

TESIS DOCTORAL

2015



**“DERECHOS HUMANOS, BIOÉTICA Y
DERECHOS DE LOS PACIENTES”**

SUSANA GÓMEZ-ULLATE RASINES
LICENCIADA EN DERECHO

DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO
FACULTAD DE DERECHO

DIRECTOR:
PROF. DR. RAFAEL JUNQUERA DE ESTÉFANI

CODIRECTOR:
PROF. DR. JAIME ZABALA BLANCO

DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO
FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A
DISTANCIA

Tesis Doctoral:
“DERECHOS HUMANOS, BIOÉTICA Y
DERECHOS DE LOS PACIENTES”.

Presentada por: Susana Gómez-Ullate Rasines
Licenciada en Derecho

Director: Prof. Dr. Rafael Junquera de Estéfani

Codirector. Prof. Dr. Jaime Zabala Blanco

A mi madre *in memoriam*

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento para todas las personas e instituciones que han hecho posible este trabajo:

A la UNED, por haberme permitido desarrollar el Máster en Derechos Fundamentales y Bioderecho, y que me abrió el camino para poder continuar mi proceso académico.

A todos los profesores del Máster en Derechos Fundamentales y Bioderecho, y en especial a Ana María Marcos del Cano y a Narciso Martínez Morán que evaluaron mi Trabajo Fin de Máster.

A Rafael Junquera de Estéfani, mi director de tesis por su paciencia y gran apoyo pese a la distancia y a Jaime Zabala, mi co-director por la energía y empeño que me transmitió durante su realización.

A mi padre y a mi hermana Llanos por haber estado siempre ahí pacientemente.

A todas mis amigas y amigos por escucharme y apoyarme.

A todos mis compañeros de la UARH y de la UNICAN por su ayuda y comprensión.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I. EL PATERNALISMO MÉDICO	7
1. EL ORIGEN DEL PATERNALISMO MÉDICO.....	8
1.1. El nacimiento del <i>chamán</i> en la medicina mágico-religiosa prehistórica	9
1.2. Las culturas Mesopotámica y Egipcia como originarios saberes influyentes en la medicina occidental	17
<i>1.2.1. Las culturas mesopotámicas. La primigenia legislación médica</i>	17
<i>1.2.2. El Antiguo Egipto. La medicina sacerdotal</i>	26
1.3. La medicina hebrea y la llegada del monoteísmo. La introducción de la asistencia igualitaria al enfermo	34
1.4. La medicina pre-científica o pre-técnica en otras culturas. Aspectos comunes y divergentes	39
<i>1.4.1. La antigua China. La ciencia natural oriental</i>	40
<i>1.4.2. India antigua. Pensamiento independiente de la religión</i>	46
1.5. Aportaciones	50
2. LA JUSTIFICACIÓN DEL PATERNALISMO MÉDICO: EL PATERNALISMO HIPOCRÁTICO	53
2.1. Grecia clásica. El establecimiento de la práctica médica hipocrática	53
<i>2.1.1. El fundamento del pensamiento racional.</i>	54
<i>2.1.2. El nacimiento de la medicina hipocrática</i>	58
2.2. La justificación del paternalismo médico	62
<i>2.2.1. El orden natural y la justicia social</i>	63
<i>2.2.2. Concepción de la enfermedad</i>	65
<i>2.2.3. La ciencia médica y la asistencia</i>	69
2.3. Fundamento y repercusión del carácter sacerdotal del asclepiada	73
2.4. Manifestaciones de la posición sacerdotal del asclepiada hipocrático	78

2.4.1. <i>El asclepiada hipocrático y su enfermo</i>	79
2.4.2. <i>El asclepiada hipocrático en la polis griega</i>	89
2.5. Recapitulación	98
3. DEL PATERNALISMO HIPOCRÁTICO AL PATERNALISMO BUROCRÁTICO	101
3.1. La Edad Media: perpetuidad de la deontología hipocrática	102
3.2. El cristianismo: fundamento de la asistencia medieval	104
3.2.1. <i>La introducción de la “proximidad” como base asistencial</i>	104
3.2.2. <i>La autoridad del médico medieval cristiano</i>	106
3.2.3. <i>La concepción de enfermedad según el cristianismo</i>	109
3.3. La materialización de la asistencia medieval: exaltación del criterio del bien del enfermo	112
3.3.1. <i>Medicina monástica y primeros hospitales: equidad virtual en la asistencia..</i> 113	
3.3.2. <i>La incorporación de la superstición y la fe en la asistencia médica medieval. Retroceso de la técnica.</i>	116
3.3.3. <i>La incorporación del consuelo en la asistencia médica medieval</i>	119
3.4. El origen de la profesión médica	122
3.4.1. <i>La maduración intelectual de la sociedad medieval. Contextualización del origen de la profesión médica.</i>	122
3.4.2. <i>Los hospitales medievales: culminación de la asistencia monacal y preludio de los centros de asistencia burgueses</i>	125
3.4.3. <i>La Universidad: incipiente desvinculación de la medicina y del poder eclesiástico. Origen de la materialización del paternalismo burocrático.</i>	129
3.5. Recapitulación	135
4. DE LA MEDICINA LIBERAL A LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS	139
4.1. La época moderna como instauración del paternalismo burocrático.	139
4.2. El nacimiento de la profesión médica. Elementos constitutivos.	141
4.2.1. <i>La formación educativa y el control de la capacitación</i>	143
4.2.2. <i>El desempeño de la profesión médica. El reconocimiento social.</i>	147
4.2.3. <i>El código de conducta originario de la profesión médica.</i>	151

4.3. Manifestaciones del ejercicio de la medicina liberal en la sociedad occidental secularizada. Evolución en el paternalismo burocrático.	154
4.3.1. <i>La capacidad técnica ilimitada: el gobierno del científico</i>	155
4.3.2. <i>El ser humano como objeto científico. La medicina hospitalaria como precursora del alejamiento de los integrantes de la relación clínica</i>	157
4.3.3. <i>El alejamiento de los integrantes en la relación clínica. El contrapunto: la incipiente introducción del sujeto en el pensamiento médico.</i>	161
4.4. Recapitulación	164
CAPÍTULO II. LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS	168
1. LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS COMO VARIANTE DE LOS DERECHOS DE PRIMERA Y SEGUNDA GENERACIÓN. EL MOVIMIENTO DE REIVINDICACIÓN Y DESARROLLO DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS.	169
1.1. La dignidad como fundamento de los derechos humanos en general y de los derechos de los enfermos en particular.	172
1.2. El movimiento de reivindicación de los derechos de los pacientes. Elementos coadyuvantes en la reivindicación de la persona enferma como sujeto	176
1.2.1. <i>La libertad en el ámbito bio-médico. El reconocimiento de la subjetividad de la persona enferma.</i>	178
1.2.2. <i>La igualdad en el ámbito bio-médico. La rebelión social y la lucha por una asistencia médica igualitaria</i>	185
1.3. El nacimiento y desarrollo de los derechos de los pacientes como culminación del descubrimiento del derecho al consentimiento informado.	193
1.4. Los derechos de los enfermos como variante de los derechos de primera y segunda generación. Precisiones.	206
1.5. Recapitulación	214
2. LA INFLUENCIA DE LA BIOÉTICA EN LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS	219
2.1. Los principios de beneficencia y autonomía. El principio de autonomía como premisa. Factores propulsores en la reivindicación de la autonomía del enfermo en la relación clínica.	222
2.1.1. <i>La situación política y cultural, ubicación necesaria del derecho a la libertad.</i>	224
2.1.2. <i>Las transformaciones en el ámbito biomédico. Las reservas ante la capacidad ilimitada de la ciencia.</i>	227

