

‘La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica’

✿ Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmo. Sr. Presidente de la Real
Academia de Medicina y Cirugía de la
Región de Murcia,
Excmo. Sr. Consejero de Industria,
Empresa e Innovación,
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos,
Excmas. e Ilmas. autoridades,
Sras y Sres.*

Me embarga una profunda satisfacción estar ante tan distinguido auditorio para dar lectura al discurso de ingreso, después de haber sido elegido como académico de número e integrante de esta Muy Ilustre Institución, privilegio del que con el tiempo espero hacerme merecedor. Permítanme que también les traslade mi preocupación por lo difícil que me va a ser estar a la altura del elevado nivel intelectual que atesoran sus miembros.

Ser recibido por esta corporación constituye un honor, por lo que quiero expresar mi más emotivo agradecimiento a quienes me juzgaron y decidieron otorgarme este reconocimiento, al Excelentísimo Sr. Presidente y a todos los miembros que me han aceptado, pero permítanme que lo dirija de manera particular a los Doctores D^a. María Trinidad Herrero Ezquerro, D. Tomás Vicente Vera, D. Faustino Herrero Huerta, D. Pedro Martínez Hernández y D. Emilio Martínez García,

quienes me propusieron. Fueron traicionados por la amistad que nos une, lo que les hizo perder la sensatez y la objetividad que me consta poseen. Mi reconocimiento al Excmo. Sr. Académico y Consejero de Industria, Empresa e Innovación, D. José Ballesta Germán, quien, extrayendo tiempo no sé de dónde, ha tenido la generosidad de preparar el discurso de contestación. Sirva esta breve introducción, para recordar a quienes me han permitido alcanzar este día y que hago partícipes de esta celebración.

En la preparación de este discurso me han invadido numerosos recuerdos de vivencias pretéritas y también reflexiones sobre hechos recientes. Ha sido inevitable que me acordara en muchas ocasiones de mi padre. Escribía Elisabeth Kübler Ross que “nuestro hoy depende de nuestro ayer, y nuestro mañana depende de nuestro hoy”. De mi padre aprendí el hecho de ser médico, es decir, “la profesión”. Mi padre fue médico, desde 1934 y médico y paciente de otros médicos durante los dos últimos años de su vida. Fue Especialista de Digestivo, y sobre todo un auténtico médico de cabecera. Era frecuente que lo llamaran a cualquier hora del día y de la noche. No había fines de semana ni vacaciones y su mejor “tecnología” era la relación médico-paciente y la confianza que despertaba en “sus

enfermos”. Los tres hermanos crecimos en un ambiente de ciencia, enriquecido también por tertulias con mi abuelo que era farmacéutico. El resultado fue obvio: mi hermano Antonio, biólogo, Ignacio y yo, médicos.

En efecto, en mi no surgió otra planteamiento que el de ser médico. He de confesar que mi padre nunca me lo pidió, pero tampoco hizo falta. Sí es verdad que le hubiese gustado verme en una consulta de Digestivo, circunstancia que tampoco me comentó, pero he de manifestarles que tras tres años ejerciendo en el ámbito rural, la clínica no me sedujo como para dedicarme a la asistencia. También fue mi padre un ejemplo en la enfermedad que le condujo a la muerte. Por cierto, una patología muy conocida por él, dada su especialidad y que llevó con una extraordinaria complicidad y serenidad. Así, no sólo me inculcó conocimientos médicos, sino que junto a mi madre, me impregnó de actitudes que, en todo momento han servido de guía. No estaría hoy ante ustedes si durante mi vida no hubiese tenido el acertado y constante consejo de ambos, como el de mis hermanos, ejemplos de vida consagrada a la investigación.

Tampoco puedo olvidar mi paso por la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada donde tuve la oportunidad de compartir las aulas con un entrañable grupo de compañeros, hoy grandes amigos, y un brillante elenco de maestros de la medicina española que me ayudaron a sembrar la curiosidad que constituye la base de todo científico. Mis primeros contactos con la Medicina Legal y Forense se los debo a D. Enrique Villanueva y quien me introdujo en esta apasionante disciplina fue Aurelio Luna, también académico de esta ilustre corporación; sus brillan-

tes conocimientos son horizonte de esta materia y su espíritu es motor de un equipo docente e investigador de relevancia internacional.

Son ya veintisiete los años que llevo en Murcia, tierra cálida gracias a su clima pero sobre todo a la hospitalidad de sus habitantes. Se trata de casi tres décadas vinculado a su universidad en la que he desarrollado toda mi trayectoria académica e investigadora, rodeado de profesores de gran prestigio, para quienes no tengo otra palabra que agradecimiento por todo lo recibido.

No puedo olvidar en este preámbulo al Profesor Ballesta. Desde que me confió tareas de gestión universitaria he apreciado el significado de palabras como generosidad, cercanía, entrega, excelencia y el sentido del trabajo en equipo, compartiendo alegrías y preocupaciones, pero sobre todo actitudes de lealtad y servicio con una dedicación constante para superar las adversidades. Hoy continúo con él y con un entusiasta grupo de colaboradores con las mismas premisas antes comentadas.

Cuando anteriormente aludía a vivencias más recientes me refería a un desgraciado miércoles del mes de julio de este año. Al respecto de un suceso vivido por mi hija Teresa, ella escribió: “la vida no la controlamos nosotros, igual que un día empiezas a vivir, otro dejas de hacerlo”. Es así. De todo se puede aprender y las sensaciones resultantes de este accidente y del proceso de recuperación, me hicieron concluir que nada está escrito, que nada es imposible, ni siquiera posible... y que dependemos de nuestra voluntad y de esas fuerzas que nos salen del interior, y que nos permiten afrontar cada desafío; también de fuerzas de otras procedencias, en ocasiones insospechadas, que se ven retro-

alimentadas por la compañía constante de nuestros seres queridos en las alegrías y en los desvelos. Mi más profundo agradecimiento a quienes me apoyan diariamente, a quienes comparten conmigo mis éxitos, a quienes manifiestan una constante paciencia y comprensión: todos mis logros han sido conseguidos gracias a la incesante abnegación de Marité y de mis hijas Teresa y Elena.

Permítanme que cierre este apartado de agradecimientos dirigiéndome a quienes han influido e influyen en mi vida, y que a través de su apoyo y el acertado consejo me han permitido la obtención de tan inmerecidos resultados.

Sin ellos no hubiese llegado este momento. A todos ellos mi gratitud y cariño.

Para la adquisición de la condición de académico es preceptivo, según lo dispuesto en el artículo 11 de los estatutos, la presentación del discurso de ingreso. Tengo que pedirles disculpas por la demora en su preparación desde mi nombramiento como Académico de esta Noble y muy Ilustre Corporación, pero he de confesarles que no encontraba resquicios en la tarea diaria, que me permitieran dedicarle tiempo a su elaboración, en consonancia con el Acto Académico en que nos encontramos. Ruego no sea tenido este hecho como detrimento de la consideración y reconocimiento que profeso a esta Institución, como al resto de las Academias de la Región de Murcia, sino más bien todo lo contrario.

Las Academias son hoy una de las instituciones culturales más importantes y significativas de la Región. Su dilatada historia está impregnada de contribuciones y preciados servicios a la sociedad con la que mantienen un permanente y fecundo diálogo. Ejemplo

claro es la Real Academia de Medicina y Cirugía que hoy me acoge, y que hace pocas fechas celebraba el doscientos aniversario de su creación, en plena Guerra de la Independencia.

Las Academias nos muestran día a día que el conocimiento y el saber no se consiguen sin esfuerzo y sin trabajo. Es por ello, por lo que, ante un presente lleno de dificultades y de dudas como el que nos invade, juegan un papel muy significativo como referentes y como estímulo social para superar las adversidades.

Para el discurso he escogido un tema relacionado con la Ética Médica y el Derecho Médico, muy presente en hospitales, consultas, despachos de letrados y tribunales de justicia, de importante repercusión social, que afecta a algo tanpreciado por los ciudadanos como es la atención que reciben ante un problema de salud y de enorme actualidad ante el incremento de las demandas por presuntas negligencias médicas en todos los órdenes jurisdiccionales.

Excelentísimo Señor Presidente, Ilustrísimos Señores Académicos, Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, Señoras y Señores.

La asistencia sanitaria es clave en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. Los cambios sociales y el extraordinario avance de las ciencias médicas se traducen en nuevas expectativas en relación a la práctica sanitaria y los resultados que se esperan obtener tras la atención recibida.

En el momento actual, la actividad asistencial es compleja e institucionalizada y se desarrolla con elevados niveles de masificación, diversificación y especialización de los profesionales. En ocasiones, se percibe la ausencia de una visión global del paciente junto a importantes niveles de despersonalización

en la atención, lo que contribuye a la pérdida de esa atmósfera de confianza que otrora presidía las relaciones médico-paciente. A su vez, nos encontramos en una sociedad crítica en la que los ciudadanos buscan la satisfacción de sus derechos y exigen responsabilidades en situaciones que en otro momento achacaban a la suerte y al azar.

En este contexto, somos testigos del creciente número de reclamaciones contra los profesionales sanitarios. Al respecto, conviene recordar las palabras de Denton Cooley -cirujano estadounidense pionero en implantar un corazón artificial completo a un ser humano-, que en 1996, en un editorial de la revista *Circulation*, señalaba que los ciudadanos de aquel país veían a la medicina y a los médicos con una consideración que ha sido sustituida por la sospecha.

En nuestro país, también nos vienen a la memoria las palabras del Doctor Marañón quien en el prólogo al libro sobre la Responsabilidad profesional del Médico, escrito por Eduardo Benzo y publicado en 1944, expresaba su temor de que el ciudadano español terminara por llamar a su médico, no con la noble y familiar confianza del que sabe hará todo cuanto pueda por aliviarle, sino “con el papel sellado dispuesto para envolver al doctor en su red leguleya si el acierto no preside a su gestión facultativa”. Pues bien, esta reflexión se ha hecho tristemente realidad.

Las reclamaciones por responsabilidad profesional sanitaria aumentan día a día y, como señala uno de los maestros de la Medicina Legal Europea, el Profesor italiano Angelo Fiori (2009), Catedrático Emérito de la *Università Cattolica del Sacro Cuore* de Roma, estamos ante un fenómeno casi epidémico, como una verdadera enfermedad social de

etiología multifactorial, incompatible con un ejercicio sereno de la ciencia médica.

En el Reino Unido, por ejemplo, en los últimos años se ha llegado a hablar de una *Medical malpractice crisis* basándose en datos proporcionados por diferentes instituciones sobre los errores sanitarios y las demandas generadas por presuntas negligencias en el ejercicio de la profesión. En el informe titulado *Making amends* (reparar el daño), elaborado por el *Chief Medical Officer*, publicado en 2003, se estima que el 10% de los pacientes ingresados en un centro hospitalario pueden sufrir algún tipo de daño innecesario.

En España se ha producido un incremento espectacular de las reclamaciones contra los profesionales sanitarios, aunque distante de países como Estados Unidos o el Reino Unido. Martínez-Pereda Rodríguez (1997) señalaba, que las “cosas han llegado a tal punto, que uno de cada cien facultativos es objeto de reclamación ante el juez, solicitando los médicos normas de asistencia para defenderse de las demandas judiciales”. En la actualidad, carecemos de datos oficiales que nos ilustren sobre el estado real de la cuestión con la fiabilidad requerida. Sólo el informe anual del Defensor del Pueblo, nos proporciona datos, pero con un carácter excesivamente general y bajo el epígrafe de “seguridad de los pacientes”. Lo cierto, es que no nos encontramos ante una auténtica crisis, como determinados autores han llegado a calificar, sobre todo cuando los comparamos con el número total de intervenciones y con el número de personas que trabajan en el ámbito asistencial. La ausencia de datos oficiales permite que se impongan voces sensacionalistas alimentadas por noticias alarmistas que ocupan las primeras páginas de periódicos o los minutos de

máxima audiencia televisiva y que generan la sensación de una “epidemia del error” como Merry y McCall Smith (2001) han denominado. También, la realidad actual puede ser consecuencia del aumento en el descontento con la asistencia recibida, tal y como refleja la Paradoja de Barsky (1998): “a pesar de los indudables avances, técnicos (diagnósticos y terapéuticos), y de la mejoría de los indicadores objetivos de salud, los usuarios de los servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en quienes la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos”.

Como resultado de esta situación, el ejercicio de la medicina es considerado por algunos autores como una tarea de riesgo y con riesgo, que se desarrolla en el terreno de la incertidumbre (Martínez López y Ruiz Ortega, 2001). Una de las consecuencias derivadas de una percepción de “judicialización” de la actuación del profesional sanitario es la llamada “medicina defensiva” y el desarrollo de “estrategias de control de riesgos” (*risk management*) integradas en los sistemas de gestión de calidad, que tienen como finalidad evaluar los actos médicos, determinar los posibles errores, proponer medidas para su corrección y su implementación. También forman parte de estas estrategias el intento de conciliación entre el paciente y el profesional para evitar la denuncia o demanda (Rodríguez Vázquez, 2012). En este sentido, la casuística y el análisis de las sentencias muestran con toda claridad que muchos de los hechos juzgados eran previsible, no sólo por parte del profesional sino también por la propia organización sanitaria y se podrían haber evi-

tado tras la adopción de medidas adecuadas de prevención.

