

# ÉTICA Y SANIDAD: DIGNIDAD Y DIÁLOGO EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL\*

Vilhjálmur Árnason\*\*  
vilhjarn@hi.is

## RESUMEN

Este artículo está dividido en dos partes. En la primera identifico los objetivos de la comunicación ética en la asistencia sanitaria con el tratamiento del paciente como persona. Me propongo explicar el contenido de esta demanda moral y analizar los principales factores en juego. En la segunda parte presento tres modelos de relación entre pacientes y profesionales, y los examino críticamente a la luz de los fines morales de la comunicación en la asistencia a personas en los estadios terminales de su enfermedad. Deseo mostrar que tratar al paciente como persona es el objetivo ético de la asistencia sanitaria, y que sólo puede alcanzarse mediante un diálogo veraz y considerado entre pacientes y cuidadores. Para ello, examinaré brevemente las principales características de ese diálogo, sus condiciones previas y algunos de los obstáculos que pueden impedirlo. A modo de ejemplo, estudiaré cómo pueden funcionar esos tres modelos en los cuidados paliativos, para así proporcionar una ilustración de cómo este argumento puede llevarse a la práctica sanitaria real.

## ABSTRACT

«Dignity and Dialogue in the Patient-Professional Relationship». This paper is divided into two parts. In the first part I discuss the objectives of moral communication in health care in terms of treating the patient as a person. I give an account of this moral demand and analyse its major factors. In the second part of the paper, I consider three models of the patient-professional relationship in health care. I critically evaluate these models in light of the moral objectives of communication in terminal care. I argue that only truthful and considerate dialogue between the patient and the care providers can reach the objective of treating the patient as a person. I briefly discuss the main features of such a dialogue, its preconditions and some of the obstacles that may stand in the way for its realization. Throughout, I take the treatment of the dying as my example so as to illustrate how the points of argumentation could be brought to bear on actual health care practice.

## FINES MORALES DE LA COMUNICACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA

A la hora de pensar la comunicación en la asistencia sanitaria es importante tener claro desde el principio el objetivo básico de este servicio. Mi respuesta es

sencilla: el objetivo es *respetar al paciente como persona*. Puede que ésta no sea una respuesta muy definida, puede incluso sonar como una especie de slogan, pero creo que tiene un contenido moral muy definido. Permítanme comenzar explicando esta idea tan importante del respeto, que para mí resulta equivalente a la de dignidad.

Primero, una breve nota histórica. La noción de respeto por las personas tiene su origen en la concepción cristiana del ser humano como creación divina. Su importancia básica está en la *igualdad* moral que instaaura entre todas las personas, una noción que es ajena a la gran tradición ética de la Grecia clásica, por ejemplo. Entiendo por igualdad moral la idea de que todos los individuos merecemos la misma consideración moral, al margen de la edad, la nacionalidad, el género, la educación, la posición social o el color de la piel. (Esto puede no haber estado muy presente en la historia de la Cristiandad, pero es sin lugar a dudas el núcleo del mensaje moral de Jesucristo.) En tiempos modernos, los filósofos comenzaron a entenderlo mediante algunas categorías universales que proporcionaron el fundamento filosófico a la demanda moral de respeto. La más famosa y sofisticada expresión de esta idea se encuentra en la filosofía moral de Immanuel Kant. Su formulación de la ley moral es la siguiente:

obra de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio<sup>1</sup>.

Este principio puede desarrollarse con más detalle. Para tratar a los seres humanos como fines en sí mismos se requieren ciertos deberes, positivos y negativos. Dicho en términos muy simples, en general los deberes negativos son deberes de no hacer aquello que está mal, y los positivos son deberes de hacer lo que está bien. En este contexto en particular, el deber negativo consiste en no utilizar a las personas únicamente como medios, mientras que el deber positivo es el de permitirles que alcancen sus propios fines. Kant comenta el primero bajo la rúbrica de respeto o dignidad [*Achtung*] y el segundo bajo la rúbrica del amor [*Liebe*]:

---

<sup>\*</sup> Conferencia en la Facultad de Filosofía y CC. de la Educación, UPV/EHU (Donostia-San Sebastián, 28 de abril de 2003).

<sup>\*\*</sup> Catedrático de Filosofía y director del Instituto de Ética de la Universidad de Islandia. Doctor en Filosofía por la Purdue University (EEUU), ha trabajado como investigador en varios centros académicos, ocupando entre otras posiciones la de Alexander von Humboldt Research Fellow en la Freie Universität y Max-Planck-Institut de Berlín (1993). Desde 1998 forma parte del consejo editorial de la revista *Medicine, Health Care and Philosophy* (Kluwer Academic Publishers). Actualmente codirige el proyecto europeo de investigación ELSAGEN (Ethical, Legal and Social Aspects of Human Genetic Databases. A European Comparison). Entre sus publicaciones destaca el libro *La ética de la vida y la muerte: decisiones difíciles en la asistencia sanitaria* (original en islandés, 1993; traducción alemana, 2003).

