de la naturaleza, es teleología; pero también la terapia quirúrgica y farmacológica se fundan en la tendencia del organismo a curarse a sí mismo, y por tanto sobre una teleología natural. La acción médica se puede interpretar teleológicamente y comparar a la acción del artista. Según Ludolf von Krehl, el médico, que se alía con el enfermo «a través de una común comprensión de las cuestiones últimas de la vida física y psíquica», crea con su acción terapéutica «una nueva obra, que tiene las más profundas relaciones ya sea con la creación de la ciencia pura, ya sea con la del arte, pero al mismo tiempo se acerca a nuestra más alta finalidad humana» (Krehl, 1928, p. 1750).

DIAGNOSIS Y TERAPIA

La noción científica de medicina, el modo de concebir la salud y la enfermedad, así como el concepto de causa, influyen en la modalidad y el fin del proceder médico: a una concepción tecnomorfa en la enfermedad corresponde una terapia tecnomorfa y una relación médico-paciente igualmente tecnomorfa. En las diferentes épocas de su historia la medicina no ha sido de ningún modo reducida al tratamiento de la enfermedad, sino que se ha ocupado también de la conservación de la salud. La noción de terapia puede extenderse también a la asistencia en las enfermedades crónicas y a acompañar a los moribundos.

La misma diagnosis revela una multiplicidad de dimensiones teóricas o prácticas. Ésta nos conduce a la historia precedente del enfermo, a los conceptos de enfermedad, a la unidad nosológica o síntomas concretos, a la terapia y a la valoración de sus resultados. Mediante la diagnosis se interfiere en la vida individual y social; ésta nos presenta continuamente problemas éticos, junto a aquellos teórico-prácticos en sentido estricto.

Las diagnosis no se realizan por sí mismas, sino mirando a las consecuencias terapéuticas: las diagnosis se orientan a la acción (Wieland, 1975). El paciente espera del médico una diagnosis. En la práctica existe, no obstante, también una terapia sin diagnosis: cuando se da una situación crítica, puede ser necesaria una acción sobre la base de la única sospecha de diagnosis. Existen también diagnosis hechas después de

la acción terapéutica, sobre la base de los éxitos terapéuticos (= *ex juvantibus*).

Los actos diagnóstico-terapéuticos tienen múltiples nexos recíprocos. La anamnesis, la visita y la diagnosis llevan a la terapia. La relación de la terapia con la causa aún no es lineal; la lógica de la causa no determina de manera obligada la lógica de la terapia. Se puede reaccionar a una psicosis endógena de modo farmacológico y psicoterapéutico y de apoyo social. No sólo la etiología puede ser multifactorial: puede serlo también la respuesta terapéutica.

En la historia de la medicina europea las tres formas fundamentales de terapia están constituidas por la dietética, la materia médica y la cirugía. Sobre todo el desarrollo histórico de la dietética ilustra los cambios y la continuidad del concepto de terapia en la tradición europea y en la relación con las tradiciones extraeuropeas. La dietética es siempre filosofía de la naturaleza y antropología, es parte de un arte global que tiene que ver con la vida (*ars vivendi*) y la muerte (*ars moriendi*).

El siglo XIX, con su positivismo, interrumpe una tradición que había tenido una nueva llamarada de actualidad en la época del romanticismo y del idealismo (a la dietética se le atribuía el deber de llenar el abismo entre cuerpo y alma, entre naturaleza y cultura, de un modo que puede ser descrito ya sea como espiritualización de la naturaleza, ya sea como naturalización de la cultura). La dietética pierde su más amplio significado para ser reducida a dieta, a crema de avena y a infusiones de manzanilla. Se extingue así una tradición de 2.000 años. La medicina, tomando como modelo las ciencias naturales, se concentra en el tratamiento farmacológico-quirúrgico de las enfermedades y deja caer todo lo que forma parte de la dimensión de la asistencia. Es típica de la época la recomendación estereotipada del Dr. Grabow en los *Buddenbrooks* (1901), que Thomas Mann interpreta en sentido irónico: «Un poco de pichón, un poco de pan blanco».

A principios del siglo XX, la «Medicina antropológica» intenta dar de nuevo a la dietética una mayor importancia, aunque hasta ahora con poco éxito. Según Viktor v. Weizsäcker, el biologismo del siglo XIX ha reducido inapropiadamente la nutrición, así como la sexualidad, a la dimensión física: «Así se pierde no sólo el carácter religioso, sacro y ritual del comer, beber, dormir y hacer el amor; también la misma parte natural se representa de manera restringida y en conclusión falseada» (von Weizsäcker, 1956, p. 94). La medicina obedece en Europa, y donde sea que llega

a difundirse, a otra lógica: la cirugía y los fármacos ocupan un lugar central; en cambio la dietética, la prevención y la rehabilitación se retiran. Hoy se vuelve a defender, con diversas motivaciones, la causa de la prevención y de la rehabilitación; a la dietética en sentido global se le atribuye un papel importante: la terapia debe ser no sólo cura, sino también asistencia.

La transformación del abanico de las intervenciones terapéuticas y la reducción de la dietética a lo largo de la época moderna no tienen motivos sólo internos en la medicina, sino que se conectan a transformaciones culturales generales, que han tenido una repercusión en la medicina. Son la consecuencia de nuevos modos de concebir la salud, la enfermedad y la muerte, de remitirse al cuerpo, a los placeres del cuerpo y del espíritu, de nuevas condiciones de vida y de nuevas instituciones sociales. Ha sido decisiva la secularización moderna: la transcendencia y la metafísica dan a la terapia, a la salud y a la enfermedad dimensiones profundas, que pueden buscarse en vano en la concepción del mundo naturalista de nuestro tiempo.

Diversas corrientes actuales han puesto nuevos acentos y han llegado a ser alternativas en medicina, que obtienen un amplio interés. Entre éstas se cita el movimiento de los *hospices*, la medicina paliativa y los múltiples grupos de *self-help*. Todas estas tendencias tienen en común el objetivo de una específica medicación: superar el abismo entre hospital y mundo de la vida cotidiana y promover la responsabilidad personal de cada uno para la salud y la enfermedad.

Una atención creciente se atribuye a tendencias de terapia mediante el arte: musicoterapia, terapia mediante la danza y la pintura, biblioterapia. El arte puede llegar a ser una terapia; la terapia es ella misma un arte. La terapia mediante el arte se vuelve al enfermo en cuanto persona dotada de una consciencia y de un lenguaje; puede ser concebida y realizada ya sea en la modalidad del consumo de obra de arte, ya sea en aquella de su producción.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

También el tema de la relación médico-paciente juega un papel importante en las discusiones actuales sobre los límites y las posibilidades de la medicina. Desde la antigüedad hasta la actualidad en la historia europea se han desarrollado una serie de modelos que se encuentran también en otras culturas y también hoy pueden proporcionar estímulos esenciales.

Desde la antigüedad recordamos el médico-sacerdote y el médico empírico de la medicina hipocrática, así como la tipología de los médicos de Platón y Aristóteles, que se refiere a las formas sociales del tiempo (médico de los esclavos, médico de los libres, personas instruidas en medicina aún sin ser médicos). Según la concepción cristiana de la Edad Media, detrás de cada médico se perfila la figura del *Christus medicus*, mientras dentro de cada enfermo se perfila aquella del *Christus patiens*.

El desarrollo de la época moderna lleva, junto a la orientación hacia las ciencias de la naturaleza, a una objetivación de la relación médico-paciente, que puede alcanzar una tecnificación de la relación misma. Para este desarrollo y las tensiones ligadas es clásica la contraposición entre el médico personalmente implicado en la terapia y el investigador médico orientado a la ciencia. Con diversas iniciativas se intenta superar el contraste o de compensarlo.

El siglo XIX implica al médico en la objetividad, mientras la subjetividad y la situación social del enfermo pueden ser dejadas de lado. El médico Schweninger frente a este desarrollo llega a la triste conclusión: «La ciencia del médico mata su humanidad» (1906; 1926 II ed., p. 45 s.). La «Medicina antropológica» promueve, con «la introducción del sujeto» (1927), la relación personal entre médico y paciente. *Necesidad y Ayuda* constituyen, según von Weizsäcker, el fenómeno originario de la medicina; tanto el paciente como el médico deben igualmente referirse a la «naturaleza cruciforme» del mundo (1956).

V. E. von Gebattel distingue tres niveles en la relación médico-paciente:

- El nivel íntimo de la compasión.
- El nivel neutro de la diagnosis y de la terapia.
- El nivel de la relación personal.

(von Gebattel, 1953.)

Jaspers propone la comunicación existencial entre el médico y el paciente y pone en guardia tanto del aplanamiento como de la excesiva énfasis: «el médico no es ni un técnico, ni un salvador, sino una existencia frente a otra existencia, un ser humano caduco junto a otro, implicado en llevar al otro y a sí mismo la dignidad y la libertad para el ser, y en reconocerlo como criterio» (Jaspers, 1932, 1973 IV ed., I, p. 127).

La psicología médica y la sociología médica, por su parte, determinan tanto el papel del paciente como el del médico. Una investigadora francesa (d'Hourtaud,

1977) ha puesto de relieve la siguiente jerarquía en la imagen que el paciente moderno se crea del médico:

- Consejero.
- Guía.
- Amigo.
- Confidente.
- Técnico.
- Educador.
- Científico.
- Modelo.

Las diversas situaciones patológicas hacen necesarias diversas relaciones médico-paciente. La cura después de un incidente requiere una relación diferente respecto al tratamiento de una enfermedad física o psíquica crónica. No cada visita dentística debe comportar las condiciones de una relación existencial o personal, como es oportuno y necesario en las enfermedades crónicas o en la asistencia a los moribundos.

Aún reconociendo a la medicina moderna indudables éxitos en el diagnóstico y la terapia, es necesario constatar que en su base está la renuncia a la metafísica y a la religión. Esto produce un vacío, no delimitado por la técnica, que puede recibir explicaciones irracionales. La incapacidad de aceptar la enfermedad, el sufrimiento y la muerte lleva a investigar medios milagrosos, fuera de la medicina oficial. Sería necesario proceder a verificaciones y a confrontaciones con las diversas formas de medicina alternativa, no sólo en general sino también en sentido específico: en su estructura científica, en sus conceptos de salud y enfermedad, en su construcción teórica y objetivos terapéuticos, en su concepción de las causas y de la relación médico-paciente.

La integración de la cosmología, de la antropología y de la transcendencia, respetando al mismo tiempo la racionalidad empírica, promete una respuesta constructiva y no sólo defensiva a las diferentes y controvertidas tendencias de nuestros días; al mismo tiempo puede favorecer un fructuoso diálogo de la medicina europea con la medicina de otras culturas.

EL HOSPITAL

A la medicina, colocada entre la naturaleza y la cultura, le corresponde el hospital, con su creciente importancia en relación al nacimiento, a la enfermedad y a la muerte. Tener una enfermedad

significa hoy, comúnmente, ser destinado a una estancia en el hospital. El hospital ofrece las mejores posibilidades para la diagnosis y la terapia. Cuando el médico de familia o el especialista no ven ya ninguna otra vía de salida, se recurre al hospital.

En el hospital se discute más que nunca la persona del médico y su relación con el paciente. A diferencia de cuanto sucedía en el hospital medieval, en el moderno la función central le corresponde al médico. ¿Cómo se pueden conservar o refundar los antiguos ideales del nexo espiritual entre paciente y médico? Para el paciente en el hospital la relación con el médico es mucho más asimétrica que con el médico de familia o con el que consulta en su estudio. Esto tiene que ver con la institución, pero también con la gravedad de la enfermedad: con la diagnosis y la prognosis el médico anuncia al paciente su destino.

En general el paciente en el hospital no vive aislado, sino junto a otros pacientes. En el pasado la vida común de los pacientes en el hospital constituía una regla. Habitaciones individuales o para pocos pacientes son solamente de nuestro tiempo: antes podían ser hospedados también más pacientes en una misma cama. La comunidad de vida tiene sus propias leyes particulares, que pueden aligerar pero también agravar la condición del enfermo individual.

De los otros pacientes el enfermo recibe informaciones de naturaleza sanitaria —¡que por otro lado son a menudo todo menos exactas!—, recibe consuelo y ayuda; al mismo tiempo se siente obligado a darlo. Derechos, deberes y virtudes del paciente sirven también en el hospital. El hospital requiere proximidad y contactos directos entre los seres humanos, que en la vida cotidiana normal no existirían. Estos contactos pueden, no obstante, suscitar embarazo o encontrar incompreensión o rechazo. Los otros pacientes pueden llegar a ser una fuente de conflictos, envidia y enojos.