Permítanme, por tanto, que dedique unos minutos a comentar el escenario actual en el que se desenvuelve la relación clínica y que nos puede ayudar a explicar su complejidad.

El cambio en la asistencia médica

La vertiginosa revolución tecnológica y el avance médico se presentan ante la opinión pública como medios infalibles para resolver los problemas de salud. Se genera en la población la idea de que cualquier dolencia es superable, cualquier enfermedad curable, y, por tanto, el individuo no se resigna al resultado infausto como si fuera algo inevitable. En efecto, se llega a creer que con la medicina moderna conseguimos doblegar la enfermedad y la muerte. Es cierto que la medicina puede cambiar de lugar y de tiempo ambos procesos, pero no dominarlos, ambos son realidades ineludibles que forman parte de la propia vida. Sin embargo, los avances de la medicina hacen creer a los pacientes que la ciencia médica es infalible y que es posible resolver todas las enfermedades, por lo que se percibe “un cierto derecho a un resultado exitoso ante cualquier tratamiento” (Galán Cortés, 2011), consecuencia también de la toma de conciencia por parte de los pacientes de su posición frente a los profesionales sanitarios y la administración como usuarios que pagan un precio a cambio de la prestación de un servicio. Los medios de comunicación y los propios profesionales contribuyen a transmitir esta idea de medicina “casi exacta”, que siembra en los pacientes y en los ciudadanos actitudes que posteriormente se traducen en reclamaciones.

A este hecho se añade que en ocasiones se

da más importancia al uso de los medios técnicos en la asistencia, olvidando que la persona es el centro de la atención sanitaria. Como consecuencia de las posibilidades que ofrece el avance tecnológico la importancia de la relación médico-paciente se relega cada vez más a un segundo plano y a una mera formalidad, olvidando que la verdadera calidad de la asistencia está condicionada por la forma en la que esta tiene lugar. El concepto de persona incluye, esencialmente, la relación dialogante de ésta con los demás individuos y con el mundo que le rodea. En este contexto, se debe desarrollar la relación médico-paciente teniendo a la empatía como elemento nuclear.

El Académico de Número de esta digna institución, el Excmo. Sr. D. José Ballesta Germán, el 19 de abril de 2002, en su Discurso de Recepción, manifestaba la necesaria humanización de la práctica sanitaria y de la relación médico-paciente. Al respecto, señalaba que el incremento de las tecnologías de la comunicación, medios informáticos y técnicas de última generación se ha traducido en el olvido de los aspectos personales y psicológicos de la atención al paciente. Añadía que “se deben volver a recordar e incluir en la formación de los profesionales de la sanidad los aspectos psicológicos de la atención humanizadora, la escucha, crear el clima de cercanía y confianza en la relación médico-paciente que favorezca la participación del propio paciente en su terapia”, con el consiguiente “cambio de un papel pasivo a su participación activa en el proceso de tratamiento”.

Así pues, en el momento actual es preciso realizar un análisis crítico más consciente del aspecto “no técnico” de la labor profe-

sional. El objetivo de la asistencia ahora ya no es sólo la lucha eficaz contra la enfermedad, sino la mejor ayuda al enfermo concreto. Claro está, que en la inmensa mayoría de los casos esta ayuda lleva implícita una mayor eficacia diagnóstica y terapéutica, pero no es suficiente, sino que se espera a la vez una mayor atención ante las necesidades de cada uno de los pacientes, para adaptarse a ellas. En una medicina más generalizada, masificada incluso, se requiere una atención mucho más personalizada y un control de la situación, es decir, una mayor “competencia emocional”.

Se aprecian también mayores niveles de desconfianza por parte de los ciudadanos hacia los profesionales sanitarios y las instituciones hospitalarias y de exigencia ante una prestación, que no es ilimitada. Un problema frecuente es que los ciudadanos creen que el sistema sanitario es un elenco infinito de recursos. Pero la realidad es otra y, en ocasiones, genera descontento en los pacientes. Hay que asumir que ser profesional sanitario ahora resulta más complicado.

Por otra parte, el cuidado de la salud ya no se proporciona individualmente sino por un equipo y la finalidad de la actividad sanitaria deja de ser exclusivamente terapéutica y se dirige a la promoción de la salud, entendiendo esta como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de infecciones o enfermedades, según la definición de la OMS, realizada en su constitución de 1946. Así, la salud ha dejado de considerarse como una cuestión objetiva y reside en lo más íntimo del ser humano. Le corresponde al individuo, y sólo a él. La consideración de persona le otorga al enfermo el derecho a disponer libremente de sí mismo y actuar conforme a los principios y valores

que han regido su vida; sin embargo, son numerosas las situaciones en las que se genera un abismo entre el profesional sanitario y el paciente. Por ello, en ausencia de un verdadero proceso de comunicación resulta imposible que una persona pueda decidir de manera libre y responsable.

Se alcanza el modelo de autonomía que interpreta los mejores intereses del enfermo desde su propio punto de vista teniendo como guía el juicio de valores propio y específico de cada individuo en función de sus ideales, creencias y proyecto de vida, respetando el derecho del paciente a su autodeterminación (Osuna, 2006). En lo que respecta al médico, ha dejado atrás su rol privilegiado y sacerdotal, fundado en la creencia de que la enfermedad tiene un origen divino, con un significado moral en cuanto mal que es para la persona que la sufre, por lo que nos encontramos ante una relación más democrática, y que, - algo que ahora resulta obvio pero antes no tiene en cuenta al paciente como persona.

En conclusión, todos estos factores contribuyen, en mi opinión, al cambio radical que ha sufrido la relación clínica y en la que la posibilidad del desencuentro y del litigio aumenta, siendo la expresión más dramática la agresión contra el personal sanitario (García Calvo y cols. 2010).

El profesional y su responsabilidad

La relación clínica, tan antigua como la Medicina, se inicia cuando una persona siente una necesidad de salud, sea por enfermedad real o posible, y debe estar siempre en concordancia con lo que le da origen: la solicitud de ayuda expresada por quien se considera necesitado y requiere la respuesta de un profesional sanitario (Osuna, 2010).

Aun cuando, la relación médico-paciente admite modificaciones en cada época y cultura, los problemas por los que se busca ayuda subsisten en todos los países y todas las épocas, con independencia de los cambios socioculturales, y el encuentro entre el profesional y el enfermo es el evento permanente que pone de manifiesto el origen y la continuidad de la Medicina.

Desde el mismo momento de la aparición del hombre como especie, se expuso a las enfermedades y a otros riesgos que podían afectar a la salud. Fue entonces cuando intentó descubrir remedios y alivio. Esta es la esencia y razón de ser de la Medicina. En la antigüedad, la actividad curativa estaba dotada de un fuerte componente sagrado, lo que situaba al médico como un ser intocable y exento de responsabilidad, que en todo caso le correspondía a los dioses. Adivinos, hechiceros y sacerdotes eran quienes combatían las afecciones causadas por entes sobrenaturales. Con la aparición de sociedades más complejas surgieron, entre otros, los herboristas, los parteros y los reparadores de huesos. En adelante, la evolución de la Medicina fue lenta y difícil y tan solo su progreso comenzó a ser rápido a partir de la revolución científica del siglo XIX y casi vertiginoso durante la segunda mitad del siglo pasado.

Los primeros avances conducen a un lento pero progresivo abandono de la interpretación de la enfermedad desde el punto de vista religioso, con la consiguiente desacralización del médico y la exigencia de responsabilidad personal por los errores fatales sobre el paciente (De Oliveira, 2004). Es en la segunda mitad del Imperio Babilónico, a través de los preceptos que contiene el *Código de Hammurabi*, vigente en torno al

año 1800 a.C., cuando por primera vez se reconoce la existencia de faltas que pueden ser cometidas por el médico y que son objeto de la consiguiente sanción. Las leyes que contiene esta gran recopilación normativa son, probablemente, la culminación de una larga evolución del Derecho, que posteriormente tuvo una gran influencia en el derecho musulmán y en el romano, de manera muy evidente en la *Ley de las XII Tablas*.

Hammurabi ordenó colocar el monumento en el templo del dios Sol en Babel, escrito en lengua acadia y en un bloque de diorita negra pulimentada. El monarca recibió estas leyes de la propia divinidad solar y se proponía, como incluye en la introducción del código, “disciplinar a los libertinos y a los malos e impedir que el fuerte oprima al débil”. ¡Qué gran propósito extrapolable a todo tiempo y lugar!. Incluye también importantes referencias de gran valor para la Medicina Legal, en general, y para el Derecho Médico, en particular. En este sentido, la responsabilidad por causar la muerte o lesiones al paciente se estipula con claridad (leyes 218, 219 y 220). Las sanciones impuestas por error profesional oscilaban entre la amputación de la mano y la compensación económica del paciente y de sus deudos.

En el Antiguo Egipto la medicina seguía siendo ejercida por sacerdotes cuya principal misión era establecer una relación entre el enfermo y la divinidad. A su vez, los progresos médicos iban aparejados de un incremento de las obligaciones y responsabilidades de quienes ejercían esta labor. Heródoto, en su Historia, señala que el ejercicio de la Medicina estaba especializado y cada médico trataba un tipo de enfermedad, unos los ojos, otros la cabeza, otros el vientre... y otros,

todavía, de las enfermedades que no se ven.

En Grecia y Roma (siglos VI a.C. hasta el IV d.C.) se produce la transformación de una Medicina meramente empírica, con tintes mágico-religiosos a otra eminentemente técnica en la que se aplica el método científico y su ejercicio se asienta sobre bases racionales. Los hipocráticos fueron plenamente conscientes de los errores y negligencias médicas. En el tratado Sobre las afecciones internas puede leerse: “si el médico trata bien al enfermo y este es vencido por la fuerza de la enfermedad, la falta no es del médico; pero si el médico no trata bien al enfermo o desconoce su enfermedad, y el enfermo es vencido por ésta, la falta es del médico”.

No es exagerado afirmar que los textos recopilados en el *Corpus Hippocraticum*, y no sólo el *Juramento Hipocrático*, sino también *Los preceptos*, *Sobre la decencia* y *Sobre el médico*, son documentos que han condicionado la ética de la profesión médica hasta el siglo XX y constituyen la base deontológica del ejercicio profesional. En el derecho romano se introducen normas relacionadas con la responsabilidad médica por conductas negligentes que causen daño al paciente. Aparte de la *Ley de las XII Tablas*, ya citada, es preciso destacar la *Lex Aquilia de damno*, con importantes referencias a la imprudencia o negligencia.

Durante la Edad Media, se produce el decaimiento del saber científico en Europa, y el importante desarrollo de la cultura árabe. Con la fundación y posterior consolidación de las primeras universidades (siglo XII), resurge el pensamiento científico y es a partir del siglo XIII cuando se desarrolla un auténtico proceso de profesionalización del médico, que se forma en las aulas y se

impone de forma progresiva la razón en la explicación de la enfermedad (Laín Entralgo, 1994).

El término “profesión”, que procede del verbo latino *profiteor* –profesar-, tiene un sentido religioso, el de confesión pública de la fe o consagración religiosa. Una persona profesa es la consagrada a un menester, públicamente reconocido como tal. Aquí reside el carácter, de algún modo “sagrado” o “consagrado” que ha caracterizado a lo largo de la historia a la profesión médica y que dio origen al desarrollo de un concepto de responsabilidad profesional, que podemos considerar de tipo más religioso que jurídico y que ha perdurado a lo largo del tiempo. El ejercicio de toda profesión conlleva una responsabilidad en función de los actos y acciones que se desarrollan. La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana; todo ser humano está continuamente justificando los propios actos y dando cuenta de las propias acciones. Si el ser humano es necesariamente un ser moral, debe vivir responsablemente, es decir, debe responder de sus actos morales que, por definición, son actos de elección libre. Se ha de responder ante uno mismo y ante los demás, no sólo porque éstos pueden pedirlo, sino por las consecuencias que a otros puedan afectar (Gracia, 1994).

Algunas profesiones se constituyeron en Grecia siguiendo el modelo del sacerdocio (Laín Entralgo, 1964). Debe recordarse que el verbo “responder” y todos sus derivados presentes en las lenguas romances, proceden del verbo latino *spondeo*, cuyo primer sentido es el de asumir un compromiso solemne de carácter religioso. De *spondeo* deriva *respondeo* que significa responder, pero en el

sentido preciso de “cumplir un compromiso solemnemente asumido”. De ahí que *spondere* viniera a significar “empeñarse”, “obligarse a” y “prometer”. “Responder” es, por ello, comprometerse a algo o prometer algo, y “responsabilidad” la cualidad o condición de quien promete o se compromete. Es importante no perder de vista este significado originariamente religioso y moral del término, puesto que nos permite aclarar el carácter prejurídico o metajurídico que en su raíz tuvo este vocablo.