<sup>1</sup> Immanuel KANT, *Groundwork of the Metaphysics of Morals*, trans. H.J. PATON, as *The Moral Law* (London: Hutchinson 1953), p. 429, Prussian Academy pagination. Traducción castellana: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (Madrid, Espasa Calpe, 1990), p. 104.

En virtud del principio del *amor recíproco* [*Wechselliebe*], [los seres humanos] necesitan *acercarse* continuamente entre sí; por el principio del *respeto* [*Achtung*] que mutuamente se deben, necesitan mantenerse *distantes* entre sí<sup>2</sup>.

Esta intuición tan importante de Kant nos permitirá desgranar la demanda moral de tratar al paciente como persona. Dividiré esta demanda en dos componentes básicos. Tratar al paciente como persona requiere respeto por la *autonomía* del paciente (distancia) y preocupación por el *bienestar* del paciente (cercanía).

Ahora necesitamos concentrarnos en cada uno de esos componentes del respeto y sus relaciones mutuas. Uno de los aspectos más interesantes de esta doble demanda es que existe una tensión constante e inevitable entre el respeto por la autonomía y la preocupación por el bienestar. Tal y como lo ha comentado Onora O'Neill, «la experimentamos cada vez que intentamos compartir los fines de los demás sin apropiarnos de ellos»<sup>3</sup>. Cuando nos preocupamos por una persona y queremos cuidarla, necesitamos acercarnos a ella, pero al mismo tiempo debemos darle cierta distancia para que sea ella misma y tome sus propias decisiones. Si nos acercamos demasiado estamos controlando o manipulando; si nos quedamos demasiado lejos nos evadimos con indiferencia. Esta tensión está en el núcleo de cualquier contacto personal, pero muchos problemas éticos en la relación asistencial están caracterizados precisamente por esta tensión entre la preocupación por el bienestar y el respeto por la autonomía.

Veamos primero el principio del respeto por la autonomía. Este aspecto del principio es básico porque en él reside la exigencia mínima del tratamiento de la gente como personas. Esto requiere cierta distancia, como dice Kant, para salvaguardar el «espacio» necesario para que cada persona sea ella misma. Todo el mundo debería tener espacio suficiente para formular y llevar a cabo sus proyectos vitales sin necesidad de abrirse camino a codazos. Como Stanley Benn ha dicho, «respetar a alguien como persona consiste [...] en tomarse en serio su propia visión de sí misma»<sup>4</sup>. Esto no es así porque yo deba estar de acuerdo con su visión o porque piense que sus proyectos son valiosos, sino simplemente porque son suyos. De hecho, la persona *es* sus proyectos; en tanto que cada persona sólo puede presentarse en el mundo mediante esos proyectos, respetarla como tal consiste en respetar su autonomía para vivir de acuerdo con su identidad y juicios de valor.

No obstante, sabemos que este principio tiene sus límites. Una de las tareas de la ética es armonizar las vidas de diferentes individuos que tienen a menudo intereses en conflicto y proyectos antagónicos. Uno de los principios más importantes en esta regulación de conflictos en la comunidad moral es el *principio del*

---

<sup>2</sup> Immanuel KANT, *Die Metaphysik der Sitten* (Stuttgart: Reclam 1990), p. 337. Traducción castellana: *La metafísica de las costumbres* (Madrid, Tecnos, 1989), p. 317.

<sup>3</sup> Onora O'NEILL, «Treating Others as Persons», in Michael D. BAYLES and Kenneth HENLEY, eds., *Right Conduct*, 2nd. ed. (New York: Random House 1989), p. 89.

<sup>4</sup> Stanley BENN, *A Theory of Freedom* (Cambridge: Cambridge University Press 1988), p. 105.

*daño*, que restringe la autonomía individual<sup>5</sup>. De acuerdo con este principio, que fue formulado claramente por John Stuart Mill, una persona no puede usar su autonomía para dañar a otros. (Por daño entiendo la violación de intereses importantes para las personas, intereses que afectan tanto a su bienestar como a su autonomía). No obstante, a una persona no se le puede impedir que se dañe a sí misma, a no ser que pueda probarse que es incompetente.