2.1.3. <i>Los abusos en la investigación científica. De los principios éticos de la investigación a los principios básicos de toda la Bioética.</i>	239
2.1.4. <i>Los principios de beneficencia y autonomía. Autonomía como premisa histórica, necesidad de matización actual</i>	253
2.2. Los derechos de información, libertad e intimidad en el ámbito sanitario	257
2.2.1. <i>El derecho a la información en el ámbito biomédico</i>	257
2.2.2. <i>El derecho a la libertad en el ámbito sanitario. Libertad y salud</i>	283
2.2.3. <i>El derecho a la intimidad en el ámbito sanitario.</i>	298
2.3. Recapitulación	313
CAPÍTULO III. AUTONOMÍA VERSUS JUSTICIA Y SOLIDARIDAD	318
1. LA NECESARIA MATIZACIÓN DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: LOS PRINCIPIOS DE JUSTICIA Y SOLIDARIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO	319
1.1. Un nuevo derecho de los pacientes: el derecho a la asistencia sanitaria. Los principios de justicia y solidaridad como fórmulas para materializarlo	321
1.1.1. <i>El principio de justicia en el pensamiento liberal clásico</i>	323
1.1.2. <i>Las deficiencias de la teoría liberal. La necesidad de igualdad social como principio de justicia y su aplicación a la medicina.</i>	329
1.1.3. <i>El constitucionalismo social: el logro del derecho a la asistencia sanitaria como principio de justicia distributiva. El equilibrio entre liberalismo radical y socialismo extremo.</i>	336
1.1.4. <i>El principio de justicia como utilidad pública. La medicina de bienestar y la salud como bien de consumo.</i>	348
1.2. La crisis del Estado de Bienestar. Necesidad de replanteamiento del modelo sanitario.	358
1.2.1. <i>La “deshospitalización” de la atención sanitaria.</i>	362
1.2.2. <i>La priorización de las necesidades de salud en el campo sanitario y el establecimiento de políticas sanitarias. La materialización del derecho a la asistencia sanitaria.</i>	368
1.2.3. <i>Los dilemas de segundo nivel en la asistencia sanitaria: la asignación individual de la prestación sanitaria.</i>	378
1.3. Recapitulación	388
2. LA FIGURA DEL ENFERMO EN LA ACTUALIDAD Y LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. EL NUEVO ESTATUTO JURIDICO DEL PACIENTE	392

2.1. El paciente informado y su escasa educación cívica.....	393
2.2. El paciente como sujeto activo: <i>Empowerment</i> o apoderamiento.....	399
2.3. La educación para la salud y el paciente responsable	410
2.3.1. <i>La educación para la salud y la promoción de los estilos de vida saludables.</i>	410
2.3.2. <i>El enfermo responsable</i>	414
2.4. Recapitulación.....	419
CONCLUSIONES	422
BIBLIOGRAFÍA	426

INTRODUCCIÓN

El concepto que engloba los denominados “derechos de los pacientes” constituye un logro histórico relativamente reciente. No obstante, la figura del enfermo ha conformado una constante histórica desde las épocas más primitivas. La hipótesis fundamental desde la que partimos afirma que este enfermo se ha ubicado históricamente en una posición de debilidad o sumisión. Éste se ha considerado tradicionalmente como un ser *in-firmus* o falta de firmeza debido a la especial situación a la que la enfermedad lograba someterle. No obstante, existe un momento en el que esta situación comienza a cambiar y la legendaria posición que ostenta ese enfermo va a sufrir un cambio y éste va a transmutar su originario estatus pasivo a uno activo dentro de la propia relación clínica.

El planteamiento de este trabajo fue propiciado por cuatro motivaciones principales. Por una parte, un intento de comprensión de las causas y motivos principales por las que el enfermo fue considerado un ser sumiso dentro de la relación sanitaria. En segundo lugar, el descubrimiento de las razones por las cuales esta situación se perpetuó a lo largo de los siglos pese a haber sido ya conquistados e instaurados los derechos humanos mucho tiempo antes. Por otra parte, un propósito de descubrir cuáles fueron las causas que finalmente propiciaron el cambio e hicieron promover que ese enfermo se transformase en titular de unos derechos incuestionables y, por último, cuál es la situación actual a la que ha llevado la consecución de estos logros.

Consideramos que es a partir de la época de la Grecia clásica cuando van a establecerse una serie de principios y bases que van a caracterizar la práctica médica y la concepción del paciente a lo largo de más de veinte siglos en el pensamiento médico occidental. El factor común que hemos considerado que caracteriza todo ese tiempo de práctica de la medicina es el que se ha denominado paternalismo médico: el ejercicio de poder realizado hacia otra persona en aras de su interés o beneficio pero sin contar con su opinión.

Evidentemente el enfermo ha existido también en otras culturas, por tanto también hemos tratado de describir su situación en las mismas. Quizás resulte algo sorprendente que la mayoría de las obras consultadas sobre la historia de la ética médica o de la relación clínica entre el médico y su paciente partan de la época de la Grecia clásica. ¿Por qué los manuales de historia de la medicina consideran las culturas denominadas como pre-técnicas mientras que a la hora de hablar de la historia y los orígenes de la

relación entre el médico y el enfermo se parte únicamente desde la Grecia clásica, obviando los siglos que la precedieron? La enfermedad ha existido desde los más primigenios orígenes de la humanidad, al igual que los enfermos. Por ello en este estudio he partido, de un modo quizás discordante a otros trabajos, desde la medicina pre-técnica con el fin de establecer unas bases descriptivas de la situación del enfermo en las principales culturas antiguas.

El trato al enfermo que germinó en la época de la Grecia clásica citada tuvo una serie de caracteres y su nacimiento se fundamentó en diferentes causas. Por otra parte, esta especial consideración hacia el enfermo como sujeto desvalido sin capacidad de decisión en el proceso de la salud y la enfermedad se perpetuó a lo largo de los siglos de un modo sorprendente. Existieron una serie de causas o circunstancias históricas que propiciaron que el cambio se materializase. No podemos obviar que el nacimiento de los Derechos Humanos en general y la germinación de la disciplina de la Bioética en particular propiciaron de modo muy directo la eclosión de los denominados derechos de los enfermos, aunque es de destacar la tardanza con la que estos últimos hicieron su aparición. Podemos observar que con este calificativo aparentemente genérico se englobó únicamente un determinado tipo de derechos de los pacientes: los derechos de la autonomía y la libertad individuales. La cuna de su nacimiento aparece ubicada en Estados Unidos, concretamente en la tradición jurisprudencial de este país a través de una cadena de decisiones por parte de sus tribunales. Aunque existe una estrecha relación entre el nacimiento de los derechos de los pacientes y el de los derechos humanos generales, cronológicamente su conformación dista entre unos y otros. Estos últimos nacieron primeramente bajo el abanderado de la libertad y la autonomía (derechos de primera generación) de los individuos pasando posteriormente a una reivindicación de los derechos de igualdad (de segunda generación). En el caso de los derechos de los enfermos, fueron los de igualdad los primeros exigidos, materializados en un derecho a la asistencia sanitaria equitativa fruto de las luchas de clases y de un enfrentamiento entre una “medicina para ricos” y una “medicina para pobres”.

El trabajo se ha dividido en tres partes diferenciadas. En primer lugar hemos tratado de la descripción y el fundamento del denominado paternalismo médico cimentado en el principio de beneficencia médica. Ésta ha constituido la constante histórica bajo la cual se ha desenvuelto la relación entre el médico y el paciente. El médico decidía por y para el bien del paciente pero sin contar con la opinión de éste. La segunda parte o parte

central del estudio concierne a la transformación de la situación tradicional que el enfermo ostenta históricamente y al nacimiento de los denominados derechos de los pacientes. Si bien el logro de éstos ha constituido un hito histórico sin parangón, su reconocimiento no debe extenderse sin unas mínimas reservas. Así, la última parte versa sobre un intento de apaciguar esta exacerbada defensa a ultranza de los derechos de libertad de los enfermos. En los momentos actuales no es posible una materialización extrema del principio de autonomía en el ámbito sanitario y, en múltiples ocasiones, deberá ceder ante derechos de terceros. Por otra parte, el otorgamiento del derecho a su libertad y autonomía también suscita otra consecuencia: el enfermo va a ser más responsable de su propia salud que nunca en la historia de la medicina.