Pero, ¿a qué tipo y umbral de compromiso nos referimos en la actuación médica?, ¿a qué se obliga el profesional?, ¿cuál es el mínimo de exigencia profesional?, ¿quién lo define?, ¿quién lo exige?, en suma ¿en qué consiste la responsabilidad profesional del médico?. Está claro que partimos de unos mínimos, referidos a la ignorancia, la impericia, la negligencia y la imprudencia. El profesional sanitario que actúe por debajo de esos mínimos, sin lugar a dudas, es un mal profesional. Pero, no ser un mal profesional lleva implícito serlo bueno, ya que un médico que no haya sido denunciado o condenado por una conducta imprudente o negligente lleva aparejado que sea un buen profesional, ni tampoco hemos de entender como buen profesional aquel que se limita a cumplir las normas legales para no incurrir en negligencia.

El *ethos* profesional no debe conformarse con los mínimos de legalidad, sino que debe orientarse hacia la excelencia (Gracia, 2004), atendiendo a la definición que el diccionario de la Real Academia Española establece como la “superior calidad o bondad que hace digna de singular aprecio y estimación una persona o cosa”. La aspiración a la excelencia no

tiene límite máximo. No basta la formación excelente en conocimientos y habilidades, sino que es preciso aspirar a la virtud.

Las referencias sobre el "médico perfecto" son numerosas a lo largo de la historia de la medicina (Gracia, 1996). Aristóteles se refiere al *téleios iatrós* (el médico perfecto), y Galeno al *áristos iatrós* (el óptimo médico). El adjetivo *áristos* es el superlativo de *agathós*, bueno, y aplicado al médico significa que éste ha de poseer en el máximo grado tanto las virtudes dianoéticas o intelectuales, como las éticas o morales. Señala Galeno lo siguiente: "Pues si para conocer la naturaleza del cuerpo, las diferencias entre las enfermedades y las indicaciones de los remedios debe dominar la ciencia racional, para perseverar en el estudio de éstas de una manera esforzada es necesario despreciar las riquezas y ejercer la moderación". Añade, "no hay temor de que si desprecia las riquezas y ejerce la moderación, haya algo inconveniente, pues todo aquello a lo que los hombres se atreven de una manera injusta lo hacen bajo la persuasión de la codicia o el hechizo del placer. Y así, también es necesario que el médico posea las otras virtudes, pues unas siguen a las otras y no es posible para quien echa mano de una no tener igualmente todas las otras siguiéndola inmediatamente, como si estuvieran atadas a una misma cuerda".

Es en este contexto donde adquiere su sentido el Juramento hipocrático como paradigma no sólo de la ética médica, sino de la ética profesional. El contenido del Juramento gira en torno a la idea de "buen médico" o "médico perfecto". Del médico, como del sacerdote y del monarca se espera la perfección. Y ésta no puede conseguirse más que por el ejercicio de la virtud. Al respecto

señala Aristóteles, que no es lo mismo conocer en qué consiste la justicia que actuar justamente, pero no sólo en el sentido de "acto" sino también en el de "actitud", entendida como hábito que surge por repetición de actos, que llegan a ponerse en práctica sin esfuerzo y hasta con placer, convirtiéndose en *bíos*, o "modo de vida", en el que la búsqueda de la excelencia debe ser la máxima aspiración (Gracia, 1996).

Esta concepción del ejercicio profesional permanecerá hasta el siglo XVIII, momento en el que irrumpe el Movimiento Ilustrado, y se sustituye esta ética de la "virtud", por la ética de los "derechos" y "deberes", de la que deriva el marco actual de la relación médico-enfermo.

Naturaleza jurídica de la obligación del médico

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia. Es por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actuación se halla siempre un elemento aleatorio, en el sentido de que el resultado buscado no depende exclusivamente de su proceder, sino también de otros factores, endógenos y exógenos que escapan a su control (Galán Cortés, 2001).

Son numerosas las sentencias que se manifiestan en este sentido. Traigo a colación la que se considera como la primera resolución de nuestro Tribunal Supremo que distingue entre obligaciones de medios y de resultado y que data de 26 de mayo de 1986, con ocasión de la reclamación realizada por la esposa de un paciente intervenido de una grave úlcera duodenal perforada y que falleció por una peritonitis aguda durante el postoperatorio. En su

fundamento tercero señala que “de acuerdo con la naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico, que no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una obligación de medios, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiera según el estado actual de la ciencia médica; por ello su responsabilidad ha de basarse en una culpa incontestable, es decir, patente, que revele un desconocimiento cierto de sus deberes, sin que puedan ser equiparadas a la imposibilidad, por exigir sacrificios desproporcionados o por otros motivos, y sobrevenido el resultado lesivo, en el caso debatido el fallecimiento, es preciso que éste no pueda atribuirse a otras circunstancias, como ocurre en el supuesto de enfermedad sometida, según la prueba pericial, a toda clase complicaciones”.

En efecto, la medicina tiene sus limitaciones, y en el tratamiento de las enfermedades existe siempre un alea que escapa al cálculo más riguroso o a las previsiones más prudentes, y por ende, obliga a restringir el campo de la responsabilidad. La obligación del médico está en poner al servicio del enfermo el caudal de conocimientos científicos y prestarle le diligente asistencia profesional que su estado requiere. El médico no garantiza, por tanto, la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes, de las personas, del tiempo y de lugar, en cada caso. Tradicionalmente la doctrina ha utilizado la expresión *lex artis* para identificar las reglas de actuación que indican si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta. Últimamente se vienen introduciendo otros términos como

estándares, directrices o guías de actuación.

Aunque el fin perseguido por la actuación del médico es la curación del paciente, permanece fuera de la obligación del facultativo, por no poder garantizarla, siendo el objeto de la obligación una actividad diligente y acomodada a la *lex artis* y no al fin buscado, pues se trata de una obligación de medios a diferencia de lo que sucede con las obligaciones de resultado, en las que el fin entra dentro de la relación contractual que se establece. Me refiero en este último aspecto a la denominada medicina voluntaria, satisfactiva o de satisfacción, cuyo fin no es curar propiamente, sino que actúa sobre un cuerpo sano para mejorar su aspecto estético o para anular su capacidad reproductora.

Como establece, de forma muy acertada, el Fundamento de Derecho Cuarto de la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005 “el sentido común proclama, y la experiencia confirma, que pertenece a la naturaleza de las cosas la imposibilidad de garantizar el feliz resultado de una intervención quirúrgica y, en general, de ningún acto médico. Y cuando decimos esto, no estamos refiriéndonos al caso de que el servicio haya funcionado mal, lo que, obviamente, entra dentro de lo previsible. Es que también puede ocurrir, y, de hecho ocurre, que habiéndose respetado escrupulosamente las reglas de la *lex artis*, habiéndose actuado con arreglo a los protocolos establecidos, habiendo funcionado perfectamente el instrumental y demás medios materiales, y siendo diligente, eficaz y eficiente la actuación del equipo médico actuante, puede fracasar –total o parcialmente– el acto realizado”. Concluye al respecto que “operar sobre el viviente humano, no es trabajar sobre la materia inerte (made-

ra, metal, etc., e incluso, sobre el cuerpo humano muerto, o sea, sobre un cadáver, en el caso de la autopsia)”.

La actividad de diagnóstico, como la terapéutica, han de prestarse con la aportación profesional más completa y entrega decidida, sin regateo de medios ni esfuerzos, ya que la importancia de la salud humana así lo requiere y lo impone, por lo que han de utilizarse todos los medios técnicos disponibles. Con todo, no se nos oculta que la variabilidad de la práctica clínica es un hecho muy frecuente en la actividad sanitaria. Como señala Murillo Capitán (1994) una intrincada maraña de elecciones de variada naturaleza, a veces vitales, a veces urgentes, y frecuentemente en situación de incertidumbre constituye el esqueleto del acto médico.

En este sentido, un aspecto a tener en cuenta es el carácter temporal de la *lex artis*. La medicina es una ciencia en constante estado de revisión, por lo que está sujeta a continuos cambios y los procedimientos vigentes en un momento pueden quedar obsoletos con enorme rapidez, dados los avances científicos y tecnológicos, lo que supone una limitación de la seguridad jurídica y de la certeza que las reglas de cuidado pudiesen proporcionar. Un intento de otorgar mayor valor a estas reglas de cuidado, desde el punto de vista médico pero con potencial repercusión en el Derecho penal es el que tiene lugar a través del llamado proceso de protocolización, que trata de concretar por escrito las reglas de la técnica vigentes según el estado de la ciencia médica (Rodríguez Vázquez, 2012).

Protocolos médicos

Los protocolos médicos, también conocidos como algoritmos o guías para la práctica

médica, constituyen la expresión escrita de criterios adecuados y prudentes, fijando por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante una situación clínica concreta. Establecen el conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo paciente con un concreto cuadro clínico o bien sobre la actitud diagnóstica o terapéutica a seguir ante una cuestión relacionada con la salud. No se trata de verdades absolutas, universales y obligatorias en su cumplimiento, pero permiten habitualmente definir lo que se considera, en el estado de la ciencia, práctica médica adecuada y prudente ante una situación concreta, lo que equivale a “positivizar” o codificar la *lex artis*.

En los últimos años, el desarrollo de los protocolos y de las guías de práctica clínica ha ayudado notablemente a la hora de establecer unos criterios mínimos que definan la *lex artis*, fundamentados en la evidencia científica. Sin embargo, no es posible categorizar dichos criterios de forma tal, que se pueda trazar una línea que separe el cumplimiento de la *lex artis* del incumplimiento de la misma, por lo que en cada supuesto, para determinar si se ha producido infracción de las normas, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado, valorando criterios como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de la profesión y teniendo en cuenta las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica. Además la toma de decisiones en el ejercicio médico, reúne en muchos momentos una gran complejidad, ya que los protocolos no incluyen la totalidad de las infinitas situaciones ante las que un pro-

fesional sanitario puede encontrarse. No debemos olvidar que en medicina no hay enfermedades sino enfermos, por lo que, por ejemplo, la individualidad de reacción ante un tratamiento en un mismo proceso es un hecho.

Aparte de ser un eficaz instrumento de mejora de la calidad asistencial, en el ámbito jurídico el protocolo posee un importante valor al convertirse en una *lex artis* codificada y su incidencia es cada vez más patente en la jurisprudencia, tal y como señalan numerosas sentencias de nuestro Alto Tribunal. Ante una reclamación ampara la actuación médica al justificar su actuación y constituye un argumento sólido en su defensa, lo que ha provocado una cierta fiebre de protocolización de la actuación sanitaria. Formalmente los protocolos constituyen reglas de actuación y recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios, pero que no vinculan al juez. No alcanzan rango legal o reglamentario, por lo que se limita la valoración jurídica que se les pueda dar. En todos ellos se advierte sobre su carácter orientativo, siempre supeditado al principio de libertad de método que debe presidir toda intervención médica.

Eisenberg (2004) señala que junto a la mejora asistencial, los estándares y guías de práctica clínica se establecieron para disminuir la incidencia de los litigios por mala praxis y los costes que de ello se derivaban. Si los profesionales sanitarios los siguen, la calidad de la atención mejorará, se producirán menos resultados no deseados y consecuentemente menos reclamaciones. Según esta hipótesis, el número de espurias demandas podría reducirse ya que los abogados litigantes podrían consultar el protocolo y orien-

tarse de forma previa sobre lo que constituiría el cuidado debido y contrastar la actuación médica realizada en el caso concreto.

Pero, la experiencia nos demuestra que también se han convertido en un importante elemento para incriminar e inculpar al médico. Así lo demostraba un artículo publicado en 1994 –y que es de total actualidad– en *The Wall Street Journal* titulado “*doctors’ own guidelines hurt them in court*”, es decir, “las guías clínicas de los propios médicos los llevan ante los Tribunales” que concluye que los protocolos son usados poderosamente por los demandantes en casos de negligencia y los abogados observan con regocijo cómo son utilizados para demostrar que los médicos no siguen en su práctica el nivel mínimo de cuidado establecido por sus propias sociedades médicas.

La relación clínica

Constituye el elemento nuclear del proceso asistencial. El encuentro entre el médico y el paciente y la relación que ambos establecen se producen dentro de un contexto en el que confluyen valores, concepciones y creencias sobre la salud y la enfermedad.

Durante siglos, la actuación profesional se ha basado en la máxima eficacia contra la enfermedad y los valores del enfermo quedaban relegados. En la actualidad, por encima de la eficacia contra la enfermedad se ha situado el respeto a la autonomía, a la integridad física y moral y a la intimidad de los pacientes. Como señala Broggi (2011) antes, al entrar el enfermo en la consulta de un médico penetraba en un mundo de valores establecidos a los que debía adaptarse de forma sumisa. Ahora el cambio es radical puesto que puede entrar en ella con su universo

propio de valores para que se tengan en cuenta y se respeten. El hecho de que el respeto sea actualmente el valor supremo, y que no pueda ser sacrificado a costa de otros, ha supuesto una transformación completa de la relación clínica. Así, de ámbito de actuación que era, pasa a ser además ámbito de encuentro y de gestión de valores a respetar, lo que requiere muchas veces de la ponderación y priorización antes de tomar una decisión. Todo esto conlleva, el convencimiento por parte del profesional de este nuevo marco de relación, a lo que se añaden unos conocimientos, habilidades y actitudes para asegurar que la decisión que se adopta es la correcta.