Veamos ahora el principio de la preocupación por el bienestar. Este principio ha sido ya invocado, pues el principio del daño implica que no debemos violar el bienestar ajeno. Pero ésta es una formulación meramente negativa de la preocupación por el bienestar. Puesta en términos positivos, el principio nos conmina a ayudar a los necesitados, cuidarlos y promover su bien. Tratar a una persona como fin en sí mismo es, por lo tanto, no sólo dejarla en paz para que pueda formular sus proyectos, sino también permitirle alcanzar sus objetivos, al menos aquellos que sean moralmente justificables. Esto supone la promoción activa del bien del otro sin violar su autonomía. Kant hace una observación muy importante cuando escribe lo siguiente:

Yo no puedo hacer bien a nadie ateniéndome a *mis* conceptos de felicidad (excepto a los niños menores de edad o a los perturbados), sino ateniéndome a los conceptos de *aquel* a quien pienso hacer un beneficio<sup>6</sup>.

Esto explica la primacía de la autonomía sobre el bienestar. Si impongo mi concepción del bien a otra persona competente, entonces la estoy dañando pues he violado su autonomía. En resumen: la preocupación por el *bienestar* del paciente implica no dañar (incluyendo el no violar la autonomía) y hacerle bien, beneficiarle.

Lo interesante acerca de la asistencia sanitaria en este particular es que, desde un punto de vista profesional, su preocupación básica es *beneficiar* al paciente, esto es, hacerle bien. Aunque esta obligación llega, por así decirlo, la última en la lista de nuestros deberes generales, es natural que adquiera prioridad en esta profesión particular cuyo objeto es ayudar a la gente necesitada de atención médica. El peligro está, sin embargo, en que esta prioridad del bienestar de los pacientes acabe por invadir o incluso eliminar su autonomía. Ciertamente, la historia proporciona testimonios de esta invasión; la historia de la medicina y la ética médica han estado dominadas por esa tradición hipocrática que se ocupa exclusivamente de beneficiar al paciente. Por supuesto, la máxima *primum non nocere* —lo primero, no dañar— está en el núcleo de todos los códigos morales en la historia de la deontología médica, pero se la entiende en un sentido más restringido al que yo he reconstruido aquí. Tradicionalmente, en ética médica el principio del daño no se entendía en términos de la auto-

---

<sup>5</sup> La formulación clásica de este principio está en John Stuart Mill, *On Liberty* (1859). Para una buen comentario véase Joel Feinberg, *Social Philosophy* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1978).

<sup>6</sup> KANT, *Die Metaphysik der Sitten*, p. 344. Trad. cast.: *La metafísica de las costumbres*, pp. 324-5.

nomía del paciente, sino estrictamente en términos de los intereses *médicos* del paciente. Existe una instructiva ilustración de esto en el corpus hipocrático. Por ejemplo, Hipócrates conminaba a los médicos a que realizaran sus deberes

con calma y rectitud, ocultando al paciente la mayoría de las cosas mientras le atiendes. Imparte las órdenes necesarias con sinceridad y buen ánimo, alejando su atención de lo que le estás haciendo; reprende a veces con severidad y énfasis, y otras veces confora con atención y solicitud, sin revelar nada acerca de la condición presente o futura del paciente<sup>7</sup>.

Este pasaje que acabo de citar muestra bien cómo el tema del tratamiento como personas de los pacientes no puede separarse de la interacción cotidiana de los pacientes y los profesionales sanitarios. Esa demanda moral se atiende (o desatiende) en las conversaciones cotidianas que tienen lugar (o no). El respeto por el paciente como persona se presenta siempre y en primer lugar, por lo tanto, en la *comunicación*. Esto es porque la vulnerabilidad del ser humano no es sólo física, sino también y básicamente psicológica. Esta vulnerabilidad psicológica está íntimamente ligada con el hecho de que el ser humano es una criatura lingüística que depende completamente de las relaciones y la comprensión interpersonales<sup>8</sup>. A un nivel personal, esto exige una consideración y una atención que van, por descontado, mucho más allá de la preservación médica de la vida y la integridad física. Esta necesidad de atención y consideración hacia el paciente se ha reconocido siempre en la práctica de la medicina y la enfermería, pero las ideas acerca de cómo debería atenderse han variado históricamente.

A continuación pasaré a considerar tres modelos diferentes de interacción entre paciente y profesional, cada uno de los cuales implica un cierto estilo de comunicación y algunas ideas implícitas acerca de cómo tratar al paciente como persona. En cada caso consideraré las implicaciones que pueda tener para el tratamiento de pacientes agonizantes o en los estadios terminales de su enfermedad.

## MODELOS DE COMUNICACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA

### 1) EL MODELO PATERNALISTA

El modelo de interacción entre pacientes y profesionales de la salud implícito en la tradición hipocrática se ha descrito correctamente como una forma benevolente de *paternalismo*. Este modelo ha sido el dominante en la historia de la práctica médica y enfermera hasta hace poco. La idea central que subyace a esta práctica es simple. El profesional de la salud tiene un conocimiento especializado acerca de

---

<sup>7</sup> Ruth MACKLIN, *Mortal Choices* (Boston: Houghton Mifflin Co. 1987), p. 9.