El estar enfermo comporta en general una reducción de los intereses y una concentración sobre el propio cuerpo. La atención a sí mismo aleja cada vez más la atención a los otros; el egoísmo personal se opone al empeño social. Pero la enfermedad puede también contribuir a la formación de la personalidad. A menudo se puede observar en el hospital disponibilidad hacia los otros y abnegación en pacientes que están, ellos mismos, golpeados por una enfermedad que progresa. El bien conocido *paciente difícil* es frecuentemente la víctima de remotas, profundas desilusiones; de manera apropiada puede ser inducido a cooperar con los médicos, con las enfermeras y también con los otros pacientes.

El contacto con los parientes y los amigos no es para el enfermo solamente una necesidad sin ambivalencias y sin tensiones. Los familiares representan el mundo externo y la vida sana; se requiere su presencia, pero su ir y venir suscita profundas emociones. Además las visitas están sujetas a los reglamentos del hospital, de manera que comúnmente escapan a la decisión y a la programación del enfermo. La enfermedad obliga a asumir un nuevo papel respecto a los parientes, amigos y colegas de trabajo. La posición horizontal en la cama y la vestimenta del hospital se contrastan con la mirada a la que estamos habituados. A menudo los enfermos tratan de aferrarse a estilos de vida que ya no son posibles; imaginan que deben dar consuelo, allí donde ellos mismos lo necesitan.

La enfermedad crea nuevas formas de comunidad y de soledad, que deben ser aprendidas por todos aquellos que se ven implicados. A Kafka le debemos esta profunda intuición: «El enfermo se siente abandonado por el sano, pero también el sano se siente abandonado por el enfermo». La enfermedad puede reconducir a un núcleo sustancial de la vida humana, frente al que todas las diferencias de posición social y de cultura, de edad y de sexo pierden su habitual capacidad de crear divisiones.

El hospital separa de la vida, y también está a su servicio; a éste recurre el enfermo para su propia curación, pero aparece sólo como una fría realidad, anónima y tecnificada. Se podría imaginar un hospital compenetrado y guiado por una dietética holística, aquella por la cuál la antigüedad ha articulado las así llamadas «sex res non naturales» (las «seis realidades no naturales»). Se trata de cosas que, aún perteneciendo a la naturaleza, no funcionan de por sí, como la respiración o la circulación sanguínea, sino que deben más bien ser cogidas de la mano por el hombre o estilizadas (Rather, 1968): el aire y la luz, el movimiento y el reposo, el sueño y el despertar, el comer y el beber, excrementos y emociones.

No se pueden negar al enfermo los progresos de la medicina moderna; pero contemporáneamente no se debe renunciar a la presencia humana. El abismo entre el ambiente vital y el mundo del hospital debería ser restringido o superado; a la humanización pueden contribuir las enfermeras y los auxiliares tanto como los médicos: aquello que es necesario es dedicar a esta finalidad tiempo y energías.

El movimiento de los *hospices* se une al pasado y al origen del hospital en la Edad Media, y no sólo en el nombre. Según Cecily Saunders (1981), con ello se entiende volver a unir de dos maneras el nacimiento,

la enfermedad y sobre todo la muerte a la vida cotidiana: reconduciéndolas en el ámbito de la familia, o bien —si esto no es posible— llevando a la vida cotidiana al hospital: a través del *rooming-in* en los repartos ginecológicos y pediátricos, así como en los repartos de terapia intensiva y en las habitaciones de los moribundos. Cada hospital, pero principalmente los hospitales cristianos, deberían hacerse estimular por el movimiento de los *hospices*.

El encuentro con el moribundo es la situación-límite de la medicina, del médico y del hospital. En los últimos 30 años el número de fallecimientos en el hospital y en las casas de reposo ha subido del 40 al 60 por ciento. Nacemos en el hospital y allí morimos. El hospital ha conquistado el nacimiento, la enfermedad y la muerte. El morir tiene diferentes aspectos. Son conocidas las investigaciones de E. Kübler-Ross (1969) sobre específicas fases del morir; Glaser y Strauss (1966) han revelado modelos de comunicación en las últimas fases de la vida; Christian von Ferber (1970) ha puesto en evidencia la contradicción entre la finalidad del hospital, vuelta a vencer la enfermedad, y la situación que se vuelve más aguda por el distanciamiento interior y exterior del ambiente y de los otros pacientes. Esta contradicción vale también para el médico que concibe la terapia y el tratamiento sólo como curación, y no también como asistencia humanitaria.

El morir tiene que ver con el dolor, con el aislamiento social, con la angustia existencial y con el miedo a la muerte. De manera correspondiente también la asistencia debería ser diferenciada. A cada uno le esperan papeles y deberes específicos. El peligro mayor es el de confundir al moribundo con el enfermo. La experiencia vivida de la muerte y del morir es la experiencia de la extrañeza: no debería ser puesta aún más dura por la extrañeza en las relaciones con el personal del hospital y con los familiares. Sudnow (1967) habla de muerte social, que puede sobrevenir antes de la muerte física; Kastenbaum (1968) habla, a propósito de esto, de muerte psicológica.

El hospital comúnmente no está organizado de manera que prevea la presencia de los familiares durante el traspaso: faltan habitaciones individuales. Muy a menudo el médico frente a la muerte se retira y pasa la vez a la enfermera y al sacerdote del hospital. La concepción de la terapia como tratamiento y curación, propia de la medicina moderna, puede estar muy alejada de la concepción cristiana de la terapia como asistencia. No se debe resignar; al contrario, se puede desarrollar una fascinante modalidad diversa de acción. Antes no obstante se debe empezar a introducir en la formación universitaria.

Jaspers ha caracterizado la medicina como «unión entre ciencia de la naturaleza y humanidad»: esta expresión se aplica también de modo peculiar al hospital.

ÉTICA EN MEDICINA

«Predicar la moral es fácil, justificar la moral es difícil»: esta afirmación de Schopenhauer nos recuerda la importante diferencia entre la praxis moral y su justificación filosófica. Aún más en general, debemos distinguir entre: comportamiento neutro - costumbre consolidada - praxis moral - justificación ética. A esto se añade la relación de la ética con el derecho, con la psicología y con la sociología. La justificación y difusión o traducción de la ética en la práctica están ligadas, pero son también diferentes, la Biblia contiene mandamientos morales (parénesis), pero no ofrece justificaciones: también el así llamado juramento de Hipócrates es un texto paréntico, no una justificación ética. Entre mandamientos y praxis existe una diferencia; la petición de deberes y de virtudes no es aún una justificación, y además no garantiza su realización.

La compleja relación de la ética con la sociología, la psicología y el derecho en medicina se puede simplificar mediante el concepto de *informed consent*. Este concepto es fundamental tanto para la terapia médica como para la investigación. Sin información y consenso la acción terapéutica en el derecho de muchos países se configura como lesión personal. Este punto de vista jurídico a menudo desencadena malestar en los médicos, que no sienten tomadas en consideración las motivaciones humanas de su obra.

La información y el consenso se desarrollan en una situación social y requieren capacidades psicológicas tanto por parte del médico como del paciente; corresponden además a una costumbre establecida desde hace siglos, son deberes de la deontología profesional del médico. Pero información y consenso no garantizan aún, de por sí, un nivel ético; se pueden referir a contenidos inmorales o inhumanos, hasta que éstos no son excluidos por la ley. La ética se actualiza en el *informed consent* sólo si existe respeto de la autonomía y de la dignidad del paciente por parte del médico, del paciente mismo y de la sociedad. Por esto se debería hablar, más propiamente, de *moral, legal and free informed consent*.

Ethos y ética están íntimamente ligadas: ethos en cuanto comportamiento aceptado y la ética como reflexión y justificación racional. La ética llega a ser

necesaria todas las veces que el comportamiento del hombre no viene aceptado ya como obvio. La ética médica ha acompañado a la historia de la medicina desde su inicio. Ésta tiene tres centros —el médico, el enfermo y la sociedad— y depende tanto de la filosofía como de las relaciones sociales. Los desarrollos de la medicina, la transformación de la conciencia humana, los cambios en la sociedad han producido siempre nuevas situaciones que han requerido soluciones diversas.

La justificación filosófica no basta: es necesario implicarse sobre todo a traducir en la práctica la ética de la medicina. Esto se consigue mediante la formación universitaria del médico y el ejemplo de los colegas en la praxis; pero tiene también sus presupuestos en la educación escolástica y en la cultura general. Desde este punto de vista el estudio de la medicina puede mejorarse mucho en Europa. Muchas veces ha sido avanzada la investigación de una enseñanza autónoma de ética médica, pero hasta ahora no ha llevado a ningún resultado. Sólo en Estados Unidos las escuelas médicas ofrecen una amplia elección de cursos obligatorios y facultativos de ética médica.

A la difusión y traducción en práctica de ética contribuyen también las decisiones de organismos nacionales e internacionales —como la Asociación médica mundial: Helsinki (1964), Tokio (1975)—, la introducción de comisiones de ética a diversos niveles —hospitales, facultades de medicina, órdenes de los médicos, centros de investigación, industrias—, la implicación de especialidades médicas individuales.

Para la práctica siempre es necesario el control jurídico. Es necesario formular leyes que sirvan a la tutela del paciente, pero al mismo tiempo no impidan el necesario progreso de la medicina, que a su vez es destinado al bien del paciente. La autonomía del paciente es equilibrada con la del médico y con las exigencias de la sociedad. La ética médica puede ser concebida como una serie de subdivisiones de poder entre estas tres opciones o tres centros.

Las transformaciones históricas nos llevan finalmente a preguntarnos: ¿tenemos necesidad de una nueva ética médica? Necesariamente aparecen siempre nuevas aplicaciones, nuevas fórmulas prácticas, nuevos reglamentos jurídicos; no parece en cambio necesaria una ética que sea esencialmente nueva. Muchos principios del pasado no han perdido absolutamente nada su validez. Deben encontrarse integraciones y traducirlas a la práctica. La mirada vuelta al presente tiene necesidad de ser completada con la mirada vuelta al futuro.

Frente a la diversidad de confesiones religiosas y de las convicciones políticas divergentes, es necesario buscar un consenso mínimo convincente en la ética médica. Los ideales del pasado pueden ofrecer impulsos; el comportamiento en relación a la salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte pide siempre nuevas verificaciones. La medicina humana que emerge es aquella que sabe unir las ciencias naturales y las ciencias del hombre: concibe la terapia como encaminada a la prevención, cura y rehabilitación; ve como deber propio también la asistencia y la presencia al paciente en todo el proceso de la enfermedad, sufrimiento y muerte. Cuando la ética en medicina llega a ser realidad, forma parte de una expresión esencial de la cultura.

Podemos tomar como punto de referencia el caso de la bioética en Estados Unidos, justamente en el momento en que está entrando en una nueva fase. Las fundaciones filosóficas que ha recibido hasta ahora —provenientes sobre todo del ámbito de la filosofía analítica— se consideran cada vez más como demasiado unilaterales y necesitadas de integraciones por parte de numerosas otras posiciones.

Transcendencia y antropología, biografía individual y comunicación, arte y emotividad, ciencias sociales y biología avanzan al derecho de ciudadanía en ética, junto a lo que se refiere a los consolidados principios —autonomía, beneficio y justicia— que ha caracterizado hasta ahora a la bioética americana.

Las nuevas palabras-clave son: *hermenéutica, fenomenología, nueva casuística y virtud.*

La hermenéutica se refiere a la historia del enfermo, a las dimensiones narrativas tanto de la condición del enfermo como de la terapia y de la relación médico-paciente. La fenomenología entiende reproducir de modo descriptivo el encuentro clínico y sus repercusiones sobre una ética fundada clínicamente. La nueva casuística propone proceder en las reflexiones morales no tanto partiendo de certezas absolutas, como de historias clínicas paradigmáticas y de máximas en torno a las que se crea el acuerdo. La perspectiva de la virtud llama la atención sobre características morales de cada uno y de la comunidad, en vez de sobre las soluciones teóricas de los problemas.