En este sentido podemos plantear en líneas generales como principales objetivos de este trabajo los siguientes:

- Determinar cuál ha sido la situación histórica desde la que ha partido este enfermo en las diferentes culturas estudiadas. Conocer por qué el pensamiento de la antigua Grecia fue el que propició, a diferencia de otras civilizaciones, las bases para que la ética médica se desarrollase en la cultura occidental a lo largo de más de veinte siglos y cuáles eran los caracteres que la singularizaron.
- Describir las principales características de la situación del enfermo a lo largo de la historia y en qué han consistido los derechos que ha ostentado tradicionalmente. Esto conlleva describir la posición que ocupan las dos partes que conforman la relación sanitaria: Por una parte el médico y por otra el enfermo; y ver cómo la transformación de una y otra se han influenciado de modo recíproco.
- Precisar si la situación del enfermo ha variado históricamente y si así ha ocurrido, determinar en qué ha consistido ese cambio y cuáles han sido las causas determinantes que han propiciado la transformación.

- Identificar la influencia y la relación existentes entre el nacimiento y reconocimiento de los Derechos Humanos en general y la disciplina de la Bioética en particular con la eclosión de los derechos de los pacientes.
- Delimitar el derecho a la asistencia sanitaria a lo largo de la historia y en la actualidad como un derecho de los enfermos o de los usuarios de la salud como bien público. Determinar las principales teorías de materialización de la prestación sanitaria.
- Precisar en qué consiste la posición que ocupa el enfermo en el momento actual y cuáles han sido las consecuencias del logro de los derechos de los pacientes en el propio enfermo en particular y en la sociedad en general.

El estudio de la primera parte de esta obra engloba un análisis descriptivo de las diferentes culturas consideradas dentro de la medicina pre-técnica. No obstante, y a diferencia de otros trabajos sobre ética médica o de la evolución de los derechos de los pacientes, las hemos tratado considerando que de una u otra forma han contribuido a la conformación posterior de la asistencia “técnica” del enfermo. Quizás esta parte del trabajo ha sido la más dificultosa. Existen innumerables fuentes pero referidas únicamente a la historia de la medicina, sin un trato específico y concreto de la figura del enfermo, por lo que he debido realizar un compendio de las diferentes concepciones del mismo en las distintas culturas. La parte dedicada a la asistencia médica en la Edad Media no ha estado exenta de inconvenientes. Los manuales consultados sobre historia de la medicina guardan silencio sobre la relación entre el médico y su paciente y he tenido que realizar una extrapolación del pensamiento cristiano general a la práctica de la medicina y a la concepción del propio enfermo en esta época histórica. Por último, la parte final del estudio también ha resultado en cierto modo compleja ya que se trata de un tema del que no existen apenas fuentes bibliográficas de consulta. El otorgamiento de un poder de libertad y autonomía a una persona en el ámbito de su salud ha conllevado también la concesión de una amplia responsabilidad a la persona sobre el proceso de su salud y enfermedad y sobre estos aspectos tampoco existe abundante bibliografía.

El presente trabajo tiene carácter multidisciplinar y engloba diferentes especialidades como la Historia de la Medicina, la Psicología, la Medicina, la Enfermería, la Bioética,

el Derecho Civil y la Filosofía del Derecho. Para el desarrollo del mismo se ha empleado una sistemática narrativo-histórica-reflexiva utilizando la revisión bibliográfica que he considerado más relevante al respecto, incluidas las disposiciones normativas relacionadas. También he incluido diversos estudios clínicos que han apoyado algunas argumentaciones o fuentes directas de las épocas estudiadas para fundamentar algunas hipótesis.

CAPÍTULO I. EL PATERNALISMO MÉDICO

1. EL ORIGEN DEL PATERNALISMO MÉDICO

La influencia que en la particular posición del enfermo, dentro de la relación clínica y en la futura conformación de los derechos de los pacientes, ha tenido la ética médica es un hecho incuestionable. No obstante, ambas han sufrido una evolución constante a lo largo de la historia, por lo que resulta de trascendental importancia conocer la situación inicial de la que partimos para comprender la transformación producida y la situación actual.

En este campo, resulta de vital trascendencia el estudio y la comprensión históricas del proceso de salud-enfermedad en el ser humano, así como de la relación clínica existente desde sus primeros momentos históricos, aunque originariamente no pudiera conceptuarse de tal modo. Sin un análisis del mismo, difícilmente va a poder desentrañarse el sentido y la justificación de la propia relación clínica o relación entre médico y paciente a lo largo de los tiempos.

En este sentido, debemos tener en cuenta un hecho incuestionable: en las obras consultadas de eminentes historicistas, que desarrollan como objeto de estudio la evolución de la relación clínica entre el médico y el paciente en el ámbito occidental del que formamos parte, apenas se ha tenido en cuenta aquella etapa histórica de la medicina considerada como pre-científica¹. Podría afirmarse que los orígenes de la medicina occidental no fijan sus raíces antes de la Grecia clásica, concretamente con personajes como Hipócrates de Cos y Alcmeón de Crotona. Bien es verdad que los elementos que configuran los conocidos como Textos Hipocráticos han trascendido de manera notoria a nuestra medicina occidental, e incluso se mantienen hoy en día prácticamente incólumes. No obstante, nosotros, en aras de la justicia, no queremos llevar a cabo este estudio sin reparar en esta parte de la cronología de la medicina en general y de los derechos de los pacientes en particular. En estas primeras páginas, podremos observar que, aunque la figura del enfermo no esté tan manifiestamente considerada como en épocas posteriores, resulta innegable la aportación que las diferentes culturas consideradas llevaron a efecto. Esto es, si bien la figura del paciente

¹ Así, puede consultarse LAIN ENTRALGO, P.: *El médico y el enfermo*, Triacastela, Madrid, 2003; GRACIA, D., *Fundamentos de bioética*, Triacastela, Madrid, 2007; LAIN ENTRALGO, P.: *La relación médico-enfermo*, Alianza Universidad, Madrid, 1983; KATZ, J., *El médico y el paciente: su mundo silencioso*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

aparece relativizada, podremos advertir que, la figura del médico ya se manifiesta desde sus más primigenios orígenes como un personaje de indudable preeminencia y autoridad.

La salud y la enfermedad en el ser humano son aspectos tan antiguos como el hombre mismo en el mundo. No obstante, la enfermedad debió existir mucho antes del ser humano en la tierra, aunque con la aparición de éste, durante miles de años, no se produjo una evidente contundencia acerca de la realización de acciones sistematizadas u organizadas para restablecer la salud en individuos enfermos, así como de acciones para prevenir la pérdida de la salud². Quizás las primeras manifestaciones de auxilio médico fueron realizadas en base al principio de asistencia mutua, sin ningún tipo de atribución específica o especial a una determinada persona, al menos en principio. Podría decirse que la actitud médica surge como una especie de solidaridad, ya que frente a un enfermo, podrían establecerse dos posibilidades: el ayudarlo o el abandonarlo³.

1.1. El nacimiento del *chamán* en la medicina mágico-religiosa prehistórica⁴.

Podría afirmarse que la medicina del hombre primitivo, o más bien las acciones dirigidas al tratamiento o la lucha contra la enfermedad son en cierto modo instintivas y

² En este sentido, los profesores CAVAZOS y CARRILLO afirman que “La evidencia que se tiene sobre la vida en el planeta tierra ha permitido saber que antes de la aparición de los seres humanos ha habido millones de años de proceso evolutivo, lo que ayuda a deducir que han existido millones de seres vivos predecesores al hombre moderno.(...) Hay pruebas de la existencia de bacterias en los restos fosilizados que datan del precámbrico (casi dos mil millones de años) pero no se ha podido determinar si éstas podrían haber causado enfermedades a los organismos existentes. Sin embargo, en el estudio de fósiles de dinosaurios se han encontrado señales de posibles enfermedades ocasionadas por microorganismos, tales como heridas o lesiones óseas. También es lógico señalar que sin duda existieron procesos patológicos no infecciosos, como heridas o lesiones, por ejemplo, al ser atacado un animal por un depredador”. (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina*, Manual Moderno, México 2009, p. 4).

³ Así afirma BARRAGÁN, citando a LAIN ENTRALGO: “la actitud médica es la de quien ante un enfermo o un herido se decide por la ayuda y rechaza la tentación de abandono”. Añade que “ayudarlo no quiere decir aplicar medios técnicos o científicos, ni quiere decir curarlo. La ayuda comienza con el consuelo (compartir la soledad) y la compasión (compartir el padecimiento, aflicción o dolor) y en todos los casos implica un compromiso” (BARRAGÁN, H. L.: “Lineamientos de la historia de la enfermedad y de la medicina occidental”, *Fundamentos de Salud Pública*, en, http://in.us.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_d_e_la_salud_publica/cap_1.pdf (Última consulta 25/03/2014).