<sup>8</sup> Jürgen HABERMAS, *Moral Consciousness and Communicative Action*, trans. C. Lenhardt and S.W. Nicholsen (Cambridge, Mass: The MIT Press 1990), p. 199.





la dolencia del paciente. Éste, a su vez, carece de ese conocimiento y por eso busca la ayuda del profesional. Es obligación del profesional hacer uso de este conocimiento de modo que obre guiado por el mejor interés del paciente. El bien del paciente se valora en función de su situación médica, lo que sólo puede hacerse a la luz del conocimiento especializado del profesional. A los pacientes no hay que molestarlos con información acerca de su dolencia, porque además de carecer del conocimiento necesario para asimilarla, no son más que personas enfermas que necesitan alivio. Por lo tanto, el profesional no someterá al paciente a un complicado proceso de toma de decisiones, sino que tomará esas decisiones basándose en a su conocimiento y experiencia profesional.

Esto puede sonar convincente pero no carece de problemas. Es verdad que el profesional posee conocimientos acerca de la situación médica del paciente, pero esa premisa no es suficiente para extraer todas las conclusiones mencionadas. *Primero*, no es correcto afirmar que el conocimiento profesional de la situación médica del paciente coincida con el conocimiento del bien del paciente. Ese bien no puede identificarse plenamente sin conocer las preferencias del paciente, sus valores y deseos. Esto es porque se trata de un individuo con su historia peculiar y sus proyectos propios, alguien a quien no se puede tratar como persona a no ser que se tome en cuenta su punto de vista. Por lo general, en cada tratamiento existen diferentes opciones y ninguna decisión puede estimarse correcta sin consultar al paciente acerca de aquéllas. *En segundo lugar*, es un error mantener que informar a los pacientes les cause molestias o preocupación. Durante mucho tiempo en medicina se pensaba que la verdad debería administrarse por los médicos como un recurso terapéutico más, susceptible de ser convenientemente dosificado o eliminado por completo si se juzgase que podría dañar al paciente. Como dice Sissela Bok en su libro *Lying*, los estudios indican que

los daños asociados a la recepción de malas noticias son menores de lo que los médicos creen, mientras que los beneficios que resultan de ello son palpablemente más sustanciales. Se tolera mejor el dolor, la recuperación postquirúrgica es más rápida, y la cooperación terapéutica mejora notablemente. La actitud de «ojos que no ven corazón que no siente» [*what you don't know won't hurt you*] ha demostrado ser muy poco realista; lo que causa una preocupación corrosiva a los pacientes es precisamente aquello que ignoran pero que vagamente sospechan<sup>9</sup>.

El mayor problema del modelo paternalista es que bloquea la comunicación entre pacientes y profesionales. La práctica paternalista, por no decir autoritaria, de la medicina es, en la feliz expresión de Jay Katz, una historia de silencios<sup>10</sup>. Una práctica así de muda o monológica no puede tratar al paciente como persona; por el contrario, amenaza con reducirle a una cosa u objeto que hay que manipular

---

<sup>9</sup> Sissela BOK, *Lying: Moral Choices in Public and Private Life* (New York: Pantheon Books 1978), p. 234.

<sup>10</sup> Jay KATZ, *The Silent World of Doctor and Patient* New York: The Free Press 1984), p. 209.

mediante la pericia técnica pero sin considerarlo como un ser racional y emocional. Así, los médicos se automarginan de sus pacientes, lo cual aumenta la sensación de abandono provocada por la enfermedad.

Aunque esta clase de práctica médica siempre resulta deshumanizadora, es posible que en nada sea tan peligrosa como en el cuidado de los enfermos terminales. Al mismo tiempo, es más probable que los moribundos sufran este modelo de interacción en mayor medida que otros pacientes, puesto que ya se da una «conspiración de silencio» acerca de su diagnóstico y situación. Esto se da especialmente en un entorno hospitalario tecnologizado donde las máquinas y los cables no sólo no pueden proporcionar ya una cura, sino que dificultan el confort y la conversación que resultan cruciales para un moribundo. Esta situación constituye la marginación última de los pacientes en la medicina monológica.