Un modo específico de volver el ejercicio de la cura de la salud menos dependiente en sentido exclusivo de la profesión médica puede contribuir también a favorecer la ética en medicina. Dos ejemplos en este sentido están constituidos por el movimiento de los *hospices* y por el movimiento de las curas paliativas, el cual se propone objetivos de asistencia global, más allá de la única terapia del dolor.

Todo lo que ha sido adquirido en 25 años de bioética en América se conserva. La autonomía del paciente y del médico gozará de gran consideración también en el futuro; el *informed consent* continua dejando el presupuesto esencial de cada terapia. Pero el fondo biográfico y cultural, la génesis y los límites de los principios éticos y de los comportamientos adquirirán siempre una mayor importancia.

A menudo las nuevas orientaciones propuestas se muestran en sus aspectos esenciales más distintas que nuevas: coinciden más bien con bien conocidas concepciones que en Europa han sido expresadas en el pasado y continúan siendo tomadas en consideración en el presente. Los mismos estudiosos americanos lamentan los propios límites lingüísticos: suelen ignorar las posiciones teológicas y filosóficas desarrolladas en otros países y la literatura científica internacional, si no está redactada en inglés. De todos modos, estímulos recíprocos en diversos ámbitos son posibles y necesarios.

La ética médica es parte esencial de la medicina. Su desarrollo y su difusión no deberían verse obstaculizadas por falsas alternativas o por el imperativo de lo factible. La enfermedad no es sólo una manifestación física, psíquica y social, sino también espiritual; la autonomía moral de las personas permite dar respuestas diferentes a la enfermedad. En este sentido la medicina, en cuanto disciplina antropológica, une las ciencias de la naturaleza con las ciencias del espíritu.

BIBLIOGRAFÍA

- BRUGSCH T., *Ganzheitsproblematik in der Medizin, zugleich eine Einführung in die medizinische Erkenntnislehre*, Berlín, 1936.
- ENGELHARDT D. VON, *Mit der Krankheit leben. Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten*, Heidelberg, 1986.
- FERBER C. VON, «*Der Tod. Ein unbewältigtes Problem für Mediziner und Soziologen*», en *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 22, 1970, pp. 237-250.
- GEBSATTEL V. E. VON, «*Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung*», en *Studium Generale*, 6, 1953, pp. 464-471; también en *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Berlín, 1954, pp. 361-378.
- GLASER B. G. y STRAUSS A. L., *Interaktion mit Sterbenden* (ed. ingl. 1966), Göttingen, 1974.

HOURTAUD A. D', «*Ce que les gens attendent du médecin et de la médecine au sujet de leur santé*», en Cahiers de sociologie et démographie médicales, 17, 1977, pp. 89-96.

JASPERS K., «*Ein Beispiel: ärztliche Therapie*», en Philosophie, Bd. I, Berlín, 1932, Heidelberg, 19744, pp. 121-129.

JORES A., «*Vom Sinn der Krankheit*», en Medizinische Welt, 20, 1951, pp. 6-11.

KASTENBAU R., «*Psychological Death*», en Person L. (ed.), Death and Dying, Cleveland, 1968, pp. 79-107.

KREHL L. VON, «*Krankheitsform und Persönlichkeit*», en Deutsche Medizinische Wochenschrift, 54, 1928, pp. 1746-1750.

KÜBLER-ROSS E., «*Interviews mit Sterbenden*» (ed. inglesa 1969) Stuttgart, 1969.

LIPOWSKI Z. J., «*Physical Illness, the Individual and the Coping Processes*», en Psychiatry in Medicine, 1, 1970, pp. 91-102.

NAUNYN B., «*Ärzte und Laien*», en Deutsche Revue, 30, 1905, pp. 185-196, 343-355.

NOVALIS, «*Fragmente und Studien*, 1799/1800, en Schriften, Bd. 3, Darmstadt, 1983.

PARSON T., «*Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Americas*, (1964), en Mitscherlich A. (Hr-sg). Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln, 1967, pp. 57-87.

RATHER L. J., «*The six things non-natural*», en Clio Medica, 3, 1968, pp. 337-347.

SAUNDERS C., SUMMERS D. H. y TELLER N. (eds.), «*Hospice*, The Living Idea, London, 1981.

SCHWENINGER E., «*Der Arzt*, Dresden 1906, 19622.

SUDNOW D., «*Organisiertes Sterben*» (ed. ingl. 1967). Frankfurt a.M., 1973.

VIRCHOW R., «*Über die heutige Stellung der Pathologie*», en Tageblatt der 43. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, 1969.

WEIZSÄCKER V. VON, «*Pathosophie*, Göttingen, 1956.

WIELAND W., «*Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*, Berlín, 1975.

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ



DR. J. SETOAIN QUINQUER

MEDICINA NUCLEAR

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL.

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINAL Y ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINAL Y OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

MAMOGRAFÍA Y TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS

TERAPÉUTICA

METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

LABORATORIO

ESTUDIOS FUNCIONALES «IN VIVO»: HEMATOLÓGICOS, GASTROINTESTINALES Y RENALES • PRUEBAS ESPECIALES «IN VITRO»: HORMONAS, MARCADORES TUMORALES Y RECEPTORES HORMONALES.

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 93 444 35 00 - Fax 93 444 35 05 - 08029 BARCELONA

Sobre la clasificación y sobre la historia de la Ética Médica

DIETRICH
VON ENGELHARDT



No se puede poner en duda la necesidad de la ética en la medicina; se pueden, no obstante, expresar valoraciones diferentes de su significado y de su dirección. El cambio y la duración de la ética médica deben ser considerados de igual manera. Clasificación e historia están conectadas y se condicionan recíprocamente.

CLASIFICACIÓN

LA ÉTICA BAJO PERSPECTIVA FILOSÓFICA

«Predicar la moral es fácil, fundar la moral es difícil»; con esta locución el filósofo Schopenhauer recuerda la importante diferencia entre praxis moral y fundación filosófica. De manera aún más general es necesario diferenciar entre el comportamiento neutral-costumbre/uso establecido y la praxis moral-fundación ética. A esto se añade la relación de la ética con el derecho, la psicología y la sociología. La fundación y la extensión o la transposición de la ética a la praxis están unidas, ciertamente, la una con la otra, pero están también separadas la una de la otra.

La Biblia contiene mandamientos morales (parénesis), pero no ofrece ninguna fundación; también el así llamado juramento hipocrático es un texto parenético y no una fundación. También entre los mandamientos y la praxis subsiste una diferencia; la enunciación de los deberes y virtudes no constituye aún ninguna fundación y además no garantiza su realización.

La fundación de los valores morales y la praxis del comportamiento moral pueden tener un curso diferente, como en efecto ha sido también en la historia. En línea de máxima es posible traer un cierto orden a las múltiples posiciones según las siguientes dimensiones: el nacimiento (casualidad), el objetivo (finalidad) y la apariencia (fenomenicidad) de la ética pueden referirse a la naturaleza, al individuo, a la sociedad o a la metafísica-religión o también a una combinación de estas dimensiones. La consciencia del individuo, por ejemplo, fue repetidamente considerada el lugar privilegiado del comportamiento moral y al mismo tiempo a menudo fue considerada el lugar esencial de su nacimiento y de su objetivo; la consciencia es sin duda una instancia central de la praxis moral, pero la consciencia y los sentimientos morales —por ejemplo el sentimiento de responsabilidad— no pueden ser válidos como instancia suprema de la fundación.

La relación entre ética y derecho es compleja. La ética no se resuelve con el derecho, pero necesita de las leyes. El derecho se refiere a un *mínimo ético* (W. Jellinek), en el sentido del respeto de normas elementales cuyo cumplimiento se persigue aún con una particular obligatoriedad —*máximo ético* (G. v. Schmoller).

El derecho regula también fenómenos éticamente indiferentes. No todo aquello que no está jurídicamente prohibido puede ser considerado éticamente sostenible. El experto en derecho de la medicina Laufs habla de un «estrecho margen de discreción no juzgable» (1980). Los ámbitos del derecho y de la ética se sobreponen, pero no son idénticos y divergen el uno del otro en la valoración subjetiva y la actuación objetiva.

La ética se conecta a la psicología, a la sociología y a la misma biología, pero no puede ser deducida de esta disciplinas; junto a las erróneas conclusiones naturalistas se suman a continuación aquellas psicológicas y sociológicas. Contra esta tendencia ya Kant subraya con razón: «Los principios empíricos no son para nada idóneos para fundar las leyes humanas». No se puede, por otra parte, ni siquiera negar que tales disciplinas deban ser tomadas en consideración; la realización de principios éticos se cumple en el mundo de los sentimientos, de las necesidades y de las condiciones sociales y económicas.

Para la medicina se puede ilustrar de manera sensata la relación compleja de la ética con la sociología, con la psicología y con la jurisprudencia mediante el concepto de *informed consent*. Este concepto es fundamental para la terapia y la investigación médica. En la República Federal, la acción terapéutica efectuada sin proporcionar una explicación al paciente y sin su consentimiento para el derecho vigente representa una lesión personal; esta posición jurídica provoca a menudo malestar en los médicos, a causa del desinterés de las motivaciones humanas de su quehacer. Explicación y conformidad se realizan en un contexto social y requieren sensibilidad psicológica por parte del médico, pero también por parte del paciente; esto responde además a una costumbre establecida desde hace siglos, son los preceptos de la ética de la clase médica. Explicación y conformidad no garantizan aún, no obstante, de por sí, un nivel ético; podrían referirse también a contenidos inmorales o inhumanos, si no están ya prohibidos por la ley. La ética se realiza en el *informed consent* sólo con el respeto de la autonomía y de la dignidad del paciente por parte del médico, del paciente mismo y de la sociedad; en resumen, se debería hablar por ello más concretamente de *moral, legal and free informed consent*.

ÉTICA MÉDICA O ÉTICA EN LA MEDICINA

La ética en la medicina está conectada a la ética filosófica o bien significa una fundación filosófica del comportamiento ético de la medicina; por ello la ética médica no es una ética individual, sino más bien una ética de situaciones individuales. La responsabilidad del médico deriva sobre todo de un doble motivo: a pesar de toda la necesaria corresponsabilidad del paciente, el bien supremo de la salud humana se confía casi exclusivamente al médico —y esto vale también para el investigador médico. Una completa simetría en la relación entre médico y paciente no es posible; el paciente, en cuanto persona en estado de necesidad, no puede ser comparado al médico, que es aquel que presta socorro. Bajo tal perspectiva, la asimetría es una característica de fondo de la medicina, que todavía no puede esconder la originaria identidad y simetría entre médico y paciente. Con la terapia se transfiere al médico autonomía por parte del paciente; su terapia debe consistir en una restitución de esta autonomía al paciente.

La separación siempre más difusa entre los médicos en relación a la ética médica no deriva del rechazo de la ética de la medicina, sino sobre todo de la confusión de la fundación y de la praxis o, en otras palabras, de la suposición de que la ética filosófica quiera ya ser y quiera ya garantizar la eticidad de la praxis médica. Será necesario admitir la necesidad de reflexiones éticas y de una legislación jurídica en la medicina, en consideración del hecho de que la consciencia nos proporciona también un anclaje espiritual junto al emotivo; pero ésta no representa de hecho una instancia siempre esperable: por ejemplo no lo es en las situaciones graves y menos todavía en la programación a distancia, es decir en la valoración de los pros y contras de la consecuencias futuras.

Pero también en el caso de decisiones que sobrevengan inesperadamente y no deban ser tomadas con prisa, el conocimiento de posiciones y de argumentaciones éticas es una ayuda para el médico, así como para el paciente y sus parientes:

En tiempos en los que el corazón y el sentimiento se elevan a criterio de aquello que está bien, ético o religioso, de la teología científica y de la filosofía, llega a ser necesario recordar la experiencia banal (Hegel).

ESTRUCTURA DE LA ÉTICA MÉDICA

La ética en la medicina no puede ser limitada sólo al médico —ésta sería la ética del médico—, interesa de la misma manera también al paciente y a la sociedad. La ética del paciente y la ética de los grupos sociales se unen a la ética del médico. En esta estructura relacional, la relación entre médico y paciente tiene un significado sin duda vistoso. Cada centro de este triángulo se refiere a los otros centros y contemporáneamente a sí mismo: el paciente a la enfermedad y a los otros pacientes, el médico a la medicina y a sus compañeros, la sociedad a las otras sociedades o subunidades sociales. La ética médica, puesto que forma esta estructura interna de tres centros y nueve relaciones, depende además de la condición de la medicina en la teoría y en la praxis, y está influenciada por factores ideales y materiales.