⁴ Recordemos que la prehistoria es el período que comprende desde la aparición del ser humano hasta el surgimiento de la escritura hacia el año 3500 a.C. La cirugía prehistórica se confunde con la superstición, la magia y el empirismo, utilizados ancestralmente por el hombre de dicha época. (LERMA AGUDELO, C., “Arte, humanismo y cirugía: una visión holística”, *Rev. Colomb Cir.* 2009; 24:207-22).

comienzan en una etapa no determinada. Inicialmente se apoyan en conceptos mágicos, y mágico-religiosos posteriormente, aunque existe una limitada información contrastada en torno a la misma⁵. Esta etapa podría afirmarse que se inicia en un período del que poseemos una mínima información, comenzando por tanto, en una fecha no determinable y que concluye al imponerse el dominio romano⁶(cronológicamente podría situarse en el 10000 a. C.)⁷. Por tanto, la medicina primitiva se fundamenta en la falta de percepción amplia de los fenómenos naturales, lo que generó en una creación de explicaciones fantásticas, no distinguiendo entre medicina, magia y religión, o más bien, entremezclando las tres y con los propios fenómenos naturales, como pensamientos e ideas promotores necesarios de los propiamente empírico-científicos⁸. Así, el hombre de esta época antigua se encuentra rodeado en múltiples ocasiones de una naturaleza hostil y es amenazado por fuerzas misteriosas de origen desconocido y mágico. Debido a la falta de comprensión de la propia naturaleza, resultaba lógico que el hombre de esa

⁵ Diversos autores propugnan en parecido sentido la inexistencia de una “verdadera medicina”, sino más bien una “actuación de contrarrestar la enfermedad”. Así, CAVAZOS GUZMÁN y CARRILLO ARRIAGA afirman que “las primeras acciones del hombre dirigidas al tratamiento de la enfermedad fueron en verdad instintivas. (...) La medicina del hombre primitivo fue entonces por instinto, basada en conceptos mágicos en un inicio y de modo posterior en conceptos de índole religiosa” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 5 y ss.); por su parte, GRANJEL precisa “La Historia de la Medicina española, mejor sería decir las manifestaciones de la lucha contra la enfermedad en las comunidades de habitantes del área geográfica peninsular, se inicia en un período de dilatada vigencia temporal, del que sólo poseemos mínima y asimismo muy poco expresiva información” (GRANJEL, L.S., *Historia política de la Medicina Española*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1985, pp. 17 y ss.); en parecido sentido, BARQUÍN apunta “Desde la aparición del hombre en la Tierra se inicia la práctica de la medicina. los hechos mismos que realizaran los hombres primitivos en forma instintiva, de inmovilizar articulaciones o huesos fracturados en un combate o una cacería (...) fueron quizás las acciones más sencillas que precedieron a la aparición de esta profesión tan indispensable a los humanos, conocida con el nombre de Medicina”. (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina*, Méndez Editores, México, 1994, p.3).

⁶ GRANJEL, L.S., *Historia política de la Medicina Española...*, op. cit., p. 17.

⁷ CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la medicina...*, op. cit., p.8. No obstante, estas fechas son aplicables al período histórico correspondiente al hombre europeo, ya que en algunas regiones de África, América del Sur y Australia, o en las tribus indias y esquimales de América del Norte, la medicina primitiva continúa siendo practicada. (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., pp. 10-11).

⁸ “El hombre primitivo tampoco pudo soslayar los problemas existenciales y tuvo que darse a sí mismo respuestas a los problemas de la vida y de la muerte. Lo hizo en la forma de concepciones mágico-religiosas que son las precursoras de las respuestas más complejas, que ante los mismos problemas ha dado a sí mismo el hombre civilizado.” (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., p. 5).

época atribuyese su origen a la voluntad de seres o espíritus malignos o benignos, según la índole del fenómeno en cuestión⁹.

En relación con las prácticas mágico-religiosas (aunque conviene distinguir entre las primeras y las segundas)¹⁰ pueden englobarse numerosos ritos y ceremonias, vinculados estrechamente a la creencia del origen sobrenatural de las enfermedades y, por tanto, de los modos, igualmente extraordinarios y de índole mágico, de combatir las mismas¹¹. En este sentido, entre dichas prácticas, consistentes fundamentalmente en oraciones, conjuros, ceremonias y danzas, así como el uso de amuletos, se entremezclaban con el uso de drogas, en algunas ocasiones eficaces, en otras contraproducentes e, incluso, una gran cantidad de veces, probablemente inútiles. Sin olvidar que las mismas eran utilizadas bajo formas muy insanas y no solamente por el enfermo, sino también por los miembros de la familia, los invitados al ritual y por el mismo médico.

⁹ Así, es un principio histórico común en todas las civilizaciones antiguas (y no tan antiguas, obsérvese, por ejemplo, el misticismo en la medicina predominante en la Edad Media) que la falta de comprensión de los fenómenos naturales es siempre sustituido por una explicación de origen mágico religiosa. A modo de ejemplo pueden citarse múltiples y variados casos de reemplazo del desconocimiento de la causa de una enfermedad por una justificación mágica o estrechamente vinculado a fuerzas sobrenaturales: "(...) la observación de la menstruación en las mujeres les dio la idea de que se purificaban, y por lo tanto practicaban de forma artificial por medio de sangrías" (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., p. 10); "el intolerable dolor de cabeza, que los hombres primitivos atribuían al hecho de que se hubiera alojado un espíritu maligno en la cavidad craneal, posiblemente muchas trepanaciones (...) con la idea de hacer un orificio por donde pudiera salir el demonio que había atacado al paciente" (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., p. 12); "los dioses castigaban a los pecadores afligiéndoles con enfermedades, aunque podían también devolver la salud si se realizaban los ritos pertinentes. Este castigo sobrenatural se podía extender a las generaciones siguientes, con lo cual se convirtió en costumbre indagar los pecados de los enfermos o de los ancestros (...) la curación provendría de la penitencia y el arrepentimiento, así como de la ofrenda de sacrificios". (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 9).

¹⁰ Así, AGUILÓ, recuerda la teoría de Mauss en la que se preocupa por la distinción entre el rito mágico y otros rituales, que puede ser confundido con otros, tales como, las ceremonias religiosas. "Aunque ambos forman parte de la tradición, las condiciones en que se llevan a cabo los ritos mágicos, se caracterizan por no formar parte de un culto o sistema organizado, sino que más bien constituyen un rito privado, secreto y misterioso, en contraposición a la oficialidad y la prescripción de la práctica religiosa". (AGUILÓ BONET, A. J., "El pensamiento mágico en la modernidad: biomedicina y chamanismo", *Taula, quaderns de pensament*, n°39, 2005, Universitat de les Illes Balears, p. 125).

¹¹ Tradicionalmente se ha sostenido que el principal aspecto que distancia el pensamiento mágico del pensamiento científico en lo que respecta a las formas de afrontar la realidad, reside en que el primero está sólidamente arraigado en el ámbito de las creencias, es decir, de la subjetividad, mientras que el pensamiento científico ejecuta su actividad en el terreno de la objetividad, que trata de comprender racionalmente apoyándose sobre todo en distintas pruebas de verificación o falsación empírica. " (AGUILÓ BONET, A. J., "El pensamiento mágico en la modernidad...", op. cit., p. 126).

Estos caracteres conforman lo que podemos definir como medicina no científica, así, con este término, puede entenderse “*las formas que adopta el arte de curar cuando no se funda exclusivamente en la concepción de la enfermedad como un fenómeno natural, como un fenómeno cuyo origen el hombre advierte en el propio cuerpo o en el mundo de las cosas que lo rodean*”¹². Podría decirse que la medicina es sólo un aspecto de la antigua lucha entre el hombre y la naturaleza, y, en este sentido, la medicina primitiva era de carácter religioso o mágico.¹³

Por otra parte, junto a la medicina mágica, se desarrolló una medicina de índole predominantemente empírico, que probablemente, fue el origen de la cirugía posterior¹⁴.