## 2) EL MODELO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

A la luz de esta crítica del modelo paternalista de interacción paciente-profesional, no sorprende que haya sido cada vez más rechazado durante las últimas décadas (al menos en teoría, pues podría ser todavía predominante en la práctica). La alternativa teórica más radical a este estado de cosas es un modelo de interacción basado primariamente en la autonomía del paciente. El paciente tiene *derecho*, se dice, a controlar lo que se hace a su cuerpo. Como lo que está en juego en el contexto clínico es la vida e integridad del paciente, es él —y no la doctora o el enfermero— quien debería tener la autoridad última para decidir lo que ha de hacerse. El papel de los profesionales sanitarios debería ser básicamente el de proveedores de una información médica sobre la que el paciente podrá basar sus elecciones. Se ha llegado a sugerir que el profesional debería presentar las opciones al paciente de un modo «neutral», para evitar imponer sus propios valores o preferencias sobre los del paciente y disminuir así su autonomía. En lugar de ser la figura paterna del paciente, o su madre adoptiva, como en el modelo paternalista, los profesionales toman un papel técnico mucho más distanciado del paciente. Robert Veatch lo ha llamado el «modelo ingenieril» de la medicina; Sheri Smith habla de la «técnico-enfermería»<sup>11</sup>. El papel del paciente se convierte, en efecto, en el de un consumidor cuyos deseos son las ideas directrices de los servicios sanitarios.

El único objetivo de este modelo es maximizar la autonomía del paciente. Esto puede sonar bien, y a la vista de mi énfasis en tratar al paciente como persona podría parecer que ése es el estado óptimo al que aspirar, pero tengo varias razones para rechazarlo. Estoy de acuerdo en que el paciente tiene derecho a controlar lo que se hace a su cuerpo, pero ello debe entenderse como un derecho *negativo*. Con

---

<sup>11</sup> Robert M. VEATCH, «Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age», Sheri SMITH, «Three Models of the Nurse-Patient Relationship», in Thomas A. MAPPEs and Jane S. ZEMBATHY, eds., *Biomedical ethics* (New York: McGraw-Hill Book Company 1981), pp. 56-59, 120-126.





esto quiero decir que tiene derecho a controlar lo que *no* ha de hacerse a su cuerpo, algo que generalmente se llama el derecho a rechazar el tratamiento (que implica el derecho a consentir a todo tratamiento propuesto). Para hacer esto posible el paciente ha de ser informado acerca de las opciones médicas, su pronóstico, los efectos secundarios, etc. El derecho del paciente no suele entenderse como un derecho *positivo* de ningún modo, salvo cuando se quiere decir que tiene derecho al bien común que es el servicio sanitario. El paciente no tiene derecho a determinar qué clase de servicios ha de recibir. La legitimidad de sus deseos queda limitada por los objetivos del sistema sanitario y las obligaciones de los profesionales de la salud. En otras palabras, los derechos del paciente deben tener *una conexión razonable con los deberes de los profesionales*. El deber profesional de respetar la autonomía del paciente es por lo tanto un deber negativo, lo que significa que nunca debe imponer un tratamiento a un paciente competente si éste lo rechaza. No significa que el profesional tiene el deber de obedecer los deseos del paciente, sean los que fueren. Médicos y enfermeros deben proteger también su integridad profesional, y cumplir con sus obligaciones profesionales. De otro modo, la aplicación estricta del modelo de la autonomía conduciría al absurdo.

Lo dicho acerca del modelo de la autonomía se aplica, creo, a la relación profesional-paciente en general, pero este modelo puede ser más adecuado en unos casos que en otros. Por mencionar un ejemplo extremo de aplicación insensata y peligrosa del modelo de la autonomía radical: en Norteamérica, una mujer solicita a su cirujano que le extirpe su pecho sano porque le molesta para jugar al golf<sup>12</sup>. ¿Existe alguna razón médica con fundamento para que el cirujano respete los deseos de esta mujer? O, por poner un ejemplo más común, ¿deben los médicos de atención primaria respetar la solicitud de una persona con síntomas ordinarios de resfriado de que le sea administrada penicilina? Esto es bastante usual en mi país, donde la única razón por la que se administra penicilina a la gente es que son ellos quienes la piden. Sin embargo, en tales casos los médicos tienen derecho a plantarse (porque el tratamiento es inútil o pernicioso) y de hecho eso sería una práctica profesional más responsable.