El gráfico de la página siguiente evidencia estas conexiones: la ética del médico se refiere a la relación del médico con el enfermo, con la situación social e individual, física, psíquica y espiritual, con su estar enfermo, con su sufrir y morir, y también con los parientes y con los amigos del enfermo, con los compañeros, con la representación de categoría, con la medicina como ciencia, y finalmente con el Estado. La ética médica ha encontrado su expresión en diversas obligaciones: obligación de dar explicaciones y de respetar el secreto profesional, obligación de prestar asistencia y cura, obligación de respetar y proteger la integridad corpórea y espiritual; la ética del médico interesa al diagnóstico, al pronóstico, al concepto que el médico tiene de la enfermedad y a la comprensión de la enfermedad por parte del enfermo, a la investigación médica, a la formación y al aplazamiento, el pago, la consulta y la publicidad, a la relación con la organización de categoría.

Los diversos valores y obligaciones se reflejan en numerosos juramentos de los médicos y en declaraciones médicas; oposiciones y competencia no se excluyen. La responsabilidad de la decisión no podrá, no obstante, serle sustraída al médico individual; junto al dolor individual para el paciente y el daño general para la sociedad, que podrían derivar de decisiones erróneas, el médico debe también pensar en las consecuencias jurídicas para sí mismo. La personalidad del médico, su comportamiento en relación a los límites y a las posibilidades de la técnica de la medicina, su comprensión de la enfermedad y de

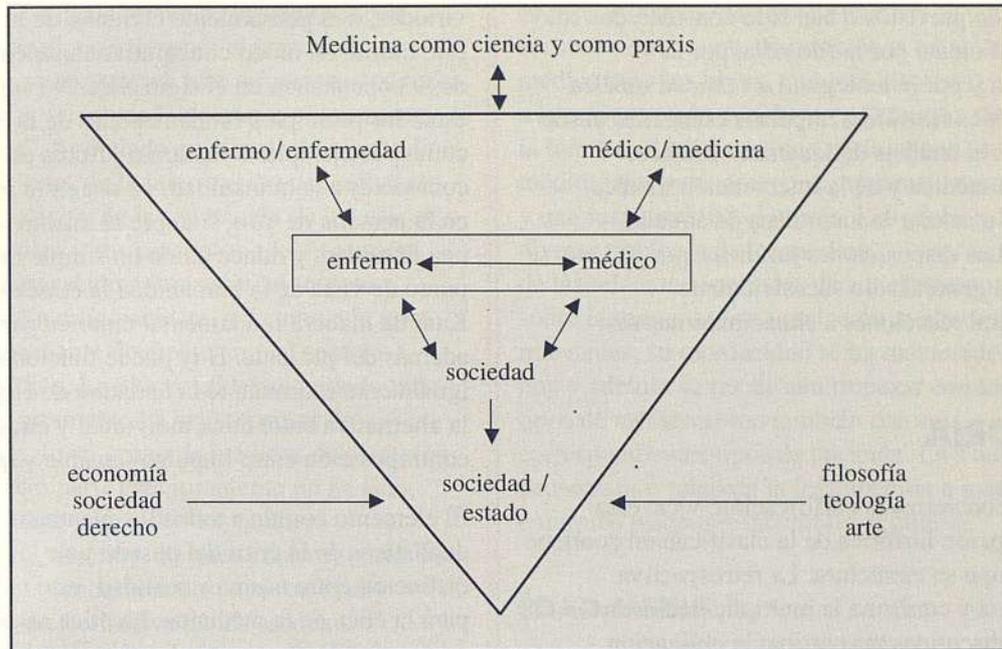


Fig. 1. Estructura de la ética médica

la terapia, su comportamiento en relación a la persona enferma y a la sociedad caracterizan sus concepciones éticas y su praxis moral.

De la misma manera se pueden diferenciar los aspectos éticos del enfermo y de la sociedad. Hoy se tiende a hablar más de los derechos que de los deberes del enfermo; en el pasado se había siempre discutido también sobre los deberes y las virtudes del enfermo. Al enfermo se le adscribe el deber de ser abierto en relación al médico, de llevar a cabo sus propuestas terapéuticas, de comportarse respetuosamente en relación a los otros enfermos y a las personas sanas, de querer en general superar la enfermedad y de aceptar la fundamental debilidad y la limitación de la vida humana. En todos los ámbitos es posible tanto el éxito como el fracaso. Según Spranger (1935) pueden ser reconocidas al enfermo tanto las reservas éticas de la naturaleza humana como la fragilidad de la cultura, detrás de la cual «aparentemente vive una maldad originaria».

El control de la formación universitaria y de la praxis médica se remite al Estado; el Estado desarrolla una función de protección del enfermo; cada paciente debe fiarse del hecho de que él en el médico encuentra una persona con una preparación científica. El Estado debe también tutelar al médico de pretendidas ilegitimidades y debe proteger su autonomía. Los Estados adhieren también acuerdos internacionales para el vencimiento

de enfermedades, como por ejemplo para la lucha contra las epidemias o para la asistencia médica a las víctimas de guerra. La ética de la sociedad consiste en la relación moral de los amigos, de los parientes, de los compañeros de trabajo y de otros grupos sociales en relación al enfermo, al médico y en general en relación al sufrimiento, a la enfermedad y a la muerte.

En esta estructura nacional, la ética médica está siempre conectada al desarrollo de la medicina, a la ampliación del saber médico, a la mejora de las posibilidades técnicas y a la introducción de nuevos métodos diagnóstico-terapéuticos. El progreso de la medicina ha traído nuevos problemas éticos y al mismo tiempo ha superado viejos problemas. La ética médica se caracteriza, además, por una serie de presupuestos socioculturales o material-ideales. Economía y política influyen sobre las argumentaciones éticas y sobre todo sobre la aplicación de principios éticos en la praxis.

La unión con la filosofía es esencial. Queda siempre por examinar qué específica dependencia, filosófica, jurídica y también teológica, ha determinado concepciones y exigencias ético-médicas. Es necesario considerar también las influencias que provienen de las artes y de la literatura, de las imágenes del paciente y del médico, de la enfermedad y de la cura que éstas ofrecen. Al contrario, en la medicina se presentan por igual continuamente problemas éticos

que no han sido previstos o han sido considerados sólo en modo insuficiente por la filosofía, por la jurisprudencia y por la teología. La realidad médica ha dado a la ética filosófica impulsos esenciales desde la antigüedad; el análisis del quehacer médico, de la decisión médica y de la intervención médica puede ayudar a aclarar la naturaleza de aquello que es ético. Las disposiciones jurídicas, por su lado, se desarrollan en general sólo sucesivamente y son en general reacciones a situaciones nuevas.

LA HISTORIA

La historia concretiza la clasificación; viceversa la descripción histórica de la clasificación contiene al mismo tiempo su estructura. La retrospectiva histórica ilustra y confirma la multiplicidad de las dimensiones discutidas más arriba; la obligación de proporcionar una explicación y el silencio profesional, la aprobación de la terapia, la relación médico-paciente, las finalidades terapéuticas, la relación con nacimiento y muerte estarán en primer plano en este esbozo histórico.

Refiriéndonos a la ética filosófica, para la ética en la medicina no se pone sólo en duda su fundamental dependencia de la filosofía sino, considerando la moderna realidad de vida y sobre todo los progresos técnico-científicos, se presenta también la cuestión de la necesidad de una nueva ética filosófica. Desde el momento que subsiste una diferenciación entre la praxis ética, la fundación ética y la extensión o la aplicación de la ética a la práctica, también esta pregunta se puede responder solamente de manera diferenciada. En los principios no existe realmente necesidad de una ética nueva y por otra parte la acogida de un nuevo principio no debe ni mucho menos significar ya una ética nueva; son, no obstante, necesarias nuevas modalidades de aplicación a la praxis, nuevos controles, nuevas respuestas jurídicas a las actuales situaciones de la terapia y de la investigación.

Los planteamientos anteriores y los sistemas anteriores de la ética filosófica no pueden ser aquí expuestos de modo detallado. Son muchas las contribuciones de la historia importantes para la medicina. Se ha seguido mostrando importante la distinción, ya evidente en Platón y Aristóteles, entre los usos transmitidos y el comportamiento moral fundado racionalmente. En la medicina se recobró continuamente el esquema veterocristiano de las

virtudes, o el pensamiento cristiano de la compasión, éste último en modo constitutivo también para la ética de Schopenhauer, en el siglo XIX. No superados están los principios fundamentales de la ética kantiana, como por ejemplo la máxima: «Actúa en modo que consideres a la humanidad, ya sea en tu persona, ya sea en la persona de otro, siempre al mismo tiempo como una finalidad, y nunca como un simple medio». Con el punto de vista de la humanidad la ética es explicada por Kant de manera fundamental también para el futuro, además del presente. Hoy puede funcionar de modo igualmente estimulante la tentativa de Hegel de superar la alternativa entre ética individual y ética social y la contraposición entre impulso sensible y querer racional.

El elemento común a todos los planteamientos dualísticos de la ética del pasado y de la presente es la distinción entre norma y realidad; esto vale también para la ética de la medicina. La ética no puede agotarse en descripciones y quien desea atenerse a la ética debe soportar tensiones entre norma y realidad. No son posibles previsiones completas de las consecuencias del comportarse; las perspectivas deontológicas y teológicas deberían completarse recíprocamente. Por otra parte la moralidad se muestra a menudo sólo en la reacción a los acontecimientos y no solamente en su producción planificada.

LA ANTIGÜEDAD

La historia de la ética médica, o la ética en la medicina, se refiere a la filosofía y durante muchos siglos ha estado ligada también a la teología; aún tiene también una tradición propia, es filosofía instruida en el propio terreno específico. La unidad originaria de la medicina, teología y derecho ha sido abandonada en el curso de la historia de la humanidad, pero se reencuentra continuamente como ideal en todos los movimientos fundamentalistas.

Al principio de la historia, en las sociedades arcaicas y en las grandes culturas de la antigüedad se encuentran las peticiones hechas al médico, las interpretaciones morales de la condición de enfermo y las disposiciones estatales. La obra legislativa del rey Hammurabi (hacia 1750 a.C.), que se remontaba a prescripciones suméricas más antiguas, contiene reglas sobre la actividad del médico —y se nos transmite también un primer reglamento de las tarifas—, de las que resultan evidentes el peso de la posición social del paciente por el proceder del médico y el desinterés por la investigación médica.

Base de la ética médica a través de los siglos hasta nuestro tiempo llegó a ser después el juramento de Hipócrates, o mejor, ya que este juramento con toda probabilidad no proviene de Hipócrates, el juramento del siglo V-IV a.C. formulado en el espíritu hipocrático, con sus prohibiciones de la interrupción del embarazo, de la eutanasia activa y de la separación de los cálculos por parte del médico y sus preceptos a la discreción, al rechazo de causar daño e injusticia, al respeto moral en relación a cada paciente, así como a la prisa en relación al enseñante de medicina y al secreto del saber del médico. La alta consideración de la vida presente en este juramento ha hecho pensar en la autoobligación de un grupo de médicos de dirección pitagórica. Por otra parte este juramento no ha sido, de hecho, vinculante para todos los médicos de la antigüedad y, aún hoy, no puede corresponder ya más, en momentos fundamentales, a la realidad y la autocomprensión normativa de los médicos.

En la tradición estoica, está permitida al médico la ayuda activa a morir, como también el suicidio, en aquellos casos en que la consciencia racional y el obrar moral del hombre se ven comprometidos o anulados por sufrimientos físicos o espirituales. La virtud promete la armonía suprema, es dominio sobre los sentidos que permite el suicidio en caso de una pérdida amenazante. Un ejemplo famoso de la colaboración de un médico se encuentra en Séneca que, en vista de la persecución política bajo Nerón, decidió poner fin a su vida y en aquella ocasión encontró apoyo en su médico. El emperador Augusto indica con *eutanasia* el ideal de la muerte dulce y veloz que también él desea para sí mismo.