¹² BABINI, J., *Historia de la medicina*, Editorial Gedisa, Barcelona, 2000, p. 15. Así, el autor distingue dentro de la medicina no científica diferentes tipos:

“a) la medicina de los pueblos primitivos, actuales o no, de fondo mágico o mágico-religioso;

b) la medicina arcaica de índole precientífica, anterior cronológicamente, a la medicina científica o no, pero con algunos rasgos comunes con ésta; y

c) la falsa medicina, en cierto sentido eterna, que se nutre de supersticiones o de restos de folklore médico”. (BABINI, J., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 15).

¹³ Existen varios estudios, realizados en diferentes épocas y en numerosos grupos primitivos de distintas partes del mundo, que muestran una serie de características comunes:

1) Las enfermedades son castigos enviados por una deidad, casi siempre por la violación de un tabú o de alguna ley religiosa, o bien son causadas por brujos o hechiceros, pero en todo caso se trata de fenómenos sobrenaturales;

2) tanto el diagnóstico como el tratamiento de las enfermedades requieren medios y ritos igualmente mágicos o religiosos;

3) los personajes encargados del manejo de los pacientes son sacerdotes, brujos o chamanes, que con frecuencia funcionan como las tres cosas, a veces simultáneamente;

4) hay distintas formas de adquirir las enfermedades, pero entre las más frecuentes están el castigo divino, la introducción de un objeto en el cuerpo del paciente, como una piedra o un hueso, la posesión por un espíritu, la pérdida del alma, el "mal de ojo", el "susto" y otras más;

5) Aún las lesiones traumáticas, como las heridas de guerra así como las complicaciones del embarazo o hasta la mordedura por animales como el jaguar o la víbora, cuyas causas son bien aparentes, para el hombre primitivo están llenas de elementos mágicos o sobrenaturales. (PEREZ TAMAYO, R., “*De la magia primitiva a la medicina moderna*”, Fondo de Cultura Económica, México, 1997, p.1).

En: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/delamgi.html> (Última consulta 25/03/2014).

¹⁴ BARQUÍN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 12. Entre las prácticas rituales de tipo quirúrgico, estaba la sangría, que tiene como antecedente mágico el proceso de la purificación. Entre estas técnicas, también pueden incluirse la circuncisión y la trepanación. Dentro de éstas, resulta fundamental la práctica de la trepanación, debido la gran extensión de la misma, y tal y como precisa el autor, con una finalidad mágico-terapéutica: “posiblemente muchas trepanaciones fueron practicadas sin ningún tipo de anestésico, usando sólo instrumentos de piedra y con la idea de hacer un orificio por donde pudiera salir el demonio que había atacado al paciente”. No obstante, también esta práctica resulta relacionada como un tipo de herida frecuente en la guerra: “Aunque es a finales del Neolítico cuando se produce un fuerte crecimiento en el número de trepanaciones, coincidiendo con el período de expansión del número de heridos a base de flechas (...) los autores defensores de la tesis, relacionan este

Este tipo de medicina sólo tuvo razón de ser en el momento en el que, con el transcurso del tiempo, el conocimiento empírico comenzó a demostrar que, algunos eventos, conducían a determinados resultados¹⁵. Con el acúmulo de conocimientos progresivos y, sobre todo, con la evolución en el pensamiento de los seres humanos de las culturas primitivas que dieron paso a las antiguas, la medicina continuó su desarrollo hacia la modernidad, sin perder del todo su esencia mística, pero sobre esos aspectos trataremos unas líneas más abajo.

En relación directa con la práctica de la medicina antigua y de la propia concepción que se atribuía a la enfermedad surgen los denominados ritos. Como hemos dicho más arriba, el hombre antiguo practicaba la medicina como un aspecto de la lucha general existente entre la naturaleza y el propio ser humano. Debido a la creencia que la enfermedad era causada por poderes espirituales, la lucha contra la misma debía practicarse a través de medios y mecanismos espirituales¹⁶. Así, la necesidad de congraciarse o apaciguar a las deidades, dio lugar al nacimiento de esos ritos, de los cuales se conocían dos variedades: los ritos de tránsito que señalaban cambios importantes en la vida del individuo (nacimiento, pubertad, matrimonio y defunción) y

declive con la invención del casco”. (GUILAINE, J., ZAMMIT, J., *El camino de la guerra: la violencia en la prehistoria*, Editorial Ariel, Barcelona, 2002, p. 161).

¹⁵ CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 5. Este tipo de medicina posiblemente fue aplicado a todos aquellos grupos de enfermedades en que se conocía el agente patógeno, ya fuera un accidente, la herida producida por el ataque de una fiera o las lesiones sufridas en encuentro con otros guerreros o cazadores. En estos casos se usaban medidas tan sencillas como como la opresión regional, a veces succionando, cuando se pensaba en envenenamiento y muchas veces, mediante la inmovilización. (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., p. 12). En cuanto a la lucha del hombre contra las enfermedades y su intervención para curarlas, parece ser que en el Neolítico el hombre utilizó férulas de madera para la inmovilización y restauración de las fracturas de los miembros. Se supone, que la inmovilidad y el calor junto al hogar o la aplicación de piedras calientes fue utilizada para tratar el dolor y las contracturas musculares, el ayuno y el reposo pudo ser la reacción natural ante padecimientos digestivos. (ROJAS, P., MENASSA, A., *Medicina Psicosomática: Cuestiones preliminares*, Editorial Grupo Cero, Barcelona, 2005).

En:<http://medicalblogs.diariomedico.com/psicoanalista/tag/medicina-psicosomatica/> (Última consulta 25/03/2014).

¹⁶ Así, las ideas sobre el origen de la enfermedad determinaban la acción del médico, el propósito del diagnóstico consistía en establecer quién era el autor del achaque que aquejaba al paciente, si era un demonio que se había posesionado de él o si era un hombre el que había hechizado. El pronóstico tenía por objeto determinar las intenciones del espíritu con respecto al paciente, la interpretación de los presagios, de los signos espontáneos o provocados se convirtió en una ciencia altamente diferenciada que desempeñó una parte importante en toda la antigüedad.” (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., pp. 7-8).

los ritos de intensificación, diseñados para superar las calamidades colectivas, tales como las hambres, las epidemias...etc., o bien promover las buenas relaciones entre el hombre y los espíritus¹⁷. Con el rito surgió el *chamán*, que era ese intermediario experto que tenía la clave del misterio de la vida y de la muerte, y así se originó el antecesor del médico¹⁸. El término *Chamán* es utilizado en la actualidad para referirnos al médico brujo de los pueblos de la antigüedad. Este personaje aparece con superioridad sobre los demás, dada su adquisición de conocimientos y por estar encargado del cuidado de los individuos del clan o tribu. En este individuo se pueden reunir diversas funciones tales como el sacerdocio, la enseñanza, la orientación, la curación o la vigilancia¹⁹.

En este sentido, el principal método de diagnóstico de las enfermedades se fundamentaba en la observación y el examen del paciente, apoyándose además en la utilización de procedimientos sobrenaturales y otras técnicas de adivinación, así como en la aplicación de remedios empíricos (como el uso de algunas plantas) que en algunas ocasiones resultaban eficaces²⁰. En lo que respecta a la valoración de la propia eficiencia de la medicina practicada por los chamanes, los autores encuentran

¹⁷ BARQUÍN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 9.

¹⁸ BARQUÍN, M., *ibídem.*, p. 10. La figura del médico es confundida con la del chamán o sacerdote, y en múltiples ocasiones, con las de gobernante o juez. Este es el origen remoto de la profesión médica: un personaje privilegiado, respetado, poderoso e impune ante la ley común, ya que él mismo era, en el fondo, la ley. Es el tipo de figura que se puede denominar “médico-sacerdote”, existente desde que existen las sociedades humanas. (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 15).