Desde el paternalismo al principio de autonomía

El médico hipocrático consideró un deber moral regirse en el trato con sus enfermos, según el denominado criterio de beneficencia *primum non nocere* (“en primer lugar no hacer daño”). Ésta ha sido la premisa que ha presidido la relación con el enfermo hasta hace unas décadas. Bajo esta perspectiva se desarrollaba una visión paternalista de la actividad sanitaria, guiada por la búsqueda del bienestar del paciente en la que la toma de decisiones le correspondía al profesional, con nula o escasa intervención de aquel (Osuna, 2010). Esta posición situaba al médico en una posición de privilegio en la relación asistencial y el paciente depositaba en él su plena confianza. En suma, en función de sus conocimientos, tomaba las decisiones que repercutían en el enfermo, pero sin contar con él. Cabe recordar que el término enfermo deriva del latín *infirmus* que significa falta de firmeza.

A lo largo de la historia ha predominado

este modelo de relación que mantuvo su vigencia desde el siglo V a.C. hasta mediados del siglo XIX. Las asimetrías, tanto en el ámbito de la relación como en el conocimiento y experiencia sobre la enfermedad entre médicos y pacientes, condicionaban el rol que cada uno de ellos desempeñaban, como sujeto activo y sujeto pasivo, en el proceso de toma de decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El médico, como anteriormente se ha esbozado, desarrollaba un rol casi sacerdotal, sustentado en un concepto de medicina mágico-religiosa, en el que la curación se consideraba como una “gracia de los dioses” y donde la enfermedad era considerada tema tabú. Todo ello conducía a un modelo de relación desequilibrado y consentido por el propio paciente, que era de tipo paternalista y en el que primaban la autoridad, la posesión del conocimiento y la experiencia en el ámbito de la decisión (Gracia, 1998). En este contexto, el médico adoptaba una posición vertical y buscaba el bien del paciente, pero sin tenerle en cuenta y actuando como su tutor. Presuponía lo que era mejor para él y concebía la capacidad moral de este como un mero asentimiento. En general, implicaba la limitación intencionada de la autonomía o la libertad de decisión y acción de una persona sin tener presente su parecer, con la finalidad de evitarle un daño (*paternalismo proteccionista o no maleficente*) o proporcionarle un bien (*paternalismo perfeccionista o beneficente*).

A comienzos del siglo XIX comienza a vislumbrarse la entrada de la relación médico-paciente en el mundo del Derecho. El punto de partida puede considerarse la publicación el año 1803 del libro *Medical Ethics* por el cirujano inglés Thomas Percival. Constituye

un pequeño tratado de reglas que deben regir las relaciones del médico consigo mismo, con los enfermos, con el resto de los profesionales y con la sociedad, basado más en la confianza que en la autoridad. Se considera como el punto intermedio hacia la ética de los derechos, que se construye sobre la idea de que los enfermos son sujetos de derechos. La afirmación de la primacía de la persona humana, que se viene definiendo desde el Renacimiento (el Humanismo) y que alcanza su esplendor después de las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, tiene su reflejo en el ámbito sanitario con la consagración del principio ético de la autonomía, que cristaliza en la doctrina del consentimiento informado, como ejercicio legítimo de la disposición sobre el propio cuerpo que tiene todo individuo y que constituye el eslabón fundamental del derecho a la libertad, destacado en el marco constitucional de los estados democráticos (Osuna, 2000a).

A nivel general se produce el reconocimiento de los derechos humanos como fundamento de la democracia y se alcanza la emancipación del individuo. Esta conquista alcanza el marco sanitario y llega a transformar radicalmente la relación médico-paciente. Las razones, por una parte, se encuentran en la propia Medicina que se convierte en una ciencia cada vez más precisa y más eficaz, pero a su vez, más agresiva, más invasiva y potencialmente más peligrosa y que requiere de la colaboración y del asentimiento del paciente (Dias Pereira, 2004). Otras razones estriban en la propia evolución de la sociedad, su democratización y el crecimiento del conocimiento y de la autonomía de los ciudadanos, el desarrollo de la información médica y sobre todo el pluralismo de las

opciones ideológicas y religiosas.

Bajo este nuevo prisma, la relación médico-paciente abandona un esquema autoritario y vertical convirtiéndose en democrática y horizontal. Se alcanza el modelo de autonomía que interpreta los mejores intereses del paciente desde su propio punto de vista. Esta concepción se guía por el juicio de valores propio y específico de cada individuo en función de sus ideales, creencias y proyecto de vida, respetando el derecho del paciente a su autodeterminación. Este importante giro antropológico tiene su punto de partida en el Contractualismo del siglo XVII, con un recorrido irregular y accidentado que va desde el *Leviatán* de Hobbes a la *Metafísica de las Costumbres* de Kant, pasando por el *Segundo Tratado del Gobierno Civil* de Locke y el *Contrato Social* de Rousseau.

El *Contractualismo* fue causa y consecuencia de un cambio de percepción de la sociedad respecto del poder y su naturaleza. Hasta el siglo XVII predominaba la idea de que el poder se justificaba de manera natural o apelando a instancias religiosas, de forma que más allá de todo cambio circunstancial, los seres humanos vivían en sociedades ordenadas y reguladas conforme a ciertas reglas que excedían su capacidad de decisión. Así, el rey lo era por gracia de Dios o los esclavos lo eran por naturaleza. Las relaciones de mando y obediencia nacían de reglas invariables y venían prefijadas por la tradición, la naturaleza o la voluntad divina, y en cualquier caso no se sometían a la voluntad de los interesados.

Sin embargo, con el advenimiento de la sociedad moderna, el panorama cambió. Sólo el consentimiento libre, individual e informado, de los ciudadanos, dará legitimidad a

las formas políticas de gobierno. Las relaciones sociopolíticas serán moralmente justas cuando partan del reconocimiento mutuo de la irrenunciable dignidad, libertad, igualdad y competencia comunicativa de los que participan en ellas o están afectados por ellas. No podrán, por tanto sustentarse en criterios heterónomos de autoridad, que proceden de una pretendida superioridad de unos ciudadanos sobre otros, sino sólo en los acuerdos realizados libremente desde la consideración de la igualdad de todos ante todos.

Así pues, la conquista central de la *Modernidad* fue la conceptualización de las personas como seres intelectual y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, y con capacidad para decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad. Esta consideración hizo añicos la idea de orden natural, y la concepción teleológica del mundo vino a sustituirse por un proyecto abierto y novedoso, en el que la autonomía es en realidad un atributo de los hombres, es el núcleo de la antropología moderna y con ella nace una determinada visión de la moralidad.

Los ciudadanos de los siglos XVIII y XIX empezaban a ser conscientes de sus derechos como miembros de la colectividad, sin embargo, cuando alcanzaban la condición de enfermo no reclamaban los mismos derechos. La enfermedad impregnada en un contexto casi mágico, de procedencia externa y originada por causas desconocidas era abordada por los médicos, profesionales considerados como privilegiados por sus conocimientos y que mantenían la supremacía de la relación. El médico era el conecedor del orden de la salud y, por tanto, fuente de la verdad ante un ciudadano enfermo, obediente y generalmente

ignorante, al que no le quedaba más remedio que aceptar de forma pasiva sus órdenes.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, y coincidiendo con la era microbiológica, comienzan a conocerse las etiologías y los mecanismos fisiopatológicos de muchas enfermedades. Se empieza a disponer de patrones con los que enjuiciar la corrección o incorrección de las actuaciones médicas, que ya no serán verdades absolutas no contrastables, sino procedimientos verificables y cuestionables por los propios pacientes y estos quieren participar con pleno derecho en las decisiones que se toman en relación a su propio cuerpo, su vida y su salud. Es a principios del siglo XX cuando en Norteamérica, empieza a tomar posición la consideración de que la condición de enfermo no limita la de ciudadano, por lo que si éste tiene el derecho de participar activamente en las decisiones políticas que afectan a su vida social, también lo posee para participar activamente en las decisiones sanitarias que le afecten.

Nos encontramos pues, ante un nuevo modelo de relación clínica totalmente alejado del planteamiento paternalista tradicional, en el que el paciente se sitúa como centro de la relación, como sujeto capaz de tomar decisiones sobre su propia vida y salud y que se materializa en el proceso de obtención del consentimiento informado, como expresión del reconocimiento de la autonomía de la voluntad y como elemento nuclear en la relación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes (Osuna y cols. 1998, 2001). Si no se exigiera el requisito del consentimiento el hombre dejaría de ser un valor en sí, el centro del Derecho, para pasar a convertirse en una cosa, quizás más valiosa que otras, pero cosa a fin de cuentas. La huma-

nidad podría correr el riesgo de ser tiranizada por la medicina si el deber de curar, tan profundamente asentado en la conciencia social, se ejerciera al margen del respeto al ser individual.

El consentimiento informado

Llega a la Medicina desde el Derecho y según Gracia Guillén (1998), debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que ha realizado a esta disciplina en los últimos siglos. No sólo es un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el profesional, de tal forma que la voluntad de cada persona es el árbitro de toda intervención médica, aun cuando negarse a ésta conduzca a una muerte segura.

Su punto de partida tiene lugar a principios del siglo XX, al recogerse en sentencias de los Tribunales de Justicia de los Estados Unidos y desarrollarse una doctrina jurisprudencial consolidada sobre la exigencia del consentimiento informado en toda intervención médica sobre el cuerpo humano. Es obligado referirse a la sentencia del Tribunal de Minnesota en el caso *Mohr contra Williams* y sobre todo, a la dictada en el año 1914 por el Juez Cardozo en el caso *Schloendorff contra Society of New York Hospital*, relacionada con una intervención meramente diagnóstica de un paciente que había manifestado que no quería ser operado y que durante la prueba se le extirpó un tumor de abdomen. Señala la sentencia que “todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su cuerpo, y un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión por lo que se pueden reclamar legalmente daños”.

Esta constante y reiterada doctrina se inicia como una exigencia de la relación contractual que une al médico y el paciente, al ser un requisito esencial de todo contrato. Posteriormente se aleja de sus iniciales postulados y se sitúa en el marco de la libertad del individuo. Este derecho fundamental ha sido uno de los de mayor tradición histórica y, posiblemente, el menos discutido salvo, curiosamente, en el ámbito sanitario, donde no ha penetrado hasta la consolidación de la doctrina del consentimiento informado. Se ha partido siempre de la falta de conocimientos médicos del paciente para negarle validez a su voluntad y durante siglos la información se transmitía desde el paciente hacia el médico para que éste tomara las decisiones oportunas, “siempre en beneficio del paciente pero sin el paciente”. Éste, tenía protagonismo en una parcela del acto médico al relatar su patobiografía, pero carecía de la oportunidad de opinar sobre las maniobras, prescripciones etc. del profesional. Un buen paciente tenía la obligación de seguir el tratamiento propuesto. El enfermo era un “sujeto incompetente” en la toma de decisiones referidas a su salud (Osuna, 2000b).

En la jurisprudencia española, la primera sentencia que hace referencia a la información como requisito previo para la validez del consentimiento informado, data de fecha 8 de octubre de 1963. Sin embargo, se considera la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de fecha 23 de abril de 1992, como la primera que lo encara de forma directa. En su pronunciamiento estudia unos hechos acaecidos en 1985 relativos a una menor afectada de escoliosis dorsal que fue intervenida y quedó con parálisis de las extremidades inferiores. La sentencia condenó a los ciru-

janos porque no advirtieron a la madre de que la operación no era ineludible ni necesaria, ni le explicaron otros tratamientos alternativos, ni los riesgos de la operación. Señala la sentencia, que los cirujanos asumieron personalmente los riesgos al no haber obtenido el consentimiento informado. Llevamos, por tanto, veinte años de lo que podemos denominar como historia judicial del consentimiento informado en nuestro país.

Es también obligatorio referirnos a la sentencia de 25 de abril de 1994, en la que esta doctrina tiene su auténtica “puesta de largo”, al ser de las más completas y convertirse en paradigmática por su contenido jurídico. Juzga un caso de vasectomía en el que se produce una de las complicaciones típicas, la recanalización del conducto deferente con la posibilidad de embarazo, que en este caso concreto ocurrió y fue gemelar, y de la que el individuo no fue informado. La sentencia fue condenatoria para el médico, al no acreditar haber hecho llegar al individuo la información necesaria que le permitiera evitar que la reanudación de su vida matrimonial en forma normal condujera al embarazo de su esposa, por lo que el acto médico fue considerado como negligente.

Modelos éticos de la relación clínica

El análisis de la evolución histórica de la relación asistencial nos permite conocer numerosas aportaciones relevantes, que en cada momento histórico, han sido capaces de sintetizar y catalizar los puntos fuertes del debate sobre la idoneidad de los modelos de relación médico-paciente. Permítanme que destaque el trabajo de Linda y Ezequiel Emanuel publicado en 1992, en el que introducen en

esta discusión la descripción y valoración de cuatro paradigmas o modelos posibles de relación clínica, denominados como paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. En cada uno de ellos la idea de consentimiento informado se materializa de forma distinta.