Junto al juramento hipocrático se encuentran otros numerosos pasajes que se refieren a la ética médica. Se describen la conducta, el vestido y el lenguaje del médico modelo. El deber de dar una explicación, que no se menciona en el juramento hipocrático, puede ser limitado: el médico debe tener de por sí los pronósticos desfavorables. Se pide o se justifica la renuncia a la terapia en el caso de enfermedades que parezcan sin esperanza. El médico tiene derecho a esperarse del paciente un apoyo activo: «El enfermo debe defenderse junto al médico de la enfermedad». En la antigüedad la ética no se refiere sólo al comportamiento, sino también a la adquisición de conocimientos.

Durante toda la creciente separación de medicina y filosofía subsisten aún relaciones recíprocas. Platón y Aristóteles no toman la medicina sólo como ilustración de la política y de la ética; de ellos derivan además

de esto tres tipos clásicos de médico: el médico de los esclavos, que emana disposiciones como un dictador; el médico para los libres, que está dispuesto a la conversación e incluye en la terapia también a la familia; el médico como profano con una formación médica, que presupone una preparación autodidacta y una responsabilidad propia. Los efectos de esta diversa tipología de los médicos —expresión también de las relaciones políticas de aquel tiempo— sobre la moralidad de la relación médico-paciente son relevantes; su mordacidad se ha mantenido hasta hoy y además se puede aún tropezar con todos estos tipos de médico como también con sus correspondientes tipos de paciente. En Platón encontramos también la legitimación a matar a los enfermos psíquicos incurables (*Politeia*).

EDAD MEDIA

En la Edad Media europea, médico y paciente, enfermo y terapia se encuentran bajo la perspectiva cristiana. *Christus medicus* y *passio Christi* son orientaciones para cada médico y cada paciente, y proporcionan por tanto el verdadero fundamento a los deberes y a las virtudes en la enfermedad y en la cura. Las estandarizaciones corrientes y las alternativas habituales de nuestro tiempo se cuestionan o se suprimen; la enfermedad puede ser indicada como saludable (*salubris infirmitatis*), la salud como nociva (*perniciosa sanitas*). La terapia es siempre algo más que una mera superación de daños corporales; la curación y la salud están profundamente ligadas la una a la otra; necesariamente conectadas con la expulsión del paraíso (*homo constitutus*) están la enfermedad, sufrimiento y muerte en la vida terrenal (*homo destitutus*), que son derrotadas definitivamente en la resurrección del hombre (*homo restitutus*). Salud, enfermedad y terapia anticipan este curso de la historia de la salvación. La liberación activa del sufrimiento se prohíbe tanto al médico como al herido.

Entre las obras de caridad se cuenta, según la palabra en Mateo (25, 34 y sig.), también la cura de los enfermos: «Yo he estado enfermo y vosotros me habéis visitado». Las cuatro virtudes clásicas y las tres cristianas (justicia, sabiduría, fortaleza, templanza, fe, esperanza, caridad) sirven tanto al médico como al paciente; adecuadamente incluidas son atemporales. En la Edad Media se atienen al juramento hipocrático; Apolo se sustituye por Cristo. El tener compañía durante la enfermedad y la muerte se entiende como un deber esencial del médico, su proceder no se agota

con la terapia. Hildegard von Bingen pone la *misericordia* del médico por encima de cada cura. El mundo medieval conoce por otra parte también la exclusión de los leprosos de la sociedad, igualmente justificada con la palabra de la Biblia, y la operación cesárea bajo perspectiva teológica, para poder sepultar a la madre y al bebé bautizado en la tierra consagrada del cementerio. Los médicos ciudadanos prestan juramentos específicos en el momento de su asunción. La obligación de asistencia no es vigente todavía en modo absoluto; en las epidemias de peste no se requiere de manera incondicional la perseverancia de los médicos. En las *Constitutiones* de Federico II, de 1241, la formación y la actividad del médico se subordinan al control estatal; el estudio debe comprender tres años de ciencias humanísticas y, antes de la actividad terapéutica, un año de práctica. Desde entonces el médico debe siempre responder por sí mismo también en relación al Estado.

La medicina islámica, como la Edad Media cristiana, declara vinculante el juramento hipocrático. El ideal es el médico con una formación filosófica y es reclamada una relación médico-paciente humana. El secreto profesional puede ser limitado por los médicos árabes a la diagnosis y puede ser sometida al paciente la petición de no aliarse con la enfermedad, sino de combatirla. Claramente estas peticiones son también el fruto de experiencias correspondientes; al médico se le aconseja ocasionalmente que concuerde el honorario en caso de enfermedad antes del inicio de la terapia.

EDAD MODERNA

La secularización y la naturalización del Renacimiento repercuten también sobre la ética en la medicina, caracterizando la situación en los siglos sucesivos. Aumentan la cientifización y la tecnificación. Disminuye la dependencia de la teología y la filosofía. Contrariamente a la antigüedad y a la Edad Media nace una tradición independiente de ética médica. El desarrollo de la filosofía tiene continuas repercusiones en la medicina, como al contrario también los progresos en las ciencias naturales y en la medicina tienen sus consecuencias en la filosofía.

Con Paracelso la ética mantiene una función central en la constitución de la medicina. La virtud del médico es, junto a las otras tres columnas, la «cuarta columna de la medicina y permanece junto al médico hasta la muerte». El verdadero médico es un *médico cordero*, que se sacrifica por el paciente y no piensa

despiadadamente en sus ventajas como el *médico lobo* y no adquiere su saber sólo de los libros y de la tradición, como el *médico mala hierba*.

Igualmente decisivas son para Paracelso la *misericordia* y la *caritas* del médico: «Donde no hay amor para el enfermo, allí no hay ni mucho menos ninguna arte médica». La ética se refiere al proceder y al conocer; el médico puede comportarse de modo moralmente correcto o faltar no sólo en el contacto con el enfermo, sino también en el experimentar, el teorizar o el publicar. Es esencial la autoeliminación: «Donde la naturaleza falla no probar más allá».

La eutanasia —como el suicidio— puede ser de nuevo juzgada positivamente a partir del Renacimiento, así en Moro (1516), así también en Bacon (1623). Bacon habla por primera vez en la época moderna de eutanasia y distingue *Euthanasia interior* como asistencia espiritual (*animae praeparatio*) de una *Euthanasia exterior* como abreviación de la vida (*excessus lenis et placidus*). Bacon y Moro se atienen, no obstante, a la voluntad libre y a la cura continua del paciente, si ellos no quieren la eutanasia activa: «No matan, no obstante, a nadie contra su voluntad y no lo curan por esto también con menos premura» (Moro). En aquel tiempo y en un desarrollo futuro, las dimensiones decisivas de la eutanasia son la eutanasia pasiva y la activa, interna y externa, el sujeto y el objeto de la eutanasia, la autonomía y la heteronomía del paciente y del médico y, finalmente, el motivo y el método de la eutanasia.

Aunque al inicio de la época moderna haya resultado difícil o haya sido imposible para los doctores la muerte del paciente como compromiso cristiano, se puede deducir de un relato del siglo XVI del cirujano francés Ambroise Paré sobre una escena de guerra. Paré ve que un soldado más anciano mata con un leve y rápido corte de la garganta los soldados heridos de manera incurable; mientras él mismo hubiera debido condenar este comportamiento y criticar al soldado a causa de su crueldad, él era justificado con estas palabras: «Ruego a Dios, que en una situación similar otro los ayude de este modo». El pensamiento cristiano tiene aún peso para el médico y para el paciente. Pascal ve en la enfermedad el «estado natural del cristiano», porque si «es entonces así como sería necesario que siempre fuera, esto es en el sufrimiento, en la desventura, privados de ningún bien y de regocijo de los sentidos, liberados de todas las pasiones, sin codicia y en constante espera de la muerte».

El siglo del Iluminismo se interesa aún una vez de modo particularmente intenso de los deberes y de las virtudes del médico, así como del paciente y de la sociedad. Medicina y moral están, según Leibniz, estrechamente unidas; «*moralia et medicina haec sunt quae unice aestimari debent*», afirma el filósofo en 1671. Sensismo y filosofía popular muestran sus efectos. Bajo la guía de la famosa definición de Kant el médico Johann Karl Osterhausen determina en 1798 el Iluminismo médico como «salida de un hombre de su ignorancia en lo que concierne a su bien físico». El imperativo de la búsqueda sostenido por Bacon y Descartes encuentra numerosos seguidores. Maupertuis, con su exortación a realizar experimentos en criminales vivos, representa un ejemplo impresionante. La apariencia de crueldad no debería inhibir al investigador; el hombre individual no es nada comparado con la sociedad y un criminal menos que nada (1752). Las virtudes clásicas antiguas y cristianas se integran con nuevas virtudes burguesas como celo, obediencia, orden y limpieza. El paso del mundo aristocrático al burgués no queda sin consecuencias.

No se pueden evitar colisiones entre virtud y deber ni siquiera en el ámbito de la medicina. Las soluciones deben encontrarse no tanto a través de las leyes como mediante el espíritu de la humanidad y la fuerza de la fe. El amor se retiene como la virtud central del médico, la paciencia como la virtud central del enfermo. De contemporáneos como Herder y Goethe se nos llama la atención sobre posibles peligros del compromiso humano del Iluminismo; Goethe asocia a la perspectiva de la posible victoria de la humanidad la visión espantosa de que «al mismo tiempo el mundo llegará a ser un gran hospital y será uno enfermero del otro» (1781).

La medicina en época del Idealismo y del Romanticismo se muestra aún una vez determinada por una perspectiva metafísica. Kant, Schelling y Hegel desarrollan interpretaciones y deducciones filosóficas de la naturaleza y de la vida, de la enfermedad física y psíquica, de las posibilidades y de los límites del curar, de la autonomía del individuo, de la moralidad social. Numerosos médicos interpretan con este espíritu su pensamiento y su proceder, y trazan también sus propios sistemas para mediar empirismo y metafísica. La superación de la enfermedad se valora positivamente, la subjetividad o personalidad del paciente gana un significado particular y la terapia de los enfermos mentales no puede considerarse sin los valores humanitarios.

El médico debe tener un carácter íntegro, la relación entre él y el paciente contraseña un vínculo dialéctico de simetría y asimetría, cada paciente es responsable de su enfermedad y de su salud. Emblemático para el pensamiento de la época es un dicho del poeta Novalis, que se refiere no sólo al efecto formativo de las enfermedades crónicas, sino también a la necesaria correlación ética de cada progreso: «Si los hombres quieren dar un paso adelante en el dominio de la naturaleza externa, mediante el arte de la organización y de la técnica, entonces deben antes haber dado tres pasos hacia el interior en la profundización ética». El movimiento metafísico de la medicina en 1800 ha sido, por otra parte, de breve duración, también se pueden observar efectos póstumos durante los siglos XIX y XX hasta el día de hoy. Se afirman el Empirismo y el Positivismo, son retomadas las ideas del Iluminismo; también los límites de esta corriente llegan a ser hoy repetidamente manifestados.

En el siglo XIX, en cada orientación científica se publica una gran cantidad de estudios sobre ética médica. El primer Congreso Internacional para la ética médica tiene lugar en París en el año 1900. De vasto alcance es el *Code of Medical Ethics* de Thomas Percival del año 1803, concebido aún en el espíritu del Iluminismo, reimpresso en 1827 y en 1849 y adoptado en 1847 por la American Medical Association como texto fundamental y obligatorio. Como tema central de la ética médica Percival determina:

- Los deberes de los médicos en relación a sus pacientes y los deberes de los pacientes en relación a sus médicos.
- Los deberes recíprocos de los médicos en relación a la medicina como organización de categoría.
- Los deberes de la medicina en relación a la sociedad y de la sociedad en relación con la medicina; quedan no tratados los deberes igualmente importantes de los pacientes en relación con otros pacientes y con la sociedad, como los deberes de la sociedad en relación al paciente y a las otras sociedades.

De los otros escritos del siglo XIX sobre los problemas éticos de la medicina, vale la pena mencionar *Medical Science and Ethics* de William Ogilvie Porter (1837), *Des devoirs et de la moralité du médecin* de Jean Cruveilhier (1837), *Medical Etiquette* de Abraham Bank (1839) y sobre todo, junto a *Medicinischer Deontologie* de Julius Pagel (1897), *Déontologie médicale* de Maxime Simon de 1845. Simon,

que por primera vez une propiamente deontología y medicina, enumera los siguientes deberes para la deontología médica: «a) *devoirs des médecins envers eux mêmes et envers la science*; b) *devoirs des médecins envers les malades*; c) *devoirs des médecins envers la société*; d) *droits des médecins*». La ética médica se refiere por tanto, para Simon, exclusivamente al médico, es ética del médico.