¹⁹ CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 5. A modo meramente anecdótico, en una cueva de la región de Ariège (Francia), un grabado del período Magdaleniense (17000-10000 a. C.) que representa a un ser antropomorfo con piernas humanas, órganos genitales masculinos, patas posteriores de oso, cola de caballo, astas y orejas de ciervo, barba de bisonte y ojos de búho. Este enigmático personaje, que se halla situado en un lugar casi inaccesible, a 4 m de altura, por encima del resto y dominando el espacio a su alrededor, es el más famoso de la cueva y ha recibido múltiples interpretaciones. Según estos autores su representación más factible es la del chamán, que preside un baile en una danza ceremonial, siguiendo la teoría de Lewis-Williams & Dowson de 1988 (CLOTTE, J. “Chamanismo en las cuevas paleolíticas”, *Ponencia defendida ante el 40 Congreso de Filósofos Jóvenes*, Sevilla, 2003).

²⁰ BARQUÍN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 11. Entre dichas técnicas destacaban la magia, los estados de éxtasis, la contemplación de los astros o la interpretación de los sueños. El uso de oraciones y conjuros era frecuente, conjugando elementos de carácter psicoterapéutico y eventualmente remedios efectivos, produciendo en ocasiones situaciones de éxito.

concordancia al valorar positivamente sus resultados, principalmente propiciados por la propia “receptividad” del enfermo en las culturas primitivas²¹.

Vinculado con lo anterior, resultaba fundamental la estrecha y óptima relación médico-paciente, en la que, tanto el enfermo, como los familiares, los amigos y el propio *chamán*, comparten las mismas creencias y las mismas ideas sobre las enfermedades, sus causas y los efectos benéficos de las medidas terapéuticas empleadas. Resultaba prioritario que cada uno de los participantes desempeñara su papel con rigor y fidelidad, pues el éxito dependía en gran parte de la ejecución adecuada de una liturgia preestablecida²².

Según algunos autores, la Medicina Primitiva es el período donde aparece el cometido del médico como una función social propia. En este sentido, el médico primitivo posee, desde una perspectiva antropológica, una concepción global del enfermo y de la enfermedad superior al médico técnico actual porque su terapéutica integra el concepto mágico unitario de enfermedad, evitando la concepción dualista de procesos orgánicos y psicossomáticos²³.

²¹ “¿Servía para algo la medicina primitiva, o cuando el enfermo se curaba, lo hacía a pesar del diagnóstico y del tratamiento que recibía del curandero o chamán? La respuesta a estas preguntas es que los resultados de los médicos primitivos eran bastante buenos, que muchos enfermos, sus familiares y sus amigos se beneficiaban con las funciones del curandero o chamán, pero no precisamente por ellas mismas sino por otras razones, totalmente independientes de sus medidas terapéuticas (...) como el efecto positivo de una buena relación médico-paciente, la historia natural de las enfermedades, y el efecto placebo, explican la mayor parte de los éxitos de las medicinas primitivas.” (PÉREZ TAMAYO, R., “*De la magia primitiva...*”, op. cit., pp. 7-8). Por su parte, BARQUIN afirma con contundencia que “la sugestión era el elemento descollante dentro de la medicina primitiva, es evidente que las ceremonias mágicas o religiosas en las que participaban la familia o la comunidad, brindaban al paciente un gran sentimiento de seguridad, (...) la cual al estimular sus mecanismos de defensa contribuía a vencer hasta los propios padecimientos orgánicos” (BARQUÍN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 11)

²² PÉREZ TAMAYO, R., “*De la magia primitiva...*”, op. cit., p. 11. Esto explica las máscaras y el atuendo de los chamanes, sus trances, sueños y danzas, (...), o los dibujos en el piso de la choza del brujo (...) y el título de médico enmarcado en la sala de espera y la bata blanca del médico científico contemporáneo. Cuando en la relación médico-paciente se cumplen las expectativas del enfermo, de sus familiares y de sus amigos, una buena parte del problema ya ha sido resuelta.

²³ ROJAS, P., MENASSA, A., *Medicina Psicossomática...*, op. cit., p. 3. Citando a Freud, las autoras precisan la importancia de la psicoterapia en todo enfermo: “El tratamiento psíquico denota el tratamiento desde el alma (...). Un medio semejante es, ante todo, la palabra, y las palabras son, en efecto, los instrumentos esenciales del tratamiento anímico. El profano, seguramente hallará difícil comprender que los trastornos patológicos puedan ser eliminados por medio de la “meras” palabras del médico. Supondrá sin duda que se espera de él una fe ciega en

Así, la noción de chamanismo no se refiere a un fenómeno propio de ciertas sociedades, sino a una lógica transcultural de la curación, y el *chamán* podría ser definido como “todo tipo de sujeto capaz de curar las enfermedades, y en particular, las enfermedades del alma, que se vale de técnicas con una fuerte carga simbólica que están revestidas de una eficacia vinculada a lo sagrado, es decir, vinculadas a otredad en su sentido más radical”²⁴.

Por tanto, en ningún modo resulta descabellado afirmar que la práctica médica surge del chamanismo, instalándose en ambas un tipo particular de vínculo social a partir del momento en que se encuentra el padeciente y aquel que es autorizado a curarlo en virtud a una suposición en su saber sobre el mal que lo aqueja²⁵. En este sentido, resulta fundamental el propio poder otorgado al *chamán* o médico-brujo por parte, no sólo del paciente, sino también del propio grupo en el que se encuentra integrado, así como en la creencia que en sí mismo se auto-asigna aquel. De este modo, el valor otorgado a la propia terapéutica proviene de un pensamiento mágico, reforzando la creencia y potenciando los mecanismos que intervienen en la curación. Así, puede observarse que el poder atribuido (y autoatribuido) a ese primigenio médico, brujo, *chamán* o curandero, se remonta nada más y nada menos a los pueblos primitivos más antiguos de la historia del hombre²⁶.

el poder de la magia, y no estará del todo errado, pues las palabras que usamos cotidianamente no son otra cosa sino magia atenuada. La ciencia ha logrado restituir a la palabra humana una parte por lo menos de su antigua fuerza mágica.”

²⁴ DE LA PEÑA, F., “Más allá de la eficacia simbólica del chamanismo al psicoanálisis”, *Cuicuilco*, vol. 7, n° 018, México, 2000, p. 2. Así, tal y como dice el autor, el tratamiento de la enfermedad, vía del “espíritu” es una forma posible de tratar las enfermedades, (...) supone la utilización de relaciones de transferencia o sugestión que hacen depender la cura de la identificación entre el paciente y el chamán.

²⁵ HOYOS, J. E., “Chamanismo y Medicina, ¿Dos formas del vínculo social?”, *Affectio Societatis*, n° 5, 1999, p. 1.

²⁶ Manifestaciones de esta afirmación pueden observarse en diferentes obras de diversos autores en exposiciones tales como: “la curación mágica requiere, para ser eficaz, de la creencia del chamán en su técnica, del paciente en la virtud del chamán, y del grupo en el chamanismo. Esta creencia es indispensable, (...) ya que el poder del ritual curandero reside en la actividad inconsciente del mecanismos psicológicos capaces de originar por igual trastornos o reajustes psicoafectivos” (DE LA PEÑA, F., “Más allá de...”, op. cit., p. 4); así como “(...) es claro que la eficacia simbólica del chamán reside en la creencia que la cultura tiene en él” (HOYOS, J. E., “Chamanismo y Medicina...”, op. cit., p. 4) o “se constata cómo en la mayoría de estas culturas, el chamán sólo puede serlo a partir del reconocimiento de los otros, a tal punto que muchos renuncian a la profesión para la cual creían estar destinados, sino son reconocidos por el clan como dignos de ser chamanes” (HOYOS, J. E., “Chamanismo y Medicina...”, op. cit., p. 2); o “Llaman la atención, en primer lugar, las profundas “situaciones de trance” a las que se entrega

1.2. Las culturas Mesopotámica y Egipcia como originarios saberes influyentes en la medicina occidental

Alrededor del siglo IV a. C. florecieron las grandes culturas del Medio Oriente que desarrollaron poderosos y preeminentes imperios, asentados en los valles de Mesopotamia y el Nilo. Estas precoces civilizaciones reemplazaron los primitivos tótems por dioses, fundaron los panteones politeístas y afianzaron la posición del *chamán* prehistórico en la de sacerdote-médico, educados en las escuelas de los templos. La vida comenzó a ser ordenada a través de la regulación, no sólo de ritos, sino de leyes escritas, que emanaban de un rey sagrado, cuyo poder había sido directamente atribuido por parte de esos dioses. La medicina se transformó en actividad sacerdotal, entremezclando procedimientos terapéuticos con ritos sagrados, adivinaciones, plegarias y exorcismos, sin olvidar la existencia de una medicina eminentemente empírica.