Con anterioridad me he referido al modelo paternalista en el que, según estos autores, sólo se debe dar información a los pacientes y solicitarles su aprobación cuando resulta imprescindible para optimizar la colaboración del paciente en la realización de los procedimientos sanitarios que el médico, desde su sabiduría técnica y moral, considera que son los que debe hacer para procurarle la salud, tal y como él la entiende. En mi opinión, este modelo es incapaz de asumir el giro antropológico de la modernidad, la idea de autonomía moral y no creo que tenga cabida alguna en la relación clínica contemporánea. Podríamos preguntarnos, ¿y si el paciente lo desea así?. La respuesta es inmediata, ya que si manifiesta voluntariamente, de forma explícita o no, su deseo de ser tratado desde una posición paternalista, de forma implícita ha optado por esta decisión, después de haber sido informado, o incluso, después de haber optado por rechazar dicha información mediante expresiones como “doctor haga usted, lo que crea conveniente”.

Frente al modelo paternalista se sitúa el modelo informativo, en el que el protagonismo de la relación se desplaza totalmente hacia el enfermo, al que se considera como un sujeto capaz de tomar todas las decisiones por sí mismo, después de recibir del profesional toda la información que precisa y en función de su propia escala de valores, que sólo él conoce. Se trata de un modelo técnico en el

que el médico cumple con unas obligaciones y la firma del consentimiento informado se convierte en el objetivo a cumplir. El profesional actúa en su única condición de técnico experto, proporcionando toda la información relevante, para que el paciente pueda elegir la intervención que mejor se ajuste a sus valores, tras cuya elección, se llevará a cabo (Galán Cortés, 2001).

Por tanto, el profesional se limita a “volcar” toda la información y se convierte en un suministrador de experiencia técnica, que ha de dotar al paciente de los medios precisos para ejercer el control de su situación. Su actuación se reduce a la condición de mero informador y ejecutor de las decisiones de la persona a la que atiende. Al respecto, la sobrecarga de información puede tener dos efectos perjudiciales: por una parte una reducción en la capacidad de comprensión y por la otra, puede aumentar la distancia emocional entre el profesional y el paciente (Epstein y cols. 2001; Borrel-Carrió y cols. 2006). Nunca ha existido tanta información, pero al mismo tiempo, nunca antes, el peligro de tomar decisiones “desinformadas”, tanto en el ámbito clínico como en el organizativo, ha sido mayor que en la actualidad.

En mi opinión, se trata de un modelo que vacía de contenido la relación clínica y es más un constructo teórico que una realidad palpable, pues nadie acude al médico teniendo claro los valores que le guían y sin desear escuchar al menos una mínima valoración u opinión del profesional respecto a lo que debe hacerse. Además, es preocupante escuchar cómo los propios facultativos, en una radicalización paradójica de la medicina defensiva, son quienes se acercan peligrosamente a este modelo. Se cumple exquisita-

mente con lo establecido por el marco normativo, pero se vacía de contenido moral la relación y se radicaliza el “derecho a ser dejado sólo”. Es oportuno recordar que la obtención de una firma en el documento de consentimiento informado no significa que consigamos una verdadera toma de decisiones, es decir, no es un “verdadero consentimiento”. Tampoco se informa mejor informando más.

Entre el modelo paternalista y el informativo se sitúan otros dos posibles: el interpretativo y el deliberativo. Ambos intentan conjugar el respeto a dos principios básicos: el principio de autonomía y el principio de beneficencia, pero desde un sentido no paternalista.

En el modelo interpretativo, el médico ayuda al paciente a clarificar sus valores y decisiones. El profesional va más allá de proporcionar una información detallada, ya que analiza la situación junto al paciente en un proceso de clarificación de valores, prioridades, expectativas y deseos, pero se limita a su aclaración, sin juzgar su coherencia o idoneidad. Actúa pues, como consultor o consejero, informando al paciente, igual que en el modelo informativo y ayudándole en la articulación de sus valores, sin juzgarlos. El consentimiento informado en este entorno se configura como un proceso abierto de diálogo y encuentro en orden a tomar aquellas decisiones que optimicen las expectativas del paciente (Simón Lorda, 2004). En este modelo el profesional ayuda al enfermo interpretando con curiosidad, pero sin pronunciarse, los valores personales de éste y priorizando la actuación a seguir. Después de prestar esta ayuda interpretativa, el médico debe ser respetuoso con la decisión que tome. Sin embargo, no podemos olvidar que la interpreta-

ción por sí sola puede conducirnos a un paternalismo disfrazado, sobre todo en las personas más vulnerables.

Desgraciadamente, en ocasiones, los profesionales sanitarios convierten la firma del consentimiento informado en el centro neurálgico de la relación, olvidando que la atención al enfermo debe basarse en una relación de confianza, en la que la comunicación debe estar continuamente presente. Si el profesional, una vez conocidos los valores del enfermo, inicia con él una deliberación conjunta nos situamos ante un modelo deliberativo. Constituye un paso más que el interpretativo al considerar que el papel del profesional no consiste sólo en informar, sino también en clarificar valores. El profesional debe señalar al paciente los valores que desde su óptica tienen prioridad en el contexto sanitario, sin enjuiciarlos y sin la imposición de su punto de vista, acompañándole en la deliberación. Este modelo, evitando actitudes paternalistas, permite la máxima integración posible del proceso de enfermedad, y en los casos límite, el proceso de muerte.

En esta forma de relación el médico aleja la tentación de limitarse a interpretar. Su objetivo es llegar a corresponsabilizarse de la decisión después de una deliberación franca. No trata sólo de entender la voluntad, sino de compartir la decisión. En este contexto, el médico sería, según Emanuel y Emanuel (1992), no sólo consejero, sino "amigo". Supone un modelo de clara superación del contrato y fácil de entender en nuestra cultura. Para Broggi (2003) no se trata de una relación de "verdadera amistad", pero sí contiene elementos suficientes de esta virtud aunque no sean equidistantes entre sí: "confidencia por un lado y confidencialidad por el otro; fuer-

te complicidad mutua; confianza y lealtad respectivamente; entrega de uno y dedicación del otro; necesidad por una parte y ayuda por la otra; gratitud y congratulación". Es cierto que es difícil su plasmación en las circunstancias en las que se desarrolla de forma habitual la relación clínica y al depender también de factores personales, no controlables, propios del paciente y del médico. Pero constituye el modelo ideal para favorecer la toma de decisiones de forma pausada, aprovechar mejor las oportunidades de relación emocional, tolerar inconvenientes de la medicina en equipo, evitar conflictos y gestionar mejor el "contraste" de opiniones.

Es evidente que la comunicación médico-paciente desempeña un papel clave en este modelo de relación. Para desarrollarlo correctamente, el profesional sanitario debe de poseer una elevada competencia científico-técnica y relacional-comunicativa, capaz de acompañar a los pacientes en la vivencia de enfermedad y de compartir con ellos el proceso de toma de decisiones. El consentimiento informado se sustenta en el reconocimiento mutuo y en el encuentro dentro de la igualdad personal, desde la diferencia del rol que juegan el profesional y el paciente; bajo esta perspectiva constituye un proceso continuo, comunicativo, deliberativo y prudencial, que en ocasiones requiere un apoyo escrito.

No debemos considerar los modelos de Emanuel y Emanuel como "compartimentos estanco", sino como modos de actuación dinámicos que interactúan dependiendo del paciente y del contexto en el que se desarrolla la relación. El profesional sanitario debe ser consciente de que la relación clínica puede adoptar varias formas y de que, cuando sur-

ge un conflicto debe modularla y orientarla para superarlo. Para ello, es necesario un proceso de deliberación personalizada, mucho más allá de una mera relación contractual entre un enfermo con derechos y un profesional con deberes, que le permita establecer cauces de diálogo, descubriendo los valores, inquietudes o esperanzas que todavía no hayan aflorado. Esta cuestión es especialmente importante ante situaciones en las que es necesario tomar decisiones especialmente sensibles e incluso vitales, de extrema dificultad y en las que pueden no haber emergido los valores con toda su definición y significado.

Si entendemos la autonomía personal como participación y emancipación progresivas, no sólo debemos respetar lo manifestado, lo visible del iceberg, sino que es preciso tener curiosidad por lo sumergido. Porque puede ser una forma de ayudar a entender. Esta búsqueda del “valor oculto” es esencial si nos tomamos la autonomía en serio. Para ello, es necesaria la personalización de la situación, que debe centrarse en las necesidades de cada uno, más allá de los derechos de todos. No implica esperar a que la voluntad se exprese para respetarla y con frecuencia deberá descubrirse porque ni el propio enfermo la conoce. El “deseo oculto” puede acechar en el fondo del temor mal definido por el enfermo, de su negativa inexplicable, o de su tabú o irracionalidad mal aceptada. También puede permanecer en el fondo de la información sesgada que proporciona el profesional o en el miedo de éste a que se le pregunte, o en la reticencia excesiva a la negativa o en su postura distante y taxativa (Broggi, 2011).

Considero el modelo deliberativo como el más adecuado en la generalidad de las situa-

ciones, y en el que la comunicación interpersonal es la pieza angular. Implica un uso cuidadoso y franco del lenguaje, sabiendo que siempre es simbólico, que a veces es confuso, pero que, a pesar de ello es el único puente transitable hacia una mayor racionalidad. Es más, sólo a través de él se puede pensar y valorar, rectificar o mantener una postura. Sin él, en cambio, uno puede quedar prisionero de un esquema ideológico, de un capricho irreflexivo, de un tabú hasta entonces poco ponderado, de una opinión mimética imprudente.

Desde los tipos de relación propuestos por Emanuel y Emanuel, en las dos últimas décadas asistimos a la incorporación de un modelo bio-psico-social centrado en el paciente (Engel, 1977; Engel, 1980; Levenstein y cols. 1986) donde se trata de atender las necesidades de la persona y se incorporan estas últimas al proceso de la consulta. Dicho modelo implica para el médico la consideración de cada paciente como un ser único, una actitud de escucha activa abierta hacia la expresión de sus sentimientos y una respuesta a sus miedos, percepciones y expectativas (Epstein y cols. 1993). La comunicación centrada en el paciente puede lograr que éste perciba que ha encontrado puntos comunes con su médico, que sus molestias y preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada. Requiere, por tanto, que el médico disponga de una serie de competencias comunicacionales que le permitan conocer, tanto la perspectiva del enfermo respecto a su patología, como las posibilidades de comprometerlo en su abordaje de forma activa, con la consiguiente mejora de la calidad asistencial (Borrell, 2002).

La participación del enfermo es una de las claves principales en el llamado "abordaje centrado en el paciente" y los enfoques prácticos propuestos para este tipo de comunicación son similares a los recomendados para la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

La comunicación en el ámbito de la relación clínica

Cada uno de los protagonistas de la relación clínica aporta elementos imprescindibles (Simón Lorda, 2004). El profesional, los conocimientos científicos y la experiencia; el paciente, la vivencia del enfermar y los valores que están presentes en su proyecto de vida. Es una relación basada en el reconocimiento de la igualdad básica inherente a la condición de la persona, y de la diferencia derivada de las diferentes perspectivas de valor y de rol y sólo si ambos aceptan este modelo, será posible el reconocimiento recíproco que posibilita su consolidación.

En muchas ocasiones se le niega al enfermo una herramienta terapéutica de gran trascendencia como es la comunicación. En la enfermedad, al dolor y a la congoja se puede añadir la soledad. Nadie como el hombre enfermo sabe toda la verdad de este verso de Machado "¡Oh soledad, mi sola compañía...". Una soledad de huérfano, de pregunta sin respuesta, sufre a veces el enfermo. La soledad erosiona lentamente a la persona y la deja reducida a una sombra de sí misma. La verdadera tragedia para una persona es padecer soledad; incomunicación, vacío, retiro, melancolía, pesar, pena, desamparo son algunos de sus nombres. Para la persona cuya vida es convivir y su existir coexistencia, la soledad será siempre la verdadera tragedia.

Librar de ella al que la sufre es el servicio mayor que un individuo puede prestar a otro. Esta es una de las importantes misiones que la ética puede desempeñar en la enfermedad.

En ocasiones la enfermedad es el último padecimiento. Podríamos inicialmente pensar que ya no sirve la actuación sanitaria ya que sólo espera la muerte. ¡Es un gran error!. No podemos abandonar a la persona en el momento final de la soledad suprema. Podemos acudir nuevamente al gesto, a la información, a la comunicación. Pero informar bien no es decir la verdad "a sopetón", ni cruelmente, ni con indiferencia, ni en un pasillo, ni por teléfono, ni con un papel escrito... la correcta información es todo un proceso dinámico evolutivo y progresivo. Es proporcionar la información en la medida que el enfermo vaya demandándola con la palabra, con el gesto, con la preocupación, con la mirada. Es el arte de comunicar. Podemos referirnos a un fragmento de Tolstoi en su obra "La muerte de Ivan illich":

"El principal tormento de Ivan Illich era la mentira, esa mentira admitida por todos, ni se sabe por qué, de que no estaba más que enfermo y no moribundo y que no tenía más que quedarse tranquilo y cuidarse para que todo se arreglara, y esa mentira le atormentaba, sufría por el hecho de que no quisieran reconocer lo que todos veían bien, como él mismo y por el hecho de que le mintieran obligándole a él mismo a tomar parte en aquel engaño. Aquella mentira que se comió respecto a él en la víspera de su muerte, aquella mentira que rebajaba el acto formidable y solemne de su muerte a nivel de sus cortinas y de sus comidas, le resultaba a Ivan Illich atrocemente penosa y cosa extraña, estuvo muchas veces a punto de gritarles mien-

tras se arreglaban en torno a él sus pequeños líos. ¡Basta ya de mentiras, vosotros sabéis y yo mismo lo sé también que me muero, por lo menos dejad de mentir! Pero jamás tuvo valor para obrar así...”.

La relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental en todo el proceso de enfermedad. En ocasiones, la agresión que supone la propia dolencia, e incluso su estigmatización por la sociedad origina un vínculo paternalista buscado por el propio enfermo. A veces se observa una carencia de empatía en esta relación y se perciben expresiones como “te informan pero no te comunican”, “te tratan pero no te acompañan”, “son amables pero no se ponen en tu lugar”, “te oyen pero no te escuchan”, “hablan contigo pero no te miran...”. Es decir, más allá de la competencia técnica están las virtudes y los valores; más allá de la información está la comunicación. La comunicación es bidireccional y, por tanto las partes intercambian información por lo que requiere del diálogo, mientras que la información puede quedarse en un simple monólogo unidireccional.

Desde un punto de vista estrictamente jurídico, el derecho a la información sanitaria, y de forma concreta el derecho del enfermo a recibir información sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento, viene recogida de forma clara en el marco normativo español y se ha desarrollado tomando como referencia el derecho anglosajón. Una de las primeras sentencias en las que se hace referencia específicamente a su ausencia, es la decisión del Juez Mc Cardie sobre el asunto *Cooper contra Miron*, que data del año 1927, en la que se concluye que era un deber del dentista que atendió a una paciente informarle sobre el desprendimiento de un frag-

mento de diente y la realización de pruebas diagnósticas para su localización y posterior extracción. En este caso, el fragmento quedó alojado en el bronquio y la paciente contrajo una neumonía séptica, a resultas de la cual falleció.

A partir de los años cincuenta del siglo pasado son frecuentes las sentencias de tribunales americanos sobre el deber de información. Algunos ejemplos son la *Sentencia de California (1957) Salgo contra Lenlaud Stanford J.R. University Board of Trustees* en la que el Tribunal consideró que “un médico viola sus deberes hacia el paciente y queda sujeto a responsabilidad si omite circunstancias que son necesarias para la base de un consentimiento informado por parte del paciente para el tratamiento propuesto. Del mismo modo, el médico no puede minimizar los riesgos conocidos de un procedimiento u operación con el fin de inducir al consentimiento de su paciente”.

En la *Sentencia de Kansas (1960) Natanson contra Kline*, se destaca el deber de proporcionar información, “el médico está obligado a proporcionar una razonable explicación al paciente acerca de la naturaleza y consecuencias probables del tratamiento de radiaciones de cobalto que le había recomendado y también está obligado a proporcionarle una información razonable acerca de los peligros que, según su conocimiento, podían previsiblemente o posiblemente suceder en el tratamiento que recomendó administrar”.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es la primera norma estatal que regula en profundidad y de forma específica la

relación clínica entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía, en el que la información constituye un elemento fundamental. El enfoque que esta norma da al derecho a la información sanitaria se articula desde la necesidad de asumir un papel activo en el seguimiento del proceso asistencial, y sobre todo, por el derecho que nace del concepto de persona que nos atribuye la legitimidad de conocer lo que nos afecta a nosotros mismos.

En la Región de Murcia, la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia recopila en un único texto legal el conjunto de derechos y deberes que poseen los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, para conocimiento no sólo de estos, sino también del conjunto de profesionales sanitarios que deben respetar su ejercicio y para la propia Administración Sanitaria, que en último término es la encargada de velar y tutelar su cumplimiento; en su Título IV, se recogen los derechos en materia de información y participación sanitaria.

La ausencia de información y el deficiente proceso de comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es una de las causas más frecuentes de reclamación. La comunicación médico-paciente aparte de ser un componente nuclear del cuidado de la salud, tiene una destacada repercusión en la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y la reducción de quejas y reclamaciones (Hobma y cols. 2006). El saber, el desarrollo tecnológico, la implantación de novedosos procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario de poco sirven, si no se contemplan los factores individuales del acto

asistencial desde la perspectiva psicológica y de comunicación.

Los conocimientos, habilidades y las actitudes con respecto a la relación médico-paciente deben ser enseñados y evaluados con el mismo rigor que otras materias de los planes de estudio. Entre las competencias que el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* incluye para la formación médica se encuentra la formación en habilidades de comunicación interpersonal. Si la educación médica no ofrece a los facultativos la manera de superar barreras para ejercer conscientemente, ni preparación específica tanto para comunicar como para reflexionar, la capacidad para lograr una verdadera y eficaz comprensión en la relación clínica hacia los pacientes puede verse interferida.

¿Nos situamos ante un nuevo modelo de relación?

El desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación es extraordinario. El fenómeno dominante en los últimos cincuenta años ha sido la aparición del ordenador como una herramienta para organizar los datos, y más recientemente, la información. A su vez, el crecimiento de Internet y la World Wide Web han introducido espectaculares cambios en la manera de comunicarnos, en la búsqueda y acceso a la información y en la construcción de las relaciones sociales. Internet se ha convertido en el corazón de la comunicación, la información y el entretenimiento y forma parte del día a día de un importante número de ciudadanos. Este hecho ha tenido un crecimiento exponencial con la incorporación de los servicios de Internet a los teléfonos móviles. La utilización y aplicación de Internet afecta de muy diver-

sas formas a nuestra vida cotidiana, al permitirnos el acceso a un gran volumen de información, con elevadas posibilidades de entrada en contenidos de todo tipo y desde cualquier lugar y momento. Así pues, el uso de Internet está revolucionando el acceso a la información, en general, y a la sanitaria, en particular. Además, las denominadas redes sociales, como Facebook y Twitter, proporcionan espacios virtuales (foros de comunicación, blogs) en los que los individuos se relacionan, intercambian ideas, acceden a la información y buscan asesoramiento, lo que supone una auténtica revolución.

Un estudio reciente sobre el uso de las comunicaciones en el Reino Unido por parte de Ofcom, que es el regulador de las comunicaciones en ese país, revela que cerca del 90% de las personas entre edades de 16 a 44 años son usuarios de Internet. Según los últimos datos publicados en 2012 por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) los profesionales sanitarios siguen siendo el origen principal de la información y los más consultados por los ciudadanos. Así, el 88,1% recurre a su médico y el 62,3% también pregunta a su farmacéutico, por lo que Internet no se ha convertido hasta este momento en el origen principal para conocer aspectos sobre el estado de salud. Ahora bien, sí se presenta como una destacada alternativa informativa según refiere el 48,3% de los internautas, es decir, aproximadamente el 30% de la población. En concreto, según los datos del estudio, el 65,4% de los usuarios de internet busca información sobre salud, antes o después de acudir a una cita médica, pero solo en el 21,1% de los casos esta búsqueda es compartida con el facultativo.

A pesar de su uso, que sin duda es apreciable, la confianza que los ciudadanos tienen en internet obtiene una valoración media de 3,85 sobre 10 puntos, bastante alejada de la expresada hacia los profesionales sanitarios, que es de 8.

La búsqueda de información sobre enfermedades es el tema de información más recurrente (40%); muy por debajo se encuentran las consultas sobre nutrición, alimentación y estilos de vida saludables (16,8%) y sobre medicamentos (16,0%). Otro dato a tener en cuenta es que el 90% de los médicos buscan también en internet, por lo que la red igualmente constituye una destacada fuente de información sanitaria para los profesionales, que encuentran en esta herramienta un valioso procedimiento para obtener datos o resolver sus dudas.

Como anteriormente señalaba, el acceso a las redes sociales constituye otra de las novedosas fuentes de información para temas de salud. Es utilizada por el 12,8% de los internautas para conseguir información sobre temas sanitarios. Actualmente es Wikipedia la red social más utilizada por estos pacientes (72%), Facebook por el 35,1%, y en menor medida, Youtube (30,8%) y Twitter (13,3%). Con esta herramienta se busca aclarar dudas (38,9%) y compartir experiencias de salud similares con otras personas (26,1%).

Nadie duda sobre las magníficas posibilidades de acceso a la información que internet ofrece, pero tampoco se duda sobre los peligros que entraña. Así, la disponibilidad ilimitada de su uso ha tenido un impacto de gran importancia en el cuidado de la salud. Su principal inconveniente es que se publica prácticamente todo, sin el control y la revisión por parte de expertos. Por desgracia no todos

los portales reúnen siempre las condiciones mínimas de validez de la información deseable, y tampoco todos los motores de búsqueda son capaces de identificar la autenticidad de los contenidos recopilados. Además, en internet conviven portales que experimentan cambios y actualizaciones, junto a otras páginas que no habiendo sido renovadas permanecen accesibles.

Pero, ¿esta auténtica revolución en las tecnologías de la información y de la comunicación nos conducen a un nuevo marco de relación entre el médico y el enfermo?. No tengo duda que nos encontramos ante un novedoso escenario, pero estoy seguro que las nuevas tecnologías nunca van a sustituir la atención personalizada que caracteriza la relación. Sí pueden entenderse como complemento y para facilitar la labor asistencial mediante la adquisición de información, siempre lo suficientemente contrastada y convenientemente utilizada. De hecho, en un reciente estudio realizado en pacientes que acuden al médico de familia (Marin Torres y cols. 2013) los resultados demuestran que internet actúa como refuerzo al consejo del médico y puede ser coadyuvante para lograr una mayor adherencia al tratamiento y para reforzar mensajes de promoción y prevención (Wald y cols. 2007; Mira Solves y cols. 2009). Es decir, internet no reemplaza al médico sino que cambia el tipo de relación. Nuevas formas de comunicación, como las que ofrecen las tecnologías de la información, por sus especiales características (accesibilidad, rapidez, etc.) ofrecen un importante valor añadido con respecto a las fórmulas tradicionales. Para ello, es necesario introducir rigor en los contenidos que ofrecen, confianza en los pacientes en la infor-

mación que proporcionan y formación en su manejo, tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios.

Excelentísimo Señor Presidente, Ilustrísimos Señores Académicos, Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, Señoras y Señores.

La importancia que poseen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales es incuestionable. Destacadas declaraciones de organizaciones internacionales y el prolijo desarrollo normativo existente en los diferentes países lo ponen de manifiesto. Cabe destacar en este aspecto, la trascendencia del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina de 4 de abril de 1997, que en España entró en vigor el 1 de enero de 2000, y que constituye el primer instrumento internacional sobre el que pivota el resto de las legislaciones de los diversos países. Este documento trata de forma explícita la necesidad de reconocer el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

En nuestro país disponemos de un marco normativo muy completo sobre esta materia. En noviembre de 2012 se cumplían los diez años de la anteriormente comentada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, -efemérides, que en mi opinión, pasó muy desapercibida- pero todavía la teoría del consentimiento informado no ha cristalizado totalmente en nuestras consultas ni hospitales. El elevado índice de litigio existente puede ser el resultado de lo que comento. Pacien-

tes, familiares y profesionales se enzarzan en “pleitos y vistas judiciales” y “batas y togas” se encuentran en ambientes, muchas veces caldeados por “dimes y diretes” y en ocasiones propiciados por medios de comunicación prolijos al comentario frívolo y de fácil acceso a las audiencias.

El libre ejercicio de la libertad individual, que tantas víctimas ha generado en el devenir de los tiempos, y todavía en la actualidad en países y entornos que se resisten a incorporar la libertad de los ciudadanos como hilo conductor de la relación social, tardó muchos años en ser aplicado al ámbito sanitario y aún se perciben determinadas resistencias a su materialización. En efecto, hay profesionales sanitarios que no creen firmemente en la doctrina del consentimiento informado. Con ello, no quiero decir que no se cumplimente de forma adecuada. No es así. Lo hacen, pero muy lejos del verdadero significado de este proceso y en muchas ocasiones la causa reside en su incapacidad para comprender que va más allá del ámbito médico, que es mucho más que un “problema clínico” y que se integra en un ámbito de libertad para la toma de decisiones, que siendo una constante en las relaciones sociales, hasta no hace mucho ni se planteaba en la relación clínica.

Tan aberrante es pensar que el consentimiento informado viene a complicar la relación clínica, como concluir que por sí solo puede bastar para garantizar una relación más respetuosa entre el profesional y el paciente. Estas posturas, contrapuestas en su fundamento y que abarcan desde el paternalismo más rancio al “autonomismo” más irreal, llegan a coincidir en la práctica rutinaria y garantista de los documentos y en su utili-

zación defensiva y, por tanto, absurda. A través del uso inadecuado del documento de consentimiento, oscilamos desde la relación paternalista ancestral a una ficción de medicina contractual en la que permanecen los mismos vicios de épocas pretéritas, agravados ahora con una pretendida corresponsabilización forzada. Y todo ello prescindiendo del objetivo fundamental que hay detrás de este nuevo modelo de relación: la necesaria deliberación conjunta que lleve a una decisión compartida.