El modelo de la autonomía puede, no obstante, ser adecuado en los cuidados paliativos. En este caso, muchos de los principios o «restricciones» del sistema sanitario no se aplican, pues los fines paliativos sustituyen a los terapéuticos. Es poco probable que los deseos de un enfermo terminal sean peligrosos para su salud, mientras que atender las últimas voluntades del moribundo es un objetivo básico de los cuidados paliativos. Con todo, hay restricciones importantes que tener en cuenta al respetar esos deseos. La más obvia tiene que ver con el deseo de morir del enfermo terminal. No quiero entrar en detalles acerca de este tema tan debatido, sino que me limitaré a usarlo para enfatizar mi idea central. Se escucha a veces decir que los pacientes terminales tienen derecho a morir. La única manera de que esto tenga algún sentido para mí es entender que a los moribundos no se les debería hurtar su propia

---

<sup>12</sup> Leon R. KASS, *Toward a More Natural Science*. New York: The Free Press 1985.





muerte, por ejemplo mediante la aplicación de tratamientos médicos que prolonguen su agonía. De nuevo, ésta es una interpretación negativa de un derecho, y es legítima porque tiene una contrapartida obvia en los deberes de los profesionales hacia el enfermo terminal. En sentido estricto, no puede haber un derecho positivo a morir porque tal derecho «se traduciría en una obligación por parte de los demás a matar o auxiliar la muerte»<sup>13</sup>. La profesión médica no puede aceptar tal deber sin poner en riesgo su propio núcleo ético, e incluso los cimientos de la comunidad moral. El único sentido positivo que puedo encontrarle al derecho a morir consiste en dar a los pacientes todas las opciones posibles acerca de cómo han de vivir el final de sus vidas, lo que puede incluir el derecho a elegir las circunstancias de la propia muerte (o sea, el hospital, la residencia, o el domicilio particular).

Estoy persuadido de que el modelo de autonomía del paciente no es un modelo óptimo para la relación asistencial entre profesional y paciente. La razón es que proporciona opciones muy limitadas para una comunicación auténtica entre el moribundo y aquellos que atienden sus deseos. La manera en que se concibe la interacción sigue siendo monológica, sólo que ahora es el profesional el que sólo debe escuchar. La relación entre los dos no es dialógica ni interpersonal. Es el mismo error básico del modelo paternalista, pues ninguno de los dos está pensado para ni conduce hacia la *conversación* entre pacientes y profesionales. Al contrario, estos modelos mantienen los obstáculos a una interacción reflexiva y respetuosa *entre dos personas a partir de la comprensión y la confianza mutua*.

### 3) EL MODELO DE INTERACCIÓN COOPERATIVO

El tercer y último modelo de relación asistencial que voy a considerar es el modelo cooperativo. No estoy pensando en un modelo contractual que contemple la relación entre profesional y paciente bajo los términos de un contrato<sup>14</sup>. Aunque es un modelo muy adecuado para ciertas relaciones profesionales, como las de cliente y abogado por ejemplo, el modelo contractual no sirve para la relación asistencial. Entre otras razones, porque el contrato presupone una relación más simétrica y entre iguales que aquella que se da en el ámbito sanitario. Esta relación es desigual y asimétrica porque el paciente es inevitablemente la parte más débil en al menos dos sentidos. Es más débil en el sentido de que no posee los conocimientos necesarios para evaluar su propia situación y, por supuesto, porque está enfermo. Esta posición débil del paciente lo hace inusualmente dependiente de los profesionales sanitarios, pues a menudo el paciente se encuentra imbuido de «las ansiedades y los miedos que provocan la enfermedad y su tratamiento»<sup>15</sup>. Me parece que la idea del contrato no sólo sobrestima la independencia y autonomía psicológica del pacien-

<sup>13</sup> Leon R. KASS, «Is there a Right to Die?», *Hastings Center Report* (Jan-Feb. 1993), p. 42.

<sup>14</sup> Tanto Robert Veatch como Sheri Smith apoyan ese modelo, cf. nota 13.

<sup>15</sup> Jay KATZ, *The Silent World of Doctor and Patient*, p. 226.

te, sino que refuerza la alienación del ser humano respecto a sus congéneres tan presente en la relación asistencial como en la sociedad en general.

El modelo cooperativo de interacción entre profesional y paciente es el único modelo explícitamente pensado en términos de comunicación. Se basa en la convicción de que las conversaciones entre paciente y profesional son la mejor manera de alcanzar los objetivos del sistema sanitario. Esto es así porque la conversación, como ha observado Gadamer, «inicia el tratamiento y acompaña la curación»<sup>16</sup>, y también porque es la mejor manera disponible de tratar al paciente como persona. Voy a ceñirme a esta última idea, que es el objetivo propiamente *moral* de la comunicación. Como dije al comienzo, la exigencia de tratar al paciente como persona tiene dos componentes principales, la autonomía y el bienestar. Ahora voy a sugerir cómo pueden asegurarse mediante la autenticidad de las conversaciones tanto la autonomía del paciente como el cuidado por su bienestar. Mi tesis es que en el sistema sanitario la comunicación tiene dos objetivos básicos, *informar* al paciente y proporcionarle *apoyo emocional*, que se corresponden respectivamente con la autonomía y el bienestar del paciente. Voy a comentar brevemente estos dos objetivos.