1.2.1. Las culturas mesopotámicas. La primigenia legislación médica

En directa relación con el punto anterior, la inexistencia de documentos perdurables en las culturas primitivas hacía muy frágil la conservación de este conocimiento, el cual se transmitía, como ya hemos visto anteriormente, mediante la comunicación directa de los individuos mayores a los más jóvenes. Por tanto, estos individuos que acumulaban el conocimiento se constituyeron en personajes de suma importancia y trascendencia para las culturas de dichas poblaciones²⁷. De esta forma, se producía la práctica de una

el chamán con el objetivo de identificar la enfermedad. (...) Es evidente que en este caso, el terapeuta no es un especialista acreditado por una Universidad, sino un mediador inspirado, un visionario en íntima aproximación con lo sobrenatural y misterioso de la existencia (...), debido a que el grupo en su convivir ha originado una forma de vida está en la creencia de que el chamán podrá curarlos, se hace posible la construcción social de la cura; creencia compartida por el chamán o terapeuta, el enfermo (especialmente en aquellos casos en que se da la curación) y finalmente por el grupo al que ambos pertenecen.” (AGUILÓ BONET, A. J., “El pensamiento mágico en la modernidad...”, op. cit., pp. 130-132).

²⁷ En este sentido;“ (...) encontramos que el mito que el *chamán* le comunica a su enfermo como explicación de su trastorno, se encuentra basado en un saber del cual el *chamán* es sólo transmisor, puesto que este saber se encuentra de antemano construido y sostenido a través de los tiempos por la tradición oral de la comunidad, y funciona como imperativo para el deber ser de la enfermedad, y que dirigido a ésta produce sujetos divididos, pues tanto el enfermo como el chamán quedan alienados en esta operación” (HOYOS, J. E., “Chamanismo y Medicina...”, op. cit., p. 6).

medicina por esos grupos sociales primitivos antes de que la escritura fuera desarrollada y se iniciara el registro de la historia²⁸.

En este sentido, es de destacar la importancia que tiene la introducción de la escritura en general y en la propia medicina en particular. Suele afirmarse por parte de la Historiografía que el descubrimiento de la escritura ha sido considerado el hito que permite marcar el final de la Prehistoria y el comienzo de la Historia, dada la primacía que otorga a las fuentes escritas frente a la cultura material, que estudia con su propio método la arqueología²⁹. Es decir, sin las propias fuentes escritas la medicina y la plasmación de sus particulares conocimientos no hubieran llegado a nosotros, considerándose en este sentido el saber manifestado por escrito de una especial y trascendental importancia.

La región conocida como Mesopotamia hace referencia al territorio que surge entre los ríos Éufrates y Tigris, en el Asia menor, ubicada en la actualidad en Irak, y es considerada una de las cunas de la civilización. En esta superficie se erigieron diferentes grupos humanos, dando lugar posteriormente a sucesivas culturas (la Sumeria, la Acadia, la Babilonia y la Asiria) desde aproximadamente el año 4000-4500 a. C. hasta la conquista por Alejandro Magno en el s. IV a.C.³⁰. Estas colectividades superaron la etapa nómada, atraídos por la confluencia de ambos ríos para constituir la forma sociológica de agrupación sedentaria, ya que proporcionaban las condiciones ideales

²⁸ PÉREZ TAMAYO, R., “*De la magia primitiva...*”, op. cit., p. 1.

²⁹ “La historiografía opera a manera de suplemento crítico (esto es, a modo de lectura) que persigue a la historia por doquier como una sombra. Contra lo que la fórmula “suplemento de lectura” parecía sugerir, lejos de venir después de la historia, la historiografía tiene lugar a la vez que ésta, si no es que estrictamente antes, como su condición de posibilidad.”(MAYER FOULKES, B., “El origen de la Historiografía: Historicidad, escritura y plus-de-goce”, *Psicología & Sociedades*; V. 21 Edición Especial: 43-50, 2009). Recordemos que la prehistoria es el período que comprende desde el inicio de la evolución humana hasta la aparición de los primeros testimonios escritos. En este sentido “la prehistoria es el período de tiempo previo a la historia, el que transcurre desde el inicio de la evolución humana hasta que aparecen los primeros testimonios escritos” (GARGANTILLA, P., *Breve historia de la medicina. Del chamán a la gripe A*, Ediciones Nowtilus S.L., Madrid, 2011, p.11).

³⁰ Así, las culturas dominantes en Mesopotamia en la antigüedad según la civilización que se asienta y el período aproximado del mismo son: los primeros asentamientos de los pueblos primitivos surgieron en el 10000 a.C., posteriormente la civilización sumeria en el 5000 a. C, la acadia, 15 siglos después y la asiria-babilónica en el año 1.800 a.C. (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., pp. 7-8).

para la agricultura, la ganadería y el comercio que fueron desarrollados por vez primera de un modo estable³¹.

Es en el periodo sumerio cuando surgió la escritura cuneiforme, compuesta de signos impresos de barro o piedra, utilizando cuñas para marcar en arcilla fresca o cinceles para la piedra. Por tanto, la escritura cuneiforme sumeria es la más antigua conocida por el hombre y que a lo largo de los siglos significará un hito sumamente importante: va a servir para transcribir diversas lenguas de diferentes estructuras, dando nacimiento a los diversos alfabetos del mundo^{32, 33}.

Las culturas mesopotámicas no sólo fueron innovadoras a la hora de introducir por vez primera la escritura y la constitución de las primeras civilizaciones sedentarias, sino que, además y en consecuencia a esos asentamientos desarrollaron dos notas históricamente revolucionarias hasta ese momento: la idea de la esclavitud por una parte, y el intercambio o trueque como un primer atisbo del comercio, por otra. La primera no se había mostrado necesaria, ya que, hasta el descubrimiento de la agricultura, esta forma de sujeción no se encontraba en ningún modo justificada y es a partir de ese momento cuando comienza la actividad depredadora de cautivar a otros hombres con el fin de cultivar esas tierras, permitiendo, al mismo tiempo, el ocio a la clase dominante³⁴. En lo que respecta a la aparición del intercambio o trueque, en el

³¹ Este proceso se conoce con el nombre de revolución urbana, caracterizada por dos fenómenos esenciales: por una parte, debido a la prestancia de la mujer en conservar y seleccionar las semillas sembradas en tierra fértil; y por otra, a partir de la cría de animales, en un primer momento salvajes, y que posteriormente fueron domesticados para constituir una importante reserva de carne. (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., p. 17).

³² El nacimiento de la escritura se encuentra ligada a dos factores, por lo menos de naturaleza muy diferente, como son por una parte el factor urbano y por otra, las cada vez mayores necesidades administrativas. La aparición de los códigos, sean éstos de la naturaleza que sean, está, en efecto, directamente relacionada con la de los grupos humanos, con la de las comunidades que comparten estos códigos, pero también con las funciones que se les pide cumplir a tales códigos (...) el caso es que el principio rector de la escritura había nacido: en lugar de contar sirviéndose de cierto número de "fichas" correspondientes a un universo, se indicaba este número de manera simbólica. (CALVET, L.J., *Historia de la escritura: de Mesopotamia hasta nuestros días*, Editorial Paidós, Barcelona, 2001, pp. 43-45).

³³ Los sumerios crearon el primer sistema de escritura conocido, hacia el 3200 a.C., con la finalidad práctica de registrar sus transacciones comerciales; pero hay fuentes muy tempranas sobre sus mitos, pensamiento religioso, conflictos bélicos y vida cotidiana. (CRESCENTINO, E., "La ley en Súmer y Babilonia", *Transoxiana* 3 - Noviembre 2001. En: <http://www.transoxiana.com.ar/0103/babilonia.htm>. (Última consulta en: 25/03/14).