Hay un hecho claro, y es, que en el momento actual, el proceso de obtención del consentimiento informado se encuentra sumamente judicializado. Las causas pueden ser varias, entre ellas cabe mencionar la reparación económica que pacientes desahampados buscan cuando no se produce un resultado exitoso, o el intento por parte de letrados y de peritos de encontrar cierta notoriedad, o sobre todo, el ejercicio de una medicina defensiva que incrementa el deterioro de la relación clínica y ofrece un terreno que facilita el conflicto.

Además, deberíamos plantearnos si una excesiva apelación al principio de autonomía en la resolución de los conflictos de la relación médico-paciente, también se traduce en un deterioro de la misma y trae como consecuencia la crisis del consentimiento informado a la que me estoy refiriendo. Con el énfasis desmedido de la autonomía se corre el peligro de que la relación abandone su fundamento en la confianza y se convierta en un nuevo tipo de relación mercantil donde un paciente acude a un técnico para recibir unos servicios. El paciente, antes que la información busca la confianza y demanda un clima de cercanía y una cierta recuperación de cier-

tos elementos propios del paternalismo tradicional. Lo que Pellegrino y Thomasma (1988) formularon como una ética médica basada en el principio de beneficencia sin incurrir en el paternalismo tradicional, y que denominan como *beneficencia en la confianza* o *beneficencia fiducial* y en la que la relación sanitaria se entiende fundamentada en la mutua confianza al servicio del bien del paciente. Se busca ahora lo que Montalvo (2009) denomina como “*beneficencia no paternalista*” que pueda sustentar un sistema de salud más humanizado y una medicina que no esté simplemente a la defensiva ante los derechos cada vez más exigentes de los pacientes.

Con ello no se proclama una exclusión del enfermo como interlocutor en la relación clínica: no quiere decir que la recuperación de determinados elementos del paternalismo se traduzca en una pérdida en los derechos del paciente, sino en una reubicación del principio de autonomía y un uso adecuado como expresión del derecho a la disposición sobre el propio cuerpo, evitando su aplicación formal o procedimental –como prevención o solución de un conflicto–, dejando el derecho a la libertad vacío de contenido. Debemos evitar que una relación tan delicada como la que caracteriza la de una persona que pone su salud en manos de otra, capacitada para su mantenimiento o mejora, quede reducida a una relación entre un técnico y un cliente. El desplazamiento de la decisión hacia quien tiene mayores conocimientos no tiene por qué afectar a la autonomía de la persona. No se trata de decidir al margen del paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio profesional, sino de decidir con el paciente y conociendo sus valores. Esta posición que

viene adquiriendo fuerza en Estados Unidos, donde la judicialización es importante, se traduce en una relación mucho más intensa, mediada por un compromiso, basado en la confianza, para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones.

En mi opinión, debemos optar, por un modelo alternativo que, sin invalidar el modelo fundamentado en la autonomía, haga de la confianza el núcleo de la relación. La confianza no anula la autonomía de la persona, sino que la potencia y no la entiende como una autonomía individualista basada en la independencia, sino en la interdependencia. La confianza implica relación y su pérdida abre la puerta al litigio. Por esta razón, se aboga por el modelo deliberativo de la relación en el que el médico no es un mero suministrador de información, sino que debe ayudar al paciente a determinar y elegir entre los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos mejores para su situación concreta. Es el análisis, a través del diálogo, de los distintos valores. No consiste en el derecho del paciente a ser dejado solo ante la decisión, sino de una toma de decisión conjunta. Debemos huir de un mero formalismo contractual y de un profesional que evita implicarse en el ámbito personal del paciente. La imagen que la sociedad tiene de un médico ideal no es la de quien se limita a informar, sino la de quien colabora, no sólo desde un punto de vista técnico sino también humano, en la decisión que adopta el paciente. Se trata de integrar a los dos protagonistas de la relación en el proceso de toma de decisiones, proceso presidido por el diálogo y la deliberación.

La autora chilena Isabel Allende, en su novela autobiográfica titulada *Paula*, escrita

junto al lecho de su hija, en estado de coma como consecuencia de una porfiria que le llevó a la muerte, describe el hospital como un gigantesco lugar en el que nunca es de noche, ni cambian la temperatura ni las rutinas que se repiten día tras día y donde se unen las necesidades y el dolor de los pacientes. En el diálogo imaginario que mantiene con su hija, revela la angustia que le produce la aparente indiferencia del médico y la distancia emocional que manifiesta. Escribe lo siguiente: "Cada mañana recorro los pasillos del sexto piso a la caza del especialista para indagar nuevos detalles. Ese hombre tiene tu vida en sus manos y no confío en él, pasa como una corriente de aire, distraído y apurado, dándome engorrosas explicaciones sobre enzimas y copias de artículos sobre tu enfermedad, que trato de leer, pero no entiendo. Parece más interesado en hilvanar las estadísticas de su computadora y las fórmulas de su laboratorio que en su cuerpo crucificado sobre esta cama. —Así es esta condición, unos se recuperan de la crisis en poco tiempo y otros pasan semanas en terapia intensiva, antes los pacientes simplemente se morían, pero ahora podemos mantenerlos vivos hasta que el metabolismo funciona de nuevo-, me dice sin mirarme a los ojos. Bien, si es así sólo cabe esperar. Si tú resistes, Paula, yo también".

Excelentísimo Señor Presidente, Ilustrísimos Señores Académicos, Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, Señoras y Señores. Voy concluyendo.

Que la salud se quebranta con mucha facilidad, es una verdad sencilla. La razón es que la vida es frágil y delicada. Llega a estar continuamente amenazada. Un soplo de aire pue-

de romper el equilibrio entre salud y enfermedad. Quevedo decía: "estoy enfermo, ¿cuándo no lo estuve?... más adelante añade "estoy enfermo, esto es decir: estoy hombre". Esta idea de enfermedad, sin embargo contrasta con la reinante en nuestro medio. Hoy se ve la enfermedad como estigma que avergüenza. Entre la utopía médica, la exaltación de la fuerza, de lo juvenil, el fervor por las curvas y la piel tersa, la idolatría del músculo y la belleza anoréxica de desfile, pasarela y playa, han hecho de la enfermedad un azar que se llega a silenciar. Se llega a percibir la enfermedad como una enorme carga que deshonra la vida, como un derroche económico que la sociedad no aguanta. Pero el ser humano es un ser humano siempre, sano o enfermo, y un ser de respeto y de dignidad. La enfermedad muestra al hombre en uno de sus estados, el de más fragilidad y el que demanda el más limpio trato ético. En ningún momento se debe olvidar el respeto que merece y menos cuando el dolor aparece. Desde la cuna a la tumba el ser humano es merecedor de un trato digno.

Debemos considerar a cada enfermo como único e irrepetible y, para no lesionar su dignidad, hemos de ligar nuestras posibilidades de actuación profesional en su mundo. Si el engarce no encaja, se resentirá la relación. Si no hemos querido, o no hemos sabido, entender sus demandas, defraudaremos sus expectativas, lo que, no obstante, en ocasiones no podemos evitar. Estamos ante una relación compleja, en un entorno en el que se le pide al médico una curiosidad suplementaria y una personalización clínica, que debe basarse en las necesidades de cada cual, más allá de los derechos generales de todos. Se trata de ayudar a que la decisión adoptada surja de una

verdadera valoración de las necesidades individuales, que en muchas ocasiones se descubren y conocen en el momento y dentro de la misma relación y no antes, al no haberse planteado. Su detección va a ser diferente en función del modelo de relación que esté presente y debemos ser conscientes de la dificultad que entraña, no sólo en su indagación sino en el contexto actual en el que se realiza la actividad sanitaria.

Una relación clínica en la que se evitan los conflictos o se gestionen mejor los que hay es más rica y gratificante, porque atiende mejor las necesidades de los enfermos y los objetivos reales de la profesión. Con anterioridad la relación clínica no constituía una preocupación: era siempre de tipo paternalista, y de esta forma se aceptaba. El buen médico tomaba las decisiones con la única finalidad de conseguir la máxima eficacia contra la enfermedad, y sin interferencias externas, incluyendo como tales las opiniones o preferencias del paciente. En el momento actual se ha producido un cambio radical. Ya no podemos aplicar nuestros conocimientos sin más, sino que antes de actuar, debemos consultar al enfermo; y podemos hacerlo de varias maneras y siguiendo varios modelos, percibiendo a cada paciente como alguien diferente en sí mismo y en cada momento.

Llego al final del discurso, y de nuevo quiero reiterarles el honor que me han dispensado al admitirme como miembro de número de esta muy Ilustre Corporación, pero permítanme que, en mi condición de Catedrático y Especialista en Medicina Legal y Forense, aproveche la oportunidad de estar ante tan docto auditorio para reivindicar el destacado papel que esta especialidad, continuamente amenazada, desempeña en el

encuentro entre dos grandes y trascendentales campos del saber humano, la Medicina y el Derecho.

Diariamente los jueces tienen que acudir a la Medicina para sus pronunciamientos. El mecanismo de producción de un lesión o un fallecimiento, la capacidad mental de un sujeto, la identificación de unos restos, el tratamiento prescrito a un paciente, son solo algunos ejemplos de la gran diversidad de hechos y situaciones que pueden ser cuestionadas. Para ello será necesaria la aplicación de adecuados procedimientos científicos, ya que sin una rigurosa investigación la justicia no está garantizada.

En 1744, un tribunal londinense, presidido por el Juez Henry Fielding, juzgaba a una viuda por el presunto envenenamiento de su esposo con arsénico. Los médicos que examinaron el cadáver poca información pudieron proporcionar al Juez y éste de forma desafiante exclamó “sacad el veneno de donde esté escondido, mostradlo y yo podré condenar”. Este es uno de los numerosos ejemplos de la necesaria colaboración entre la Medicina y la Administración de Justicia a través de la pericia médico-legal. La Medicina Legal y Forense debe sobrevivir como una disciplina académica, dotada del flujo científico que requiere su ejercicio con las garantías necesarias y debe desarrollarse desde una estructura en la que confluyan de modo eficaz docencia, pericia e investigación como posibilidad única de ejercer con eficacia y con rigor la especialidad.

He dicho.

Referencias

- Benzo Cano E.** *La responsabilidad profesional del médico*. Prólogo del Dr. Gregorio Marañón. Cádiz. Editorial Escelicer. 1944. pp. 749.
- Borrell F.** *El modelo biopsicosocial en evolución*. Med Clin (Barc). 2002;119:175-179.
- Borrel-Carrio F, Epstein R, Pardell H.** *Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. Med Clin (Barc) 2006; 127: 337-342.
- Broggi M.** *Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica*. Med Clin (Barc) 2003; 121:705-709.
- Broggi M.** *Valores en la relación clínica*. En: Carlos María Romeo Casabona. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Granada. Comares. 2011. pp. 1689-1693.
- Chief Medical Officer.** *Making Amends. A consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS*. London: Department of Health. June 2003.
- Cooley DA.** *Building shelters. Safeguards in public disclosure of outcomes data*. Circulation 1996; 93: 1-3.
- De Oliveira G.** *Temas de Direito da Medicina*, 2ª ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.
- Días Pereira AG.** *Construção da doutrina do consentimento informado. O Consentimen-*
- to informado na relação médico-paciente*. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
- Eisenberg RL.** *Radiology and the Law. Malpractice and other issues*. New York: Springer, 2004.
- Emanuel E, Emanuel L.** *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA 1992; 267: 2221-2226.
- Engel G.** *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am J Psychiatry. 1980; 137:535-544.
- Engel G.** *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science. 1977; 196: 129-136.
- Epstein RM, Borrell F.** *Pudor, honour and authority: the evolving patient-physician relationship in Spain*. Patient Ed Counselling 2001; 45: 722-725.
- Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G.** *Perspectives on Patient-Doctor Communication*. J Fam Pract. 1993; 37:377-388.
- Fiori, A, Marchetti D.** *Medicina legale della responsabilità medica*. Milan: Edit. Giuffrè, 2009.
- Heródoto.** *Historia*. Traducción de Manuel Balasch. Cátedra. Madrid. 2004.
- Galán Cortes JC.** *Principios éticos del consentimiento informado*. En: Galán Cortés JC.