A principios del siglo XIX, muestra una sensibilidad clarividente de la advertencia de Hufeland referida a la eutanasia activa por parte del médico:

El debe y no puede hacer otra cosa que mantener la vida; si es una suerte o una desventura, si tiene valor o no, esto no le atañe y si se atribuye una vez el derecho de acoger estas consideraciones en su actividad, entonces las consecuencias son impredecibles y el médico llega a ser el hombre más peligroso del estado; porque si la línea se supera una vez y el médico se cree autorizado a decidir sobre la necesidad de una vida, entonces existe sólo una necesidad de progresiones graduales para atribuir el no valor y consecuentemente la inutilidad de una vida humana también en otros casos.

El siglo XIX es el siglo de las ciencias naturales o la época de la investigación con progresos y éxitos terapéuticos impresionantes y al mismo tiempo con algunos peligros y límites. El siglo XIX ve surgir la sociedad antiviviseccionista, cuyo empeño se puede unir hasta con el antisemitismo. La crueldad hacia los animales debe compararse a la crueldad hacia los hombres. En el siglo XIX se atribuye un gran valor a la objetividad; como persona el enfermo puede pasar a un segundo plano y ser declarado irrelevante. Es necesario, no obstante, distinguir la praxis de las argumentaciones teóricas y programáticas; la objetivación del concepto de enfermedad no comporta necesariamente una despersonalización de la relación médico-paciente. Como características generales para la ética médica del siglo pasado surgen: la obligación de explicación graduada, el silencio profesional ilimitado, la expresa prohibición de eutanasia, el empeño del médico no sólo para el enfermo individual sino también para la sociedad, la tendencia a la reducción del enfermo a la enfermedad, la comprensión positivista de enfermedad y terapia, la distancia en relación a la religión y a la metafísica. El siglo XIX se muestra determinado a la tendencia a separar el pensamiento y el proceder médico del plano de los valores y a hacer llegar a ser al proceder médico una obligación objetiva; al mismo tiempo las

numerosas publicaciones sobre ética en la medicina manifiestan el constante influjo de la tradición y el reconocimiento de las situaciones nuevas.

El siglo XIX experimenta con la medicina antropológica y la psiquiatría filosófica movimientos contrarios, cuya resonancia ha quedado por otra parte modesta entre nosotros y en ámbito mundial. La *introducción del sujeto* en la medicina según Viktor von Weizsäcker debe tener valor para el paciente, para el médico y para la ciencia. Junto a la explicación científico-natural, la comprensión científico-espiritual de Jaspers se declara indispensable para la medicina y sobre todo para la psiquiatría, indispensable también para la *comunicación existencial* entre médico y paciente, indicada por él como lo ideal. Los límites de la medicina deben, no obstante, ser aceptados tanto por el paciente como por el médico; frente a situaciones límite de la existencia ambos pueden rendirse al excesivo entusiasmo o a la ocultación:

El médico no es ni un técnico ni un salvador, sino existencia por existencia, hombre transeúnte con el otro, que lleva al ser la dignidad y la libertad en el otro y en sí mismo, reconociéndolo como unidad de medida (1932).

La *ethos* del médico, de la sociedad y del paciente tiene en el marxismo su interpretación específica. No hay textos específicos de Marx y Engels sobre medicina en sus dimensiones éticas; teóricos del marxismo han, no obstante, repetidamente tomado posiciones sobre cuestiones éticas. A la sociedad se le atribuye un alto valor, el paciente puede ser limitado a su papel social o histórico. En el juramento soviético del médico de 1971 se muestran juntas tradición y renovación: la preocupación por el paciente y el reconocimiento de la obligación al silencio profesional, el compromiso con la sociedad y la propia nación, el respeto de los principios de la moral comunista. Las tradiciones hipocráticas encuentran aprobación, al mismo tiempo se consideran necesarias correcciones específicas en vista del progreso. También la investigación debe ser sometida al control social y ético.

El siglo XX debe al mismo tiempo experimentar la degeneración no sólo por parte de juristas, políticos y artistas, sino también de los médicos en la teoría y en la praxis, y sobre todo en la investigación; una degeneración en la que de todas partes toman igualmente parte la sociedad y los parientes de los pacientes. Esta experiencia no puede ser olvidada, debería ser motivo para volver continuamente a

reflexionar sobre las posibilidades y sobre los peligros para la humanidad en la medicina.

Después de la Segunda Guerra Mundial se llega a numerosas nuevas iniciativas en la fundación y particularmente en la ampliación de la ética en la medicina. Las condiciones y las exigencias particulares en las diversas disciplinas médicas y en las situaciones diagnóstico-terapéuticas se reconocen cada vez más y son expresamente retomadas como discusiones sobre ética en la medicina. Una nueva autocomprensión del paciente y una posición cambiada en relación a la ciencia muestran sus consecuencias.

CONCLUSIÓN

Ethos y ética están en íntima conexión, la *ethos* como relación establecida y la ética como reflexión y fundación teórica. La ética llega a ser siempre necesaria si el comportamiento de los hombres no se entiende ya a partir de sí mismo. La ética médica ha acompañado a la historia de la medicina desde su inicio hasta el día de hoy; la ética médica en sus tres centros: médico, enfermo y sociedad, la ética médica en su dependencia de la filosofía y de las relaciones sociales. El desarrollo de la medicina, el cambio del conocimiento humano, los cambios de la sociedad han producido continuamente nuevas situaciones que requerían soluciones nuevas. El Iluminismo ha definido al hombre, por su esencia encaminado a la cultura y necesitado de ella, un «enternecido por la naturaleza». Instituciones, leyes y Estado son necesarios para conservar la existencia y la dignidad del hombre; estas condiciones de la cultura pueden llegar a ser una segunda naturaleza, esto es, una realidad en la que los hombres se sientan a su aire y se sientan sostenidos y protegidos. Lo contrario es, igualmente, imposible.

La praxis moral presupone una fundación ética. Virtud y deberes del médico, del paciente y de la sociedad tienen un fundamento normativo. Los valores pueden ser conocidos y también reconocidos, pero como tales no se han vuelto aún comprensibles en su legitimidad o necesidad. Las reflexiones éticas o las tentativas de fundación ética continuarán mostrándose necesarias, según la observación de Aristóteles, aún válida, de que el concepto de justo vale a su vez en calidad de uso y de ordenamiento, pero no por naturaleza. Esta fundación filosófica, porque esto entiende aquí Aristóteles con *naturaleza*, para la medicina es tan necesaria como una ayuda. En este contexto

es necesario, no obstante, reclamar continuamente también la diferencia entre fundación y praxis; las deducciones filosóficas no comportan de ningún modo una realidad correspondiente a ellas. Por otra parte existe una tradición filosófica en la propia medicina, la filosofía no puede compararse a la filosofía académica.

Junto a la fundación, por eso mismo, debe valer sobre todo la atención para la aplicación práctica de la ética en la medicina. Ésta tiene lugar en la formación universitaria del médico o mediante el ejemplo de los colegas en la praxis, pero también sus presupuestos ya en la educación escolástica y en la formación general. El estudio de la medicina puede, en este aspecto, ser aún notablemente mejorado, mediante lecciones, mediante seminarios, mediante la participación activa de los estudiantes de medicina, de manera escrita y oral, a estas manifestaciones. Las peticiones, repetidamente avanzadas, de ofrecer lecciones específicas de ética médica no han tenido hasta ahora ningún éxito. En las actuales discusiones sobre la reforma del estudio de medicina se perfilan nuevos desarrollos. Según una recomendación de la conferencia del ministro de Sanidad del 20 de noviembre de 1986 en Berlín,

(...) las cuestiones de la ética en la medicina deben encontrar un mayor acceso y una mayor consideración en la oferta general de lecciones para la formación, la perfección y la especialización de los médicos.

Una cátedra para la ética médica existe hasta ahora sólo en el extranjero, como por ejemplo en la cercana Holanda y se pretende un programa en esta dirección solamente en Tubinga. En Bochum existe desde 1985 un *Centro para la ética médica*. En Estados Unidos la oferta de cursos obligatorios o facultativos de ética médica es muy vasta. A la ampliación y la aplicación sirven también las resoluciones de las organizaciones nacionales e internacionales —Helsinki (1964) y Tokio (1975)—, el compromiso a diversos niveles de las comisiones éticas —clínicas, facultades, cámaras de médicos, instituciones para la incentivación de la investigación, industrias—, las obligaciones de las disciplinas médicas individuales, los juramentos y los compromisos al final del estudio. Ulteriores impulsos provienen de las respectivas academias y sociedades; los objetivos de la *Academia para la ética médica*, fundada en 1987 en la República Federal se han situado sobre todo en la «reelaboración científica y en la mediación de la ética en la medicina». En los pasados años han aparecido

en el extranjero y en nuestra patria numerosas revistas especializadas en la teoría y la ética en la medicina; se realizan continuamente congresos y simposios sobre cuestiones éticas.

Para la praxis es siempre necesario el control jurídico. Deben ser continuamente elaboradas nuevas leyes que sirvan a la defensa del paciente y, al mismo tiempo, no obstaculicen el necesario progreso de la medicina, que debe este mismo servir al paciente. La autonomía del paciente debe ser llevada al mismo nivel que la autonomía del médico y que las exigencias de la sociedad. La ética médica puede ser interpretada como una serie de divisiones de los poderes de estas tres posiciones o centros.

El cambio de la historia muestra como conclusión la pregunta sobre la duración. ¿Tenemos necesidad de una ética médica? Parecen ciertamente necesarias continuamente nuevas aplicaciones, nuevas transposiciones en la praxis, nuevos reglamentos jurídicos, pero en el núcleo no parece necesaria una nueva ética. Numerosos principios del pasado no han perdido validez. En realidad se deben encontrar o adoptar integraciones. Es necesario completar la mirada al presente con la mirada al futuro. Es esencial, en consideración de las diversas confesiones religiosas y de las diversas convicciones políticas, la investigación de un convincente consenso mínimo de la ética médica. Los ideales pasados pueden ofrecer incentivos; el comportamiento en relación a la salud, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte pide continuamente un nuevo reexamen. La medicina humana une las ciencias de la naturaleza con las ciencias del espíritu, concluye los deberes terapéuticos con la prevención, la cura y la rehabilitación, pero entiende como deberes suyos también el asistir al paciente y estarle cerca, la aceptación humana de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte. El modo en que se realiza la ética en la medicina constituye una expresión esencial de la cultura.

BIBLIOGRAFÍA

DEUTSCH E. (1979), *Das Recht der klinischen Forschung am Menschen*, Frankfurt a.M.

EIBACH U. (1976), *Medizin und Menschenwürde. Ethische Probleme der Medizin aus christlicher Sicht*, Wuppertal.

ENGELHARD H. T. (1986), *The Foundations of Bioethics*, New York.

ENGELHARDT D. V. (1986), *Mit der Krankheit leben. Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten*, Heidelberg.

ENGELHARDT D. V., SCHIPPERGES H. (1980), *Die inneren Verbindungen zwischen Philosophie und Medizin im 20. Jahrhundert*, Darmstadt.

ESER A. (1979), *Heilversuch und Humanexperiment. Zur rechtlichen Problematik biomedizinischer Forschung*, «Der Chirurg», 50, pp. 215-221.

FISCHER-HOMBERGER E. (1973), *Dem Einzelnen oder der Gesamtheit verpflichtet? Zwei Arten ärztlicher Ethik*, «Schweizerische Ärztezeitung», 54, pp. 681-685, 723-729.

GROSS R. (1978) (hrsg), *Ärztliche Ethik*, Stuttgart.

GRÜNDEL J. (1976), «*Ethos des Arztes und Ethik ärztlichen Handelns aus moraltheologischer Sicht*», en Zander J. (hrsg), *Arzt und Patient*, Düsseldorf, pp. 105-131.

HARTMANN F. (1981), *Überhöhte Leitwerte ärztlichen Selbstverständnisses*, «Therapiewoche», 31, pp. 826-836.

HEINISCH K. J. (1960) (hrsg), *Der utopische Staat. morus*. Utopia, Campanella, Sonnenstaat, Bacon, Neu-Atlantis, Reinbeck b. Hamburg.

JASPERS K. (1932), «*Ein Beispiel, ärztliche Therapie*», en Jaspers: *Philosophie*, Berlín-Heidelberg 1973, vol. 1, pp. 121-129.