³⁴ Hasta el descubrimiento de la agricultura, la esclavitud no tenía ningún sentido, pues el hecho de que se conservaran cautivos a los individuos de otras costumbres, de diferente lengua, constituía no sólo un peligro para el núcleo humano que los capturaba; sino más bocas que

momento en que surge la especialización de las labores humanas, ya no sólo era necesario que hubiera guerreros que protegieran al núcleo humano, sino que quedó patente la necesidad de diferentes actividades de otro tipo, tales como los artesanos, que produjeran distintos tipos de artículos de cerámica o de metal, propiciando de este modo el surgimiento del comercio, y con ello, la necesidad del transporte³⁵.

Para el hombre mesopotámico la enfermedad es un mal producido por los espíritus malignos, por los demonios que lo rodean, que espían todos los actos de su vida y que están dispuestos a actuar sobre él a la menor falta de protección de sus dioses³⁶. Pero los dioses no sólo castigaban a los pecadores afligiéndoles enfermedades, sino que también podían devolver la salud si se realizaban los ritos pertinentes³⁷. En este sentido, entendiéndose que la enfermedad es un castigo de los dioses, para el pensamiento de las civilizaciones de las culturas mesopotámicas existían diferentes mecanismos de llegada de dicho castigo a los hombres. Unas veces, las menos, la enfermedad era producida de modo directo por los dioses, que, de este modo, penaban al hombre pecador; otra explicación se fundamentaba en que los dioses no causaban directamente la enfermedad,

alimentar, en una comunidad permanentemente amenazada por el hambre. . (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., p. 18). Es probable, que al comienzo, los primeros pobladores sumerios poseyeran la tierra en forma comunitaria, pero muy pronto, con el desarrollo económico, las tierras quedaron en manos de tres propietarios: el templo, las familias más poderosas y el *Ensi*. Este último, además de fortalecer su poder político, acrecentó su caudal económico (...) los códigos sumerios no hacen ninguna referencia a los extranjeros residentes. Estos no gozaban ciertamente de los mismos derechos que los ciudadanos. Dejando de lado a los prisioneros de guerra sometidos a esclavitud perpetua, los sumerios tomaban una actitud pragmática con los extranjeros residentes. (NARDONI, E., “La justicia en la Mesopotamia antigua”, *Revista Bíblica*, Año 55, Nº52, 1993/4, pp. 193-214)

³⁵ Obviamente, la necesidad del transporte fue favorecida por el ya instaurado invento de la rueda (aproximadamente en el año 5000 a. C en Mesopotamia, es decir, durante unos de los primeros asentamientos durante el Neolítico en el fértil valle mesopotámico), junto con aquellas actividades en que se domesticaron animales de tiro y carga, haciendo posible en este sentido, la concentración de enormes núcleos humanos. (BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina...*, op. cit., p. 18).

³⁶ El hombre enfermo comenzaba su súplica recurriendo a su dios más cercano. Él era su amigo, su confidente cotidiano, el que le inspiraba las resoluciones importantes de su vida y a quien consultaba sus problemas; por eso era lógico que le expusiera también, antes que a cualquier otro, su grado de malestar. El dios personal no podía actuar directamente contra la enfermedad, su poder no llegaba a tanto, pero podía interceder como mediador ante un dios más importante. Si a pesar de todo persistía la enfermedad, se podía recurrir a los otros dioses, pero en estos casos ya habría intervención directa de los sacerdotes. (PAVIA-RUZ, N., CEBALLOS-QUINTAL, J.M., et als., “Magia, religión y medicina”, *Rev. Biomed.* 1998; 9: 192-198).

³⁷ CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 9. Este castigo sobrenatural podía extenderse a las generaciones siguientes, con lo cual se convirtió en costumbre indagar los pecados del enfermo o de sus ancestros, siendo el origen de la anamnesis histórica-médica actual.

sino que éstos, al enojarse con el pecador, le retiraban su protección, quedando la persona abandonada e inerte ante los demonios que se apoderaban de él y le causaban la génesis de enfermar. El último mecanismo patológico y el más raro y grave estaba causado como consecuencia de una práctica de magia negra, mediante la cual se podría provocar que un demonio se apoderase de una persona, al que se le causaba una determinada patología, o incluso la muerte³⁸.

Por otra parte, y tal y como ya ha podido atisbarse, la religión era esencialmente politeísta, teniendo un dios principal (*Enlil* y posteriormente, en el período Asirio-Babilónico, *Marduk*) y varios dioses secundarios, asignándole a cada uno de ellos funciones muy concretas, así como que existían dioses responsables para determinadas enfermedades, y otros privativos de la enfermedad en general³⁹.

En lo que respecta a la práctica de la medicina, aunque obtuvieron logros específicamente técnicos, ésta era ejercida esencialmente por sacerdotes e influenciada; fundamentalmente, por la práctica mágico-religiosa, que era la predominante y, como hemos visto más arriba, el origen de la “enfermedad”. Aunque estaba considerado como un proceso natural⁴⁰, era conceptualizado como antónimo de la “salud”, dependiendo de la mera intención de los dioses⁴¹. De este modo, se establecía una especie de relación entre “el error cometido por el paciente en su vida diaria” y “la consecución del castigo”⁴².

³⁸ PAVIA-RUZ, N., CEBALLOS-QUINTAL, J.M., et als., “Magia, religión...”, op. cit., pp.194-196. “En las culturas mesopotámicas, prevalecía la idea de que las enfermedades eran el castigo que los dioses imponían a los hombres que transgredían sus normas, aunque también algunas enfermedades podían ser causadas por maleficio de alguna persona o por el capricho de demonios errantes” (VEGA-FRANCO, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica”, *Salud Pública de México*, vol.44, No. 3, mayo-junio 2002).

³⁹ En este sentido, pueden consultarse en la obra de CAVAZOS y CARRILLO algunas de las deidades fundamentales tales como *Ea* (Diosa de la sabiduría y de la medicina) *Nergal* (Dios de la fiebre o de la peste (según BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 18), *Tin* (Dios relacionado con el dolor de cabeza), *Namtaru* (Dios del dolor de garganta) o *Gallú* (Demonio del insomnio). (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 9).

⁴⁰ SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea en Mesopotamia”, *Transoxiana* 2, Junio 2001, en: <http://www.transoxiana.com.ar/0102/enfermedad.html>. (Última consulta en: 25/03/14).

⁴¹ La enfermedad tenía su etiología en una falta que la persona hubiera cometido en su vida diaria, estableciéndose como una relación causa-efecto, extrapolable a los que se podría ver como error-castigo (...) los signos de una enfermedad se verían como la revelación de una mala conducta (GUERRERO, L., LEÓN, A., “Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica”, *Fermentum*, Año 18, nº 53, septiembre-diciembre 2008, p. 616.)

⁴². En este sentido, se hacía la lectura del fenómeno “ya que hay enfermedad, ha habido falta”, “los sumerios aceptaban las desdichas y las enfermedades como resultado de sus faltas, o

Así, como hemos visto líneas más arriba, la enfermedad estaba ligada a una conducta pecaminosa, o al menos, a un modo de castigo.

Podría hablarse de dos tipos de desarrollo de la medicina. Una era ejercida por médicos-sacerdotes⁴³ o “medicina de magos”⁴⁴, influenciada por la medicina mágica y asociada a la predicción a través de la observación del movimiento aparente de los astros, lo que propició el desarrollo de la astronomía y consecuentemente el de su “hermana mágica”, la astrología⁴⁵. Esta medicina sacerdotal o *gran medicina*, se practicaba en el Palacio y en el Templo, y su conocimiento iba pasándose de los médicos mayores a los menores, guardando el secreto de las artes curativas en unos sobres de arcilla, en los que se describían los síntomas de la enfermedad, en otro capítulo la forma de curarlo y, por último, el procedimiento para aplicar el medicamento⁴⁶. Por tanto, en lo que respecta a la practicidad de esa medicina sacerdotal, la misma se centraba en el interrogatorio al paciente en busca de la impureza moral como causa; la adivinación mediante técnicas astrológicas y adivinatorias, y el tratamiento a través de exorcismos, plegarias, rituales mágicos, conjuros, sin prescindir de las eventuales ofrendas de sacrificios. Dentro de la propia práctica de la medicina, no debemos obviar el recurso a la farmacopea sumeria, que, aunque en principio era bastante limitada (no hizo uso de experimentación ni de comprobación, ni tuvo en

de sus malas acciones, para ellos no existía ