

Correspondencia

María Luisa Pfeiffer
Domicilio postal: Av. Rivadavia 6646 2º
Tel.: 4632-0081
E-mail: maria3729@hotmail.com

Recibido: 12.06.2012
Aprobado: 28.05.2013

Relación médico paciente: la bioética y el cuidado en medicina

Autores: María Luisa Pfeiffer^{1,2}, Luciana Molinari²

¹CONICET/Programa de Bioética del Hospital de Clínicas UBA

²Comité de Bioética AAMR

Resumen

A lo largo de la historia de la medicina, el médico ha desempeñado principalmente tareas de asistencia y consuelo. Entre los siglos XV y XVII se realiza un cambio en la concepción de la medicina que acompaña a la transformación del conocimiento, poner remedio se transforma muy rápidamente en poner un remedio, una medicina. En la actualidad, imbuidos del mismo espíritu, entendemos que apartar todo daño y maleficio significa apartar la enfermedad. La bioética nos propone acercarnos al médico y hallar conductas éticas en que se manifieste el hombre en su plenitud, íntegro, con capacidad de vivir su historia y proyectarse al porvenir, tal cual lo pedía Potter, su fundador. Esto muchas veces implica curar, reparar, extraer el daño, pero sobre todo obliga al médico a cumplir con su vocación más antigua: cuidar. Pero ¿cómo pensar el cuerpo de otra manera y la enfermedad de otra manera? Proyectar un mundo con el enfermo compartiendo un espacio con él, el cuidado de ese espacio común, de ese proyecto común. Esto es la medida no sólo del ejercicio de la humanidad del médico, sino de su ética. Debemos hablar de una ética del cuidado en medicina. Esto significa básicamente estar atentos a que el paciente es un otro que necesita de nosotros, que acude al médico a pedir ayuda; negársela, omitir acciones, o realizar acciones en beneficio de terceros, sería claramente optar por una conducta no ética, inmoral. Reflexionar frente al enfermo muriendo y sobre todo al enfermo sufriente, se convierte en el mayor desafío para el médico. Practicar la ética del cuidado no es otra cosa que acompañar al enfermo en el camino hacia el futuro, sea este de vida o de muerte, teniendo presente lo que decía Erik Cassel "El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar".

Palabras clave: bioética, relación médico paciente, cuidado de la salud

Abstract

Physician Patient Relationship. Bioethics and Medical Care

Along the medicine history the doctor has mainly performed tasks of assistance and consolation. Between the fifteenth and seventeenth centuries the evolving knowledge brought a change in the concepts of medicine. To assist patients very quickly starts to mean prescription of a medication. Today, imbued with the same spirit, we understand that removing a damage and spell means removing the disease. Bioethics teaches to find ethical behaviors in the doctors like men showing their integrity, ability to live with their history and projections into the future, as Potter, its founder, proposed. This often involves healing, repairing, removing the damage, but overall it requires that the doctors fulfill their oldest vocation: to care. But, how can the doctors think the body as well as the illness in a different way? By projecting a world with the patient, sharing the same space with him, taking care for the common space, the joint project. This is a measure not only of the doctors' humanitarian practice, but also of his ethics. We should speak of an ethics of medical care. This means to be basically attentive that the patient is a person who needs us, who comes to the doctor asking for help. If the help is denied, actions are not taken, or the actions are for the benefit of others, this would clearly mean

an unethical, immoral conduct. The biggest challenge for the doctor is to meditate in front of a dying patient and especially a suffering patient.

Practicing ethical of care is to accompany the patient on the road to the future, be it life or death, bearing in mind what Erik Cassel said "The doctor rarely cures, sometimes alleviates, but should always console".

Key words: bioethics, physician-patient relationship, healthcare

A lo largo de la historia de la medicina el médico ha desempeñado principalmente tareas de asistencia y consuelo, y la base moral de estos cometidos era principalmente promover el bien para el enfermo y evitar el mal. Entre los siglos XV y XVII se realiza un cambio en la concepción de la medicina que acompaña la transformación del conocimiento. Ambos comienzan a tener pretensiones de científicos según la nueva idea de ciencia que pretende promover cambios en la naturaleza para convertir a los científicos en "señores y dominadores de la naturaleza"¹. Cambia el rol del médico, ya no acompaña el transcurso de la enfermedad paliando a lo sumo alguno de sus efectos como podía ser el dolor, por la exigencia de curar en el sentido que lo entendemos hoy: enmendar, arreglar, volver al estado anterior, reparar, poner remedio. Poner remedio se transforma muy rápidamente en poner un remedio, una medicina. Cuando leemos en el juramento hipocrático que el médico jura apartar del enfermo todo daño y maleficio, no se está haciendo referencia a la enfermedad en sí, sino a todo lo que pudiera causar al enfermo cualquier tipo de males que modificaran su estado. No es eso lo que comprendemos hoy en esa frase, imbuidos de una mentalidad moderna entendemos que apartar todo daño y maleficio significa apartar la enfermedad²⁻⁵, -figura prototípica del mal para el hombre moderno porque es anuncio de algún tipo de muerte-, actuar sobre ella en sentido reparador. Sin embargo, y esto es muy curioso, la fórmula del juramento que usan hoy nuestros jóvenes, la de la Convención de Ginebra, tampoco los compromete a curar, a sanar, es decir a volver al enfermo al estado anterior a la enfermedad, sino que la fórmula es "velar solícitamente, y ante todo, por la salud de mi paciente"⁶. Estamos cayendo en la cuenta de que ningún médico parece haberse comprometido ni obligado explícitamente nunca a curar la enfermedad sino más bien a cuidar la salud.

La bioética nos propone acercarnos al médico y hallar conductas éticas en que se manifieste –tal cual lo pedía Potter, su fundador– el hombre en su plenitud, íntegro, con capacidad de vivir su historia y proyectarse al porvenir⁷. Esto muchas veces implica curar, reparar, extraer el daño, pero sobre todo obliga al médico a cumplir con su vocación más antigua: cuidar⁸. Esto se presenta como una opción que es falsa puesto que curar también, y sobre todo, debe entenderse como cuidar. Si nos atenemos a los usos de la palabra curar, se nos aparece como cuidar y conservar, fortalecer. Practicar la "cura"⁹ es, en el fondo, esforzarse solícitamente por algo o por alguien, ocuparse con esmero, con preocupación, con celo de algo o de alguien. La acción de curar, pues, desde sus orígenes etimológicos, es una acción que requiere dedicación, esfuerzo continuado, sufrimiento por el otro y sobre todo esmero, cuidado, solicitud. El ejercicio de cuidar conlleva, por un lado, esfuerzo, inquietud, dedicación, trabajo apremiante y, por otro lado, implica un trabajo de entrega, de solicitud, de respuesta a necesidades ajenas.

Tanto el médico como el enfermo, que viven en el mismo mundo, aceptan que la enfermedad está emparentada con un saber médico científico que parece ser dueño en alto grado de una verdad absoluta; con la concepción de los cuerpos como máquinas compuestas por piezas llamadas órganos; con la comprensión de la enfermedad como disfunción de esa máquina provocada en general por un factor externo a ella, solucionable por una reparación, extracción o cambio del órgano afectado; con la hipervaloración de la respuesta tecnológica a la consulta diagnóstica; con la necesidad científica de convertir al enfermo en objeto de observación, diagnóstico, terapia, o investigación. En un mundo donde se esperan estas respuestas de parte del médico, será necesario hacer un gran esfuerzo para ejercer la cura. ¿Cómo pensar el cuerpo de otra manera y la enfermedad de otra manera? ¿Cómo no soñar con extirpar la enfermedad como la cura más

radical? ¿Cómo evitar pensar que las máquinas ven más y mejor que nuestros ojos? ¿Cómo olvidar que el médico debe hacer ciencia e investigar tomando a sus pacientes como objeto de estudio? ¿Cómo aceptar que lo más que puede hacer como médico es acompañar cuidadosamente a sus pacientes?