KEMP P. (1987), *Ethique et médecine*, a d Dän (1985), París.

KOELBING H. M. (1970), *Ärztliche Deontologie im Wandel der Zeit*, «Praxis», 59, pp. 1147-1153.

LAUFS A. (1980), *Recht und Gewissen des Arztes*, «Heidelberger Jahrbücher», 24, pp. 1-15.

LUTHER E. (1986) (hrsg), *Ethik in der Medizin*, Berlín (DDR).

MITSCHERLICH A., MIELKE F. (1978) (hrsg), *Medizin ohne Menschlichkeit*, Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Stuttgart 1948, Frankfurt a.M.

REISER S. J., DYCK A. J., CURRAN W. J. (1977) (eds.), *Ethics in Medicine. Historical Perspectives and Contemporary Concerns*, Cambridge (Mass.)-London.

RÖSSLER D. (1977), *Der Arzt zwischen Technik und Humanität*, München.

SCHAEFER H. (1983), *Medizinische Ethik*, Heidelberg.

SCHIPPERGES H. (1988), *Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes*, Frankfurt a.M.

SEIDLER E. (1980), *Historische Schwerpunkte der medizinischen Ethik*, «Medizin, Mensch, Gesellschaft», 5, pp. 73-80.

SPICKER S. F., ENGELHARDT H. T. (1977) (eds.), *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Fignificance*, Dordrecht-Boston.

SPORKEN P. (1971), *Darf die Medizin, was sie Kann?*, ad Niederl (1971), Düsseldorf.

SPRANGER E. (1935), «*Das ethische Moment im Gesundsein und Kranksein*», en Brugsch T. (hrsg), *Einheitsbestrebungen in der Medizin*, Dresden-Leipzig, vol. 2, pp. 90-105.

STEUSSLOFF H., GNIOTSKO E. (1968) (hrsg), *Marxistisches Menschenbild und Medizin*, Leipzig.

THIELIECKE H. (1968), *Ethische Fragen der modernen Medizin*, «Langenbecks Archiv für Klinische Chirurgie», 321, pp. 1-34.

WUNDERLI J., WEISSHAUPT K. (1977) (hrsg), *Medizin im Widerspruch*. Für eine humane und an ethischen Weteren orientierte Heilkunde, Olten.

LOS AUTORES

HANS ARNOLD, Clínica de neurología, Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

HORST DILLING, Clínica de psiquiatría, Medizini Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

DIETRICH VON ENGELHARDT, Instituto de Historia de la ciencia y de la medicina, Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

HUBERT FEIREIS, Clínica de psicopatología y psicoterapia, Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

AXEL FENNER, Clínica de neonatología, Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

FRITZ HARTMANN, Historia de la medicina en el Centro para la Sanidad Pública, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.

ULRICH KNÖLKER, Clínica de psiquiatría de la edad evolutiva, Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

UDO LÖHRS, Instituto de patología, Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

GÜNTER M. LÖSCH, Clínica de cirugía plástica, Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck.

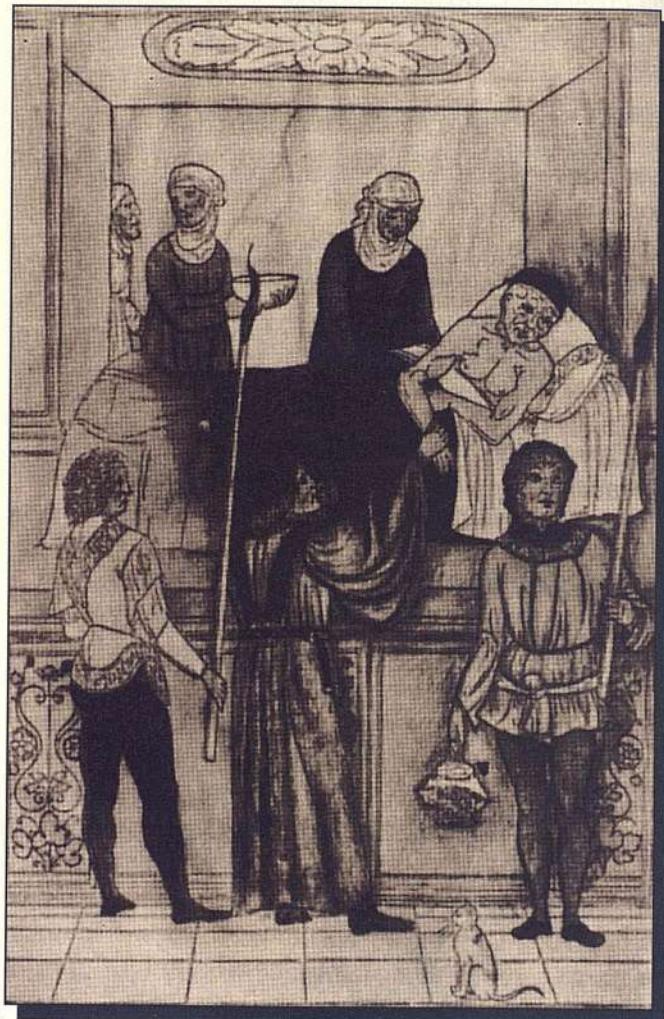
Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

Enseñanza de la Ética Médica a los Estudiantes de Medicina

DIETRICH
VON ENGELHARDT



La Ética Médica está adquiriendo cada vez mayor consideración en nuestra sociedad, a la vez que también crece el interés por el modo cómo se enseña en los estudios de medicina. Las concepciones relativas a las posibilidades y a los límites de la enseñanza y del aprendizaje de la ética médica son diversas y contrastantes. Dietrich von Engelhardt esboza algunas reflexiones y propuestas, bajo la base de una perspectiva general ofrecida por la historia de la medicina, por el debate internacional sobre este tema y por sus experiencias personales en las universidades de Heidelberg y Lübeck, a lo largo de veinte años.

En el largo período que se extiende desde la antigüedad hasta el siglo XIX, la ética y la filosofía general constituían una parte integrante de la formación médica. Durante siglos el estudio de las siete Artes liberales, antes de afrontar la medicina verdadera y propia, ha garantizado la formación de los médicos en las ciencias humanas y en aquellas de la naturaleza. Sólo cuando la medicina, en el siglo pasado, adoptó una orientación positivista y naturalista, el estudio de la medicina fue privado de estas dimensiones. Más recientemente, después de la segunda guerra mundial, se intentó dar espacio a esta parte de la formación, introduciendo el estudio obligatorio de la historia de la medicina.

A la exigencia de nuestros días de introducir en el curriculum la ética médica las facultades de medicina de Alemania han dado respuestas muy diversas. De una encuesta resulta que la oferta de cursos de ética subió de 41 cursos en 17 facultades en el año académico 1977/78 a 111 en 25 facultades en 1986/87. En Bochum se creó en 1986 un «Centro para la ética médica». En la universidad de Tübinga ha sido actualmente asignado el primer encargo para una cátedra de ética médica en Alemania. Existe en programa la creación de una análoga cátedra en Berlín. En 1987 fue fundada la «Academia para la ética en medicina» (*Akademie für Ethik in der Medizin*), que formó un grupo de trabajo sobre «Ética en la formación y en la actualización de las profesiones sanitarias», con publicación de una revista propia. En 1991 se constituyó también una «Asociación estudiantil de Ética en medicina». El número de revistas de ética médica, en Alemania y en otros países, es considerable. Sobre este tema se han llevado a cabo numerosos congresos y las publicaciones crecen continuamente de número.

Los contenidos de la ética se establecen propiamente de la filosofía y de la teología. La ética en medicina no es una ética particular, sino una ética de situaciones particulares. Ética médica significa: ética del médico, ética del paciente y ética del ambiente; no puede limitarse a ser sólo la ética de la profesión médica. No se puede, de hecho, separar la ética de las otras profesiones sanitarias, como por ejemplo la enfermería. La ética del paciente y de los familiares, de la sociedad y del Estado deben estar de acuerdo con la ética del médico y del personal de enfermería, aunque en esta red de relaciones a la relación entre el médico y el paciente le corresponde un significado particular. Todo el campo relacional que llamamos *ética médica* puede representarse como un triángulo, en el cual cada vértice se refiere a los otros vértices y al mismo tiempo a sí mismo: el paciente se refiere a la enfermedad

y a los otros pacientes, el médico a la medicina y a sus colegas, la sociedad a otras sociedad o a subunidades sociales. La ética médica no se ve influida solamente por una cantidad de factores ideales y materiales, sino que depende esencialmente también del desarrollo de la medicina, ya sea desde el punto de vista teórico o desde el práctico.

La fundación y la realización, o bien la teoría y la praxis, de la ética son dos cosas diferentes. Demasiado a menudo surgen conflictos entre médicos y filósofos por el motivo que estas dimensiones se superponen. Los médicos atribuyen injustamente a los filósofos la idea de que para tener una práctica médica más moral basta con incrementar la reflexión sobre la ética; los filósofos, por su parte, ponen en discusión comportamientos morales de los médicos, de los cuales no han sido desarrolladas las justificaciones éticas. El comportamiento y la moralidad, por una parte, y la justificación ética, por otra, deben ser distintos y puestos en relación. Entre los imperativos morales y la praxis se ve la misma diferencia que existe entre los imperativos morales y la justificación ética: proclamar los deberes y las virtudes no constituye aún una justificación, ni garantiza todavía que sean traducidos a la práctica.

La consciencia contiene, junto a su contenido intelectual, también una dimensión emotiva; pero es bien conocido que no constituye siempre una instancia fiable para una comportamiento moral. Un significado particular relaciona la ética médica con el derecho, la psicología, la sociología y la biología. Tales relaciones son importantes sea desde el punto de vista teórico que desde el operativo. El derecho y la ética se superponen, pero no son idénticos; divergen tanto en el valor que el sujeto les atribuye como en el modo en que son objetivamente puestos en práctica. Se recae siempre en la unilateralidad de tipo naturalista, psicológico y sociológico, es decir se acaba con dejar de lado la autonomía moral del hombre respecto a cualquier dependencia, aunque sea importante, de los presupuestos biológicos, psíquicos y sociales del comportamiento.

En armonía con esta concepción de la ética médica —o más bien, como muchos prefieren decir, de *ética en medicina*— y con la situación efectiva del curriculum de los estudios médicos, se ha considerado oportuno subdividir la formación en tres fases: un *curso de base* en el primer semestre preclínico, dedicado a la historia y a la estructura de la ética médica; un *seminario sobre la ética del paciente* durante los estudios clínicos; una *jornada de estudio sobre la ética médica* de las disciplinas naturalístico-médicas para estudiantes de todos los semestres.

El curso de base para estudiantes del primer semestre preclínico tiene por objeto la historia y la estructura de la ética médica. En este curso los estudiantes se familiarizan con las etapas históricas y las posiciones esenciales de la disciplina, de la antigüedad a la Edad Media, hasta la época presente. Contenido del curso son también las dimensiones sistemáticas y teóricas centrales de la ética —comportamiento, costumbre, moralidad, justificación moral—, en relación a la medicina.

En Alemania este curso puede ofrecerse en los diversos institutos de historia de la medicina. De hecho, así sucede en la mayor parte de los casos. En Lübeck este curso fundamental se ofrece desde 1983 en el semestre invernal. Son muchos los estudiantes de medicina que lo frecuentan. Es importante la estrecha relación con la medicina legal y con el derecho, así como con la filosofía y la teología.

El *seminario sobre ética del paciente* para los estudiantes de los semestres clínicos ha llegado a reclamar la atención sobre problemas éticos de los pacientes individuales y de sus enfermedades, y a discutir eventualmente con ellos y con sus familiares. En este seminario el interés no se dirige tanto a las reflexiones de ética teórica, como más bien al ejercicio práctico que acostumbra a percibir los conflictos existentes y las orientaciones específicas a los valores de los pacientes, de sus familiares y de los médicos, al modo empático-racional con que tales valores son administrados y a la comunicación de las orientaciones a los valores entre las partes en causa, de manera que emerjan las preferencias.

La responsabilidad del seminario con el paciente se confía a la disciplina médica competente para la enfermedad del paciente que es representado. En estos seminarios se ven implicados también historiadores de la medicina, juristas, filósofos y teólogos.

Durante la *jornada de estudio sobre ética médica* para los estudiantes de todos los semestres se presentan una vez al semestre, a lo largo de una jornada, los aspectos éticos de las disciplinas centrales, tanto del ámbito pre-clínico como clínico, ya sea en la investigación o en la terapia. Se lleva a cabo después una discusión entre todos los estudiantes y los docentes.

También aquí los cultores de las ciencias naturales y médica deben establecer contactos con juristas, filósofos y teólogos para las temáticas relativas a ética y derecho, fundación filosófica y praxis moral, y también ética y fe.

En Lübeck se realizó en 1986-88 una serie programada de lecciones, publicadas sucesivamente en un

volumen con el título *Ethik im Alltag der Medizin. Spektrum der medizinischen Disziplinen* (Engelhardt, 1989; una traducción italiana de la obra en trámite de publicación). En el semestre estivo de 1993 empezaron en la misma universidad las *Jornadas de estudio sobre ética médica* que deberían haber tenido lugar todos los semestres.

La formación en ética médica debería ser obligatoria para todos los estudiantes de medicina. Los contenidos considerados necesarios deben ser introducidos en la enseñanza. Según un principio fundamental de la pedagogía, las obligaciones impuestas por el exterior pueden ser transformadas en motivaciones interiores. Se debe instar a los estudiantes de medicina a participar en dos o tres iniciativas de ética médica a lo largo de su curriculum de estudios. A la participación se le debe acoplar un trabajo escrito: relación en el ambiente del curso de base o del seminario práctico, o bien informes de las conferencias de las jornadas de estudio.

La introducción de nuevo material de estudio en la facultad de medicina debe contar con el problema constituido por el hecho que el curso de estudios en medicina ya está muy cargado. Esto es válido también para la ética médica. Es necesario encontrar el modo de equilibrar el curriculum de los estudios, de otro modo no sería responsable ampliarlo ulteriormente. Una vía podría ser la de integrar el estudio de la ética con el de la psicología y la sociología, que en Alemania son ya disciplinas obligatorias. O también se puede pensar en concentraciones en otros lugares del plan de estudios. La tríade constituida por el Curso fundamental (dos horas), el Seminario práctico (dos horas) y la Jornada de estudio sobre ética médica (un día) podría armonizar las iniciativas de la ética médica con el cuadro existente de los estudios médicos.

La formación en ética médica de los estudiantes de medicina debería ser constituida por la unión de teoría y praxis, de ejemplo moral y de justificación ética, de experiencias históricas y de análisis del presente. La formación ética no produce necesariamente un comportamiento moral, pero contribuye.

En el diseño de la formación en ética médica sería necesario evitar alternativas inapropiadas. Reflexiones explícitas de ética antes de un contacto con el paciente son igualmente importantes en cuanto a la transmisión implícita de la ética en la lecciones de medicina; el ejemplo de la práctica clínica cotidiana tiene sin duda una gran importancia, así como es importante la propia experiencia, la observación cotidiana del enfermo, de sus comportamientos y de sus

valores. También los presupuestos individuales y la situación socio-cultural, finalmente, ejercen una gran influencia. Es decisivo enfrentarse con estos problemas a lo largo de los propios estudios de medicina: de manera teórica y posiblemente también práctica.

La ética en medicina no funciona sin ayuda. Los estudios universitarios deberían preparar a los estudiantes de medicina en esta dimensión central de la propia actividad médica futura. La ética médica se puede enseñar; y se puede comunicar a los demás viviéndola.

BIBLIOGRAFÍA

AKADEMIE FÜR ETHIK IN DER MEDIZIN, «Ethik in der ärztlichen Ausbildung. Eine Empfehlung für die Weiterentwicklung des Unterrichtsangebotes zu Fragen der Ethik in der Medizin», en Ethik in der Medizin, 1, 1988, pp. 59-62.

ALLERT G., «Medizinische Ethik lernen und lehren. Ein Bericht über Aus- und Weiterbildungsprogramme in medizinischer Ethik - bioethics - in den Usa», in Ärzteblatt Baden-Württemberg, 1, Sonderbeilage N. 30, 1989.

BRAND U. y SEIDLER E., «Medizinische Ethik in der Ausbildung des Arztes. Eine Umfrage an den Hochschulen der Bundesrepublik, Österreich und der Schweiz», in Ärzteblatt Baden-Württemberg, 33, 1978, pp. 362-371.

CATTORINI P., «Il ruolo della bioetica nella formazione del medico», in Kos, 7, 1991, 70, pp. 17-21.

DEUTSCHER ÄRZTETAG, «Ethik in der ärztlichen Ausbildung», in Deutsches Ärzteblatt, 88, 1991, B-1287.

ENGELHARDT D. v. (a cargo de), *Ethik im Alltag der Medizin*. Spektrum der medizinischen Disziplinen, E. Fischer, Heidelberg, 1989.

HARTMANN H. P., «Medizinstudium und ärztlichen Ausbildung», en Gesnerus, 1983, pp. 81-90.

HEISTER E., SEIDLER E., «Ethik in der ärztlichen Ausbildung an den Hochschulen der Bundesrepublik

Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage», en Ethik in der Medizin, 1, 1989, pp. 13-23.

ILLHARDT F., SEIDLER E., «Kann man medizinische Ethik lehren und lernen? Eine Umfrage im Bereich der Pflegeberufe», en Deutsche Krankenpflegezeitschrift 33, 1980, Beilage, pp. 25-31.

KAHLKE W., REITER-THEIL S., «Ausbildung in medizinischer Ethik - Stand und Perspektiven in Deutschland», en Medizin Mensch Gesellschaft, 17, 1992, pp. 227-233.

MIROUZE J., «Die Lehre der Ethik -eine Umfrage an den Hochschulen der Medizin und Biologie in Frankreich», en Medicus Europaeus. Bulletin of the European Academy for Continuing Medical Education, 7, 1988, 2, pp. 139-147.

PELLEGRINO E. D.; MCELHINNET T. K., *Teaching Ethics, the Humanities, and human Values in medical School: a Ten-year Overview*, Washington, 1982.

ROY D. J., «L'enseignement de l'éthique médicale», en Journal de Médecine légale, Droit Légal, 64, 1989, pp. 755-759.

SASS H. M., WOLINSKY F., DE WITT A., BALDWIN C., «The effect of teaching medical ethics on medical student's moral reasoning», en Academic Medicine, 64, 1989, pp. 755-759.

SPISSANTI S., «La bioetica per la formazione del personale sanitario», en Spisanti (a cargo de), *Bioetica e antropologia medica*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991, pp. 27-35.

SPONHOLZ G., MEIER-ALLMENDINGER D., KAUTENBURGER M., GAEDICKE G., BAITSCH H., «AiP-Fortbildung "Ethik in der Medizin": Die Ulmer Konzeption, erste Erfahrungen», en Ethik in der Medizin, 3, 1991, pp. 68-77.

SPORKEN P., «Ist medizinische Ethik lehrbar?», en Martini G. A. (a cargo de), *Medizin und Gessellschaft*. Ethische Verantwortung und ärztliches Handeln, Frankfurt a.M., 1982, pp. 197-203.

VEATCH R. M., «Medical ethics education», en Reich W. T. (a cargo de), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, 1987, pp. 870-876.

VACUTRON

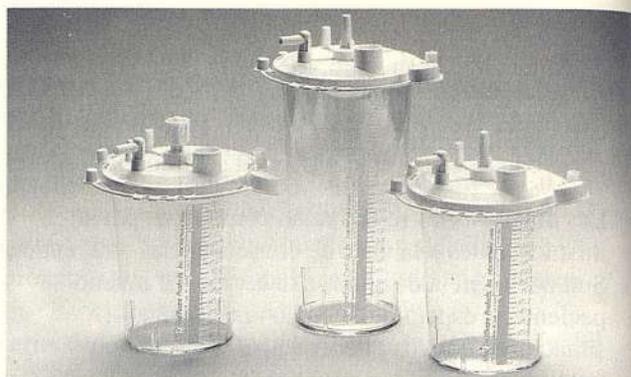
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

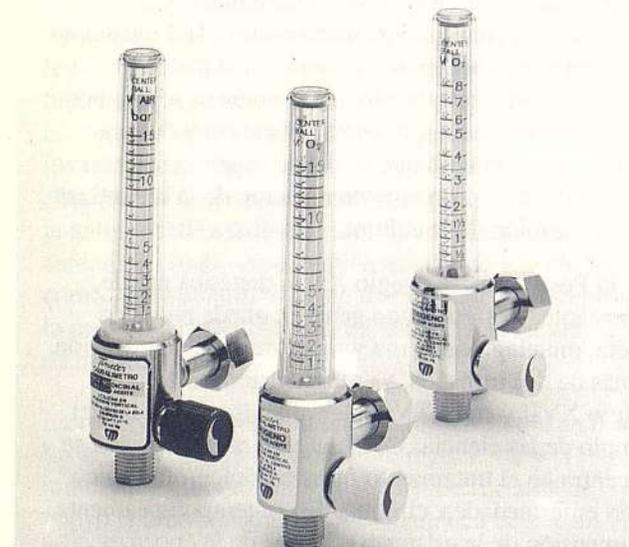
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

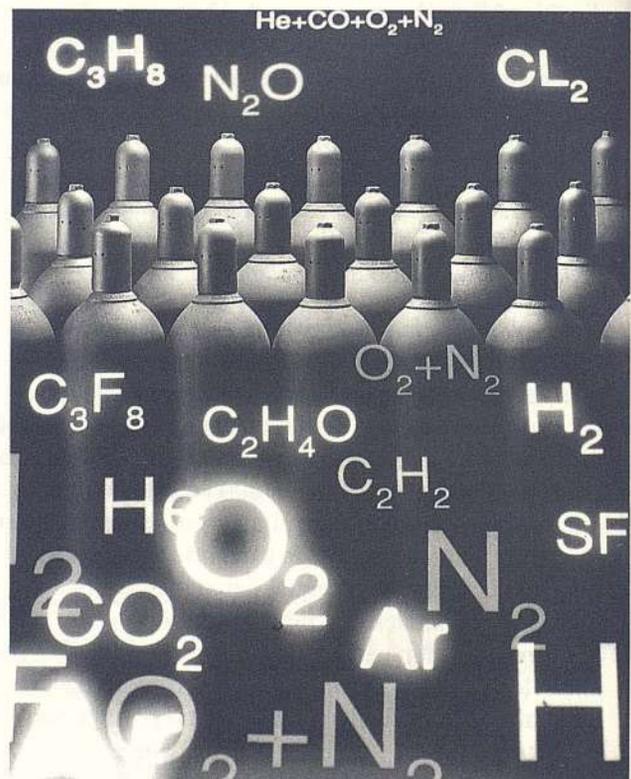
ULTRA FLO

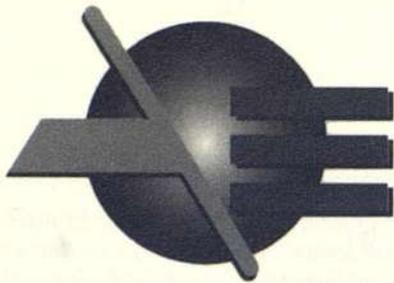
Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO





AGELECTRIC, S.A.
AGECONTROL, S.A.
AGEPROSEG, S.A.

**Electricidad, Control e instrumentación,
Comunicaciones, Seguridad, Contraincendios,
Mantenimiento.**

C/BONSOMS 15-17

08028 BARCELONA

TEL. 333.93.66

FAX. 333.97.12

FRANCISCO CAMACHO: LIMOSNERO Y APÓSTOL

**Edita: Selare. Colombia
y Fundación Juan Ciudad. Madrid.**

El P. José Luis Repetto, sacerdote y canónigo de Jerez, ha logrado encontrar toda la documentación existente, ha estudiado profundamente los procesos de beatificación y nos ha descrito la figura del Venerable P. Francisco Camacho en el Tercer Centenario de su muerte. En esta biografía nos presenta al P. Camacho en una primera etapa de su vida: infancia y juventud hasta el momento de su conversión ya en Perú; una segunda etapa a partir de su conversión, en la que es tenido por enfermo mental hasta que puede llevar a cabo su vida como hermano de San Juan de Dios y una tercera, que es recopilación de todos los datos encontrados de los testigos del proceso de beatificación y contrastados con las diversas biografías que se han escrito a lo largo de la historia.

En definitiva, una bella descripción del P. Camacho que como San Juan de Dios, supo vivir amando a los Demás.