Ya he dicho que la autonomía del paciente está inevitablemente limitada por los objetivos del sistema sanitario. No debe interpretarse como la voluntad soberana del paciente, sino más bien en términos de una *toma de decisiones compartida* entre el paciente y el profesional, donde la autonomía se ejercita en la capacidad del paciente para aceptar o rechazar la opción terapéutica propuesta por el profesional. Una condición necesaria para esta autonomía es que el paciente sea informado verazmente acerca de los datos relevantes a esta decisión. Esta exigencia ha sido extensamente discutida en la literatura sobre «consentimiento informado»<sup>17</sup>, pero pocas veces se tiene en cuenta la importante naturaleza dialógica de este fenómeno. Demasiado a menudo la comunicación se concibe como un mero intercambio de información que puede llegar a convertirse en un monólogo profesional con el paciente como mero receptor. En un libro único, *The Silent World of Doctor and Patient*, Jay Katz dice que el consentimiento informado necesita de la conversación por varias razones. Una de ellas es que las igualdades y desigualdades de los interlocutores se complementan entre sí: «Los médicos saben más acerca de la enfermedad. Los pacientes saben más acerca de sus necesidades»<sup>18</sup>. Ambos tienen que transmitir esos saberes y dejar que el diálogo sea la comadrona de una decisión compartida que respete la integridad del profesional y del paciente. La idea rectora del modelo cooperativo de interacción asistencial es que las decisiones han de tomarse en un espíritu de *responsabilidad y confianza mutua* creado por el diálogo veraz.

El otro objetivo básico de la comunicación en la asistencia sanitaria, proporcionar apoyo emocional al paciente, no siempre puede separarse claramente de

<sup>16</sup> Hans-Georg GADAMER, *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (Frankfurt am main: Suhrkamp Verlag 1993), p. 161.

<sup>17</sup> Véase por ejemplo Ruth R. FADEN and Tom L. BEAUCHAMP, *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press 1986.

<sup>18</sup> Jay KATZ, *The Silent World of Doctor and Patient*, p. 102.

la exigencia de informar al paciente. Como dice Cicily Saunders, director del St. Christopher's Hospice de Londres,

para que pueda cooperar en el tratamiento y ser aliviado de su carga de miedos, todo paciente necesita una explicación de su enfermedad que le resulte comprensible y convincente. Esto es verdad tanto si se trata de dar un diagnóstico esperanzado como si hay que confirmar un mal diagnóstico. [...] Una vez admitida la posibilidad de hablar con el paciente con franqueza, esto no quiere decir que esto vaya a ocurrir, pero todo el ambiente cambia. Entonces somos libres de esperar tranquilamente a que el paciente nos dé sus pistas, viendo en ellos a individuos de los que podemos esperar inteligencia, valor y decisiones propias<sup>19</sup>.

La cuestión no es *si* hay que informar o no al paciente, sino más bien cuándo y *cómo* debe hacerse esto. Tanto el factor tiempo como la manera general en que se «dice la verdad» al paciente son asuntos relevantes a su bienestar. Esto subraya el hecho de que el diálogo no es un mero artilugio estratégico para conseguir la cooperación del paciente, sino un verdadero modo de interactuar con él<sup>20</sup>.

En ningún otro ámbito es mayor la importancia de este aspecto del modelo cooperativo como en el cuidado de los enfermos terminales. En esos casos el proceso terapéutico orientado hacia el éxito ya no sirve, de modo que sólo nos queda la única exigencia de respetar a la persona como a un fin en sí mismo. El objetivo primero del tratamiento médico es aliviar el dolor para permitir al paciente estar consigo mismo y con otros. Esto complementa y hace posible el objetivo del diálogo, que es permitir al moribundo conservar su autorrespeto, un cierto sentido de su valor como ser humano. Esto no siempre puede hacerse «hablándole» al paciente; en tanto que forma de estar juntos, el diálogo puede consistir en una pura presencia humana en silencio. No el silencio de la medicina autoritaria, que oculta y margina, sino el silencio que apoya e incluso facilita: el silencio ante una experiencia inefable.

No obstante, un problema importante con la comunicación en el tratamiento de pacientes terminales reside en que en muchos casos sus capacidades comunicativas están muy dañadas o limitadas. Esto no siempre quiere decir que la persona sea incompetente o que no pueda beneficiarse de la comunicación. Una cuidadosa conversación con el paciente puede proporcionarle apoyo emocional aunque no pueda asimilar la información. En este punto, la comunicación con los familiares se vuelve muy importante. Las conversaciones con la familia y los amigos de la persona moribunda pueden ser la mejor manera de descubrir las preferencias que ésta tuvo o podría tener. Además, en el cuidado de los pacientes terminales también puede ser importante conocer los deseos y necesidades de la familia.

Por último, el arte de la conversación puede jugar un papel importante en la deliberación entre los propios profesionales sanitarios acerca del tratamiento y

---

<sup>19</sup> Cicily M. SAUNDERS, «Telling Patients», in Stanley J. REISER, Arthur J. Dyck, and William J. CURRAN, *Ethics in Medicine* (Cambridge, Mass: The MIT Press 1977), p. 238.

<sup>20</sup> Cf. Vilhjalmur ARNASON, «Towards Authentic Conversations. Authenticity in the Patient-Professional Relationship». *Theoretical Medicine* 15 (1994), 227-242.





cuidados de los pacientes terminales. Lo que puede servir a dos finalidades. Primero, el intercambio de información entre los diversos profesionales que participan en el tratamiento del paciente conducirá a que se le proporcione el mejor cuidado posible. Segundo, la comunicación entre los miembros del equipo sanitario puede tener también un efecto terapéutico, pues el tratamiento de un moribundo puede ser difícil emocionalmente; una de las mejores maneras de superar esas dificultades consiste en compartir la propia experiencia mediante una conversación. Esto requiere tanta voluntad como competencia dialógicas. Por esto último quiero decir la habilidad de participar con autenticidad en una conversación, de expresarse a uno mismo y escuchar a los otros y meterse en la piel del otro con piedad y al mismo tiempo con profesionalidad<sup>21</sup>.

No hace falta decir que este modelo de cooperación entre pacientes y profesionales sanitarios es un ideal rector que está muy lejos de verse plasmado o siquiera reconocido en la realidad de la práctica cotidiana. Hay muchas razones por las que esto es así: individuales, institucionales, educacionales e ideológicas, y sólo me queda tiempo para mencionar una o dos. No puedo resistirme a citar de nuevo a Jay Katz, pues ha sido él quien ha descrito quizá la causa mayor:

La nueva concepción de [...] la confianza mutua [...] no sólo depende de la competencia técnica de los médicos, sino también en su disponibilidad para compartir la carga de la toma de decisiones con los pacientes, y en su competencia verbal para hacerlo. Es una confianza que exige a los médicos confiar en sí mismos para poder confiar en sus pacientes, pues para confiar en los pacientes los médicos deben aprender primero a confiar en sí mismos para reconocer y enfrentarse a las trágicas limitaciones de sus conocimientos profesionales, su incapacidad para transmitir todo su saber a todos los pacientes, y sus propias incapacidades personales [...] para dedicarse plenamente a satisfacer las necesidades de sus pacientes<sup>22</sup>.

La disponibilidad y la capacidad para conversar son los requisitos mínimos del modelo cooperativo, mientras que la humilde aceptación de las limitaciones profesionales y el respeto al paciente como ser intelectual y emocional contribuyen a crear un diálogo auténtico. Tal diálogo debe moverse de acuerdo con la dialéctica de la distancia y la presencia en la interacción paciente-profesional que he mencionado al comienzo de mi charla. Esto, por supuesto, lleva tiempo, y trae consigo una clara disminución de los logros cuantitativos del médico, y por lo tanto de los ingresos directamente proporcionales al número de pacientes «vistos» al día. Pero la calidad del servicio sanitario no ha de medirse en términos de productividad. Una vez más, esto es especialmente obvio en el cuidado de los enfermos terminales, que ya no pueden contribuir a la sociedad de consumo. Los criterios cualitativos de los

---

<sup>21</sup> Cf. Vilhjalmur ARNASON, «Gadamerian dialogue in the patient-professional interaction.» *Medicine, Health Care and Philosophy* 3 (2000:1), 17-23.

<sup>22</sup> Jay KATZ, *The Silent World of Doctor and Patient*, pp. 102-3.

cuidados paliativos son únicos en el sentido de que se hacen cargo del hecho de que los cuidados impartidos lo son únicamente por y para la persona que va a morir.

En este sentido, los cuidados paliativos preservan en cierto modo el núcleo moral de todo servicio sanitario: lo primero es el paciente. Pero es precisamente esta finalidad la que puede amenazar la calidad de los cuidados paliativos en una sociedad regida por factores cuantitativos de producción y consumo, y donde los criterios de valor humano están ligados de hecho a la eficiencia y el estatus social. Esto puede hacer que la exigencia de tratar a la gente como personas sea poco realista, pero no la hace menos urgente. De hecho, que los esfuerzos por rehumanizar la vida y la muerte estén presentes día a día frente a los factores destructivos de la sociedad contemporánea es una prueba más de la relación dialéctica entre dignidad y rehumanización.

Traducción del inglés para *Laguna* de Antonio CASADO DA ROCHA.