- Responsabilidad Médica y consentimiento informado*. Madrid: Civitas, 2001. pp. 43-50.
- García Calvo T, Guijarro R, Osuna E.** *The phenomenon of physical aggression against health service personnel*. Med Law 2010; 29: 307-315.
- Gracia D.** *Ocho tesis sobre consentimiento informado. Ponencia presentada en el II Congreso Derecho y Salud de la Asociación de Juristas de la Salud*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, Sevilla, 1994. pp. 115-117.
- Gracia D.** *El Juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina*, Dolentium Hominum 1996; 31: 12-14.
- Gracia D.** *La relación clínica*. En: *Bioética Clínica. Estudios de Bioética*. Vol. 2. Santa Fé de Bogotá: El Búho. 1998. pp. 61-67.
- Gracia D.** *Como arquero al blanco*. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela, 2004. p. 245.
- Hobma S, Ram P, Muijtjens A, van der Vleuten C, Grol R.** *Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial*. British J Gen Practice 2006; 56: 580-586.
- Instituto Nacional de Estadística.** Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la información y Comunicación en los hogares 2010. 2010 [consultado 14 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/.do?type=pca-axis&path=/t25/p450&file=inebase&L=0>
- Laín Entralgo P.** *La relación médico-enfermo*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
- Laín Entralgo P.** *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1994.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB.** *The patient centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*. Fam Pract 1986; 3:24-30.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274 de 15 noviembre 2002).
- Ley 3/2009 de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia (BORM núm.114 de 20 de mayo 2009).
- Marín-Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo MI, Polentinos-Castro E, Garrido Barral A.** *Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente*. Aten Primaria 2013; 45: 46-53.
- Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM.** *Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios*. En: Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM, editores. *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, 2001. pp. 53-67.
- Martínez-Pereda Rodríguez JM.** *La responsabilidad penal del médico y del sanitario (actualizada y adaptada al Código Penal de 1995)*, 3ª ed. Madrid: Colex, 1997.
- Merry A, McCall Smith A.** *Errors, medicine and the law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Mira Solves JJ, Llinás Santacreu G, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C.** *Internet use by primary care and hospital doctors: perception of how it influences their relationships with patients*. Aten Primaria 2009; 41:308-314.
- Montalvo Jääskeläinen F.** *Muerte digna y Constitución. Los límites del testamento*

- vital*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2009. pp. 65-104.
- Murillo Capitán E.** *Protocolos*. Med Clin (Barc) 1994; 102: 659-660.
- Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI).** *Los ciudadanos ante la e-Sanidad*. Red.es, ONTSI. Edición 2012. [consultado el 3 de Octubre de 2013]. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/los-ciudadanos-ante-la-e-sanidad>." <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/los-ciudadanos-ante-la-e-sanidad>.
- Osuna E, Pérez-Cárceles MD, Esteban MA, Luna A.** *The right to information for the terminally ill patient*. J Med Ethics 1998; 24: 106-109.
- Osuna E.** *Los derechos del enfermo en el marco jurídico español*. Revista Iberoamericana de Derecho y Medicina Legal 2000a; 5: 67-72.
- Osuna E.** *Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado*. Revista Iberoamericana de Derecho y Medicina Legal 2000b; 5: 59-66.
- Osuna E, Lorenzo MD, Pérez-Cárceles MD, Luna A.** *Informed consent: evaluation of the information provided to elderly patients*. Med Law 2001; 20: 379-384.
- Osuna E.** *El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002*. Cuadernos de Bioética 2006; 17: 27-42.
- Osuna E.** *La protección jurídica del menor en el ámbito sanitario*. En: Morillas Cuevas L. *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*. Madrid: Dykinson, 2010. pp. 797-835.
- Pellegrino ED, Thomasma DC.** *For the patient's good. The restoration of the beneficence in health care*. New York: Oxford University Press, 1988.
- Rodríguez Vázquez, V.** *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias*. Madrid: Marcial Pons, 2012.
- Simon Lorda P.** *Consentimiento informado: alianza y contrato, deliberación y decisión*. En: Couceiro A. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela, 2004. pp. 79-108.
- Wald H, Dube C, Anthony D.** *Untangling the Web. The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship*. Patient Educ Couns 2007; 68: 218-224.

Discurso de contestación

al Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz en su recepción pública como Académico Numerario electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

 **José Ballesta Germán** 

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmo. Sr. Presidente de la Real
Academia de Medicina
Excmos. Sres. Académicos
Sras. y Sres.*

Vivimos tiempos de materialización, de banalización permanente de los sueños más íntimos.

Vivimos tiempos en los que parecemos caminar entre vestigios de un mundo irreparable y los vagos indicios de un futuro apenas perceptible. En este cruce entre dos épocas, que ha trazado el doloroso punzón de la crisis, nos encontramos en una zona sin definición propia que solo sabe lo que ha dejado de ser y solo puede asomarse al futuro con inseguridad. El escenario encaja perfectamente en la definición de crisis que concibiera Bertolt Brecht: “Cuando lo viejo no termina de morir y lo nuevo no acabe de nacer”, Demasiadas preguntas sin respuesta. El ser humano quiere respuestas. Las necesita. Carecer de ellas nos desasosiega. Más de lo que muchos pueden soportar.

En alguna ocasión leí que el hombre ha visto repetirse tantas veces el espectáculo grandioso del nacimiento del día que, en un acto supremo de insensibilidad, ya no experimenta al presenciarlo, emoción alguna. Es lo que Max Weber describió, con una célebre expresión, como “rutinización del carisma”.

No es ese el caso de nuestra Real Academia de Medicina que hoy nos acoge y al que acudimos con inmenso gozo e inabarcable gratitud.

Decía al principio de mi intervención, que afrontan las Academias y toda la sociedad, una profunda crisis global, no sólo económica y financiera, de graves consecuencias, sino de valores y de principios, de ahí que las Academias sean referentes culturales y científicos, pero también referentes de un comportamiento ético, responsable y comprometido ante la sociedad y los ciudadanos.

En un mundo lleno de dificultades para el crecimiento y la generación de riqueza, las Academias y los Académicos, atesoran unos de los dones más preciados: el conocimiento, la inteligencia, el pensamiento y el saber, que ponen a disposición de los ciudadanos. Al mismo tiempo, desde su libertad, ejercen una autoridad moral y practican un pensamiento crítico y reflexivo sobre aspectos fundamentales del devenir de la sociedad y lo hacen, desde ese compromiso que cualquier ciudadano de bien, sea cualquiera que sea su responsabilidad, adquirimos con la comunidad en la que vivimos y compartimos.

Las Academias Científicas y Culturales promueven la ciencia, el conocimiento, la difusión y promoción del patrimonio científico, cultural e histórico-artístico, difunden el

saber y son foros de reflexión y de intercambio de conocimientos especializados, al tiempo que asesoran a la Administración en cuantos asuntos son de su competencia. Un amplio abanico de actividades y de posibilidades que evidencia ese compromiso y esa responsabilidad social de las Academias y de sus miembros. Necesitamos todo ese bagaje de conocimiento, de talento y de saber para afrontar juntos los desafíos de la era de la globalización y de la tecnología más innovadora.

Las Academias son entidades, corporaciones del saber, que sin ningún ánimo de lucro, establecen un permanente y fecundo diálogo entre la institución y la sociedad y dan a la misma lo mejor de ellas. Así lo ponían de manifiesto las constituciones de las Reales Academias en el siglo XVIII, surgidas para la mayor gloria de las ciencias y de las buenas letras, pero también para combatir la ignorancia y la malicia.

Corporaciones de hombres libres e iguales en derechos y obligaciones.

Aquel espíritu de la Ilustración, adaptado a los nuevos tiempos, persiste y se agiganta a lo largo del devenir histórico. Hace pocas fechas celebrábamos el doscientos aniversario de la creación de la actual Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, surgida en plena Guerra de la Independencia y que prestó innumerables servicios a la ciudadanía en la prevención de contagios, en el combate contra las epidemias, en la vigilancia de la salud pública. Esta Academia es hoy un ejemplo paradigmático del significado de estas instituciones en España y en nuestra Región y ese ejemplo de servicio a la comunidad y de perdurabilidad en el tiempo es el que deben de seguir estas corporaciones regionales del saber.

La importancia del conocimiento y de la cultura para combatir la ignorancia y el inmovilismo está hoy fuera de toda duda, al igual que resultan determinantes para alcanzar cotas de progreso económico y de libertad. En ese ámbito, las Academias y sus miembros juegan un papel muy significativo, como referentes y como estímulo social para superar las dificultades, pero esa labor colectiva de las Academias no sería posible sin la singularidad, es decir, si cada uno de los académicos no ofreciera lo mejor de sí mismo.

Las Academias, queridas amigas y amigos, nos muestran día a día que el conocimiento y el saber no se consiguen sin esfuerzo y sin trabajo. Cada uno de los miembros de las Academias son portadores de brillantes currículum profesionales, académicos, de inmejorables hojas de servicios para con la sociedad y ese es el camino que hay que mostrar a las nuevas generaciones. Las Academias nos recuerdan que la educación y la formación son la palanca para impulsar las grandes transformaciones sociales y la mejor garantía para un progreso en paz y libertad.

Reitero, una vez más, que es precisa una transformación de la sociedad y que se hace imprescindible volver a la senda del esfuerzo individual y colectivo, del sacrificio del trabajo, del compromiso y de la responsabilidad, de la ética, de las conductas ejemplares y del buen gobierno; hay que impulsar la excelencia, la innovación y la creatividad y fomentar los valores de la solidaridad, de la generosidad y del afán común. Los miembros de las Academias, desde la diversidad de posiciones, de planteamiento e incluso de ideologías, son un ejemplo a seguir por las generaciones venideras y un espejo en el que debemos mirarnos, en muchas ocasiones, los ciuda-

danos y los responsables políticos.

En un mundo como el de hoy, sin apenas un sistema de ideas estructuradas, en el que se transita fácilmente de unas a otras, en el que todo es efímero, relativo, en el que las responsabilidades se nos diluyen entre los dedos, en el que todo pasa y cambia, en el que todo vale y nada sirve; es fácil no aferrarse a nada, no sorprenderse por nada, no adquirir compromisos profundos en las acciones y relaciones. Parece como si lo único que importara fuera vivir cómodamente el presente sin las exigencias del deber ser y sin los sacrificios que exige toda proyección de futuro. Frente a esta situación, deben alzar su voz instituciones como las Academias, pues nuestra sociedad precisa de referentes éticos, de asideros morales en los que apoyarse.

Sr. Presidente, Sras. y Sres.

Uno de los libros más antiguos de la Biblia, el Eclesiástico, dice en uno de sus más conocidos fragmentos: “El que encuentra un amigo, encuentra un tesoro”. Más adelante, y en un texto menos conocido, continúa diciendo: “El amigo nuevo es como el vino nuevo, más deja que se haga viejo, y entonces lo beberás con deleite”.

Mi gran amigo Eduardo. Sonrisa permanente, gesto franco, buen humor, jamás una palabra ofensiva, comprensión y afecto, cariño y delicadeza, lealtad y fidelidad, compañero en la adversidad, alegría compartida en el éxito, idólatra de su familia, pasión por la Universidad, compañero siempre.

Eduardo es el ejemplo de persona antidogmática, generosa y tolerante, leal y sincera. Siempre tiene la palabra adecuada y la oportuna reflexión. No hay obstáculos para su entusiasmo y permanente disposición. Tra-

bajador incansable, desde una vida fecunda, plena, completa. Con la compañía discreta e inteligente de Teresa, que organiza suavemente y decide sutilmente. Y de sus niñas, como él las llama. Con las que todavía, iluso de él, discute las salidas de fin de semana e intenta pactar horarios de llegada a casa.

En el aspecto profesional, el Dr. Osuna tiene un compromiso ético insobornable. Como hoy nos recordaba: “El *“ethos”* profesional no debe conformarse con los mínimos de legalidad, sino que debe orientarse hacia la excelencia. La aspiración a la excelencia no tiene límite máximo. No basta la formación excelente en conocimientos y habilidades, sino que es preciso aspirar a la excelencia del carácter en el sentido más clásico: aspirar a la virtud”.

Aceptar la mediocridad y renunciar a la excelencia pervierte el sentido último de nuestra profesión, e incluso de nuestra existencia. Nuestra crisis fundamental es una crisis moral y de valores. No sabemos desde cuando exactamente. Nadie puede poner fecha al momento en el que se convirtió en hegemónica en este país la idea de que todo es y vale lo mismo, de que nada merece un esfuerzo, que todo puede ser despreciable.

Y sobre ese relativismo absoluto han crecido todos esos monstruos que ahora nos acosan: corrupción, pobreza de espíritu, desprecio a la excelencia, soberbia desbordada, parálisis productiva y política ensimismada en sus delirios, sociedad desmayada en el descontento y moral colectiva reticente a los sacrificios.

Parece que vuelven a ser válidas aquellas palabras de Ortega, en otro momento oscuro de nuestra historia: “Los Españoles. Ese pueblo que ha pasado de querer ser demasiado

a demasiado no querer ser”.

Y no es justificable ese estado de postración social que padecemos. Quizá convenga mirar a nuestra historia reciente para no olvidar lo mucho que somos capaces de hacer los españoles cuando hacemos las cosas juntos y actuamos con altura de miras.

No podemos sentir el porvenir a nuestras espaldas ni dejar que nos entierren pisadas de sombra. Existe un porvenir pero solo llegará si somos capaces de trabajar en su construcción. La sociedad en la situación crítica que atravesamos nos exige a todos compromisos y responsabilidad. Cada uno tenemos nuestras responsabilidades.

Como nos recordaba el Dr. Osuna en su magistral intervención: “El ejercicio de toda profesión conlleva una responsabilidad en función de los actos y acciones que se desarrollan. La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana.

Si el ser humano es necesariamente un ser moral, debe vivir responsablemente, es decir, debe responder de sus actos morales que, por definición, son actos de elección libre. Se ha de responder ante uno mismo y ante los demás. No sólo porque éstos pueden pedirlo, sino por las consecuencias que a otros pueda afectar”.

Muchas gracias.