Si ser hombre es tener cuidado con la vida en general y con su futuro, esta tarea parece concordar con la vocación médica, por consiguiente, el cuidado del y por el otro se convierte en un deber moral. El lugar *auténtico* desde donde el médico ejercerá este cuidado es su encuentro con el enfermo, este es un espacio nuevo que debe ser constituido cada vez, con el aporte genuino de ambos. ¿Cómo describir este espacio donde médico y enfermo se encuentran auténticamente? Es ese lugar donde las relaciones se desarrollarán en el marco de un interés y una finalidad común: la salud del doliente. Si esto es así imperará la veracidad por ambas partes, la disposición a escuchar y dialogar, el ejercicio del saber de parte de ambos: un saber médico el uno, un saber de su circunstancia el otro. ¿Significa esto que no habrá ejercicio del poder? Sí, en cuanto poder sea aptitud, no, en cuanto sea dominio. El ejercicio de “ser humano” debe realizarse ineludiblemente *con otros*, el ejercicio de “ser médico” debe hacerse con el enfermo, no sobre el enfermo. Proyectar un mundo *con el enfermo* compartiendo un espacio con él, el cuidado de ese espacio común, de ese proyecto común. Esto es la medida no sólo del ejercicio de la humanidad del médico, sino de su ética.

Cuando se habla de ética en relación con la medicina se hace referencia a dos ejes sobre los que esta debe girar: la benevolencia y la buena intención, que no son sino los dos ejes de las éticas más influyentes en occidente: la aristotélica y la kantiana. La aristotélica pide privilegiar el bien, la kantiana la justicia. Cuidar es la manera más acabada de hacer el bien para el médico y la buena intención reclamada por Kant es precisamente la intención cuidadosa en la búsqueda del bien del otro, la que subordina sus propios intereses a los del otro y en ese acto practica la justicia. Cuando se menciona la ética del cuidado no se puede evitar pensar en Carol Gilligan quien desarrolló investigaciones para mostrar que el sentido moral de la mujer era de cuidado mientras que el del hombre era de cumplimiento abstracto de deberes y ejercicio de derechos¹⁰. Según Gilligan una ética del cuidado pondría como conductas preponderantes las que se vinculan con los demás, no-violentas, que eviten la destrucción y sobre

todo que atiendan al contexto y no a los principios. Podríamos pensar entonces que la medicina es una vocación de índole femenina y tal vez la cantidad de médicas que se multiplica le estaría dando la razón. Sin embargo no se trata para Gilligan de elegir entre derechos y responsabilidades sino de tomarlos como complementarios, de tal manera que el desarrollo moral consistirá en sustituir el antagonismo por el respeto mutuo. Ejercer el cuidado significa asumir plenamente la responsabilidad por los demás de tal manera que evitemos mirar para otro lado cuando alguien necesita de nosotros, no omitir las acciones que el otro está esperando de nosotros: como individuos y como sociedad. El mundo es una red de relaciones en las que estamos insertos como parte constitutiva y lo que le pase al otro nos está pasando de alguna manera.

Hablar entonces de una ética del cuidado en medicina significa básicamente estar atentos al paciente como otro que necesita de nosotros, que acude al médico a pedir ayuda, y negársela, omitir acciones, o realizar acciones en beneficio de terceros, sería claramente optar por una conducta no ética, inmoral. Uno de los escollos en este camino del cuidado es el convencimiento de que el fin de la medicina es luchar contra la muerte. Esta no es una convicción del vulgo, Favalaro definía la tarea del médico como la lucha sin cuartel contra la muerte. Está claro entonces que si el médico está convencido de que su tarea es luchar contra la enfermedad o una guerra contra la muerte, aceptar que la enfermedad ha ganado la partida, que la muerte siempre gana la guerra aunque la medicina gane muchas batallas, es aceptar el fracaso. El fracaso de la medicina pero sobre todo del médico. Este sería el que realmente fracasa, porque la medicina tendrá muchas oportunidades en los próximos siglos para ganar la guerra, pero el médico no. No es fácil enfrentar una profesión pensando en el fracaso como destino. Si bien es cierto que no podemos negar que la muerte es el mayor de los escándalos^{11, 12} ello no nos habilita a obligar a la medicina a poner orden frente a un desorden inevitable. Pensar la tarea del médico como una derrota frente a la muerte es una falacia, ya que el fracaso desaparece cuando los médicos cambian la mirada sobre su profesión, dejan de vivir en un campo de batalla contra lo inevitable y comienzan una tarea de acompañamiento y cuidado del enfermo que hará, junto al médico, todo lo posible para mejorar su estado incluso como moribundo. ¿Sig-

nifica esto amigarse con la muerte al punto de no hacer nada? Lo que significa es que el médico y el enfermo que lo escucha devotamente en el momento de la enfermedad comiencen a considerarla como posibilidad cierta y real. Tanto el enfermo como su familia necesitan cuidado, protección, poder confiar en alguien, poder aferrarse a alguien que esté firme, seguro, que tenga algunas respuestas y que las comparta. Es precisamente la muerte, enigma y problema siempre presente, el mayor de los desafíos y de los enemigos para el médico, la que lo acerca a la filosofía. Desde allí el por qué y el para qué exigen definiciones éticas que obligan al médico a abandonar su gesto cosificante. Las consecuencias serán movimientos de acercamiento al paciente, de simpatía, que lo ponen en riesgo e incluso pueden volverse peligrosos para el médico ya que lo colocan en igual plano con el enfermo y al identificarse con él puede sufrir “en carne propia” la muerte del otro o al menos su dolor. Con la irrupción del enfermo con peso propio se da una “inversión que sienta las bases de un paradigma novedoso, en el cual la consideración de la enfermedad cede paso ante la consideración del enfermo”⁸.

Mientras la cura tal cual la entendemos hoy está sostenida sobre la ciencia, el cuidado está apoyado en la confianza. La medicina no puede cuidarnos, es un conocimiento, una ciencia, sólo puede hacerlo el médico, en realidad el equipo médico, porque el médico hoy no puede ni debe trabajar solo. La presencia de un equipo ayuda a que el cuidado sea posible incluso en sistemas que separan del enfermo, que impiden que pueda brindársele tiempo. Este equipo deberá aunar sus esfuerzos en pos del apoyo del enfermo, será el

que le de firmeza, el que lo proteja en su estado de vulnerabilidad, el que le de seguridad en la incertidumbre, el que baje los niveles de miedo y ansiedad. Practicar la ética del cuidado no es otra cosa que acompañar al enfermo en el camino hacia el futuro, sea este de vida o de muerte, teniendo presente lo que decía Erik Cassel “El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar”.

Conflicto de intereses: las autoras declaran que no tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Descartes R. *Discours de la méthode*. Paris : Vrin, 1967, IV Partie, paragr. 5-10.
2. Manietti JA. *Ética Médica. Introducción histórica*. La Plata: Editorial Quirón, 1989.
3. Manietti JA. *La crisis de la Razón Médica, Introducción a la Filosofía de la Medicina*. La Plata: Editorial Quirón, 1988.
4. Manietti JA. *Estudios bioéticos*. La Plata: Editorial Quirón, 1993.
5. Manietti JA. *Bioética fundamental. La crisis bioética*. La Plata: Editorial Quirón, 1989.
6. Declaración de Ginebra. En: http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_87/cua1287.htm
7. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
8. Cecchetto S. *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*. Editorial ADHOC: Buenos Aires, 1999.
9. Heidegger M. *Ser y tiempo*. FCE, Buenos Aires, 1991.
10. Gilligan C. *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica. México, 1985.
11. Pfeiffer ML. “La muerte, ese escándalo”. *Cuadernos de Ética*: Buenos Aires, 1996, N° 21-22.
12. Pfeiffer ML. “La muerte como destino”, *Nuevo Itinerario*, Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Humanidades, Instituto de Filosofía, 1999, Año IV, N° 3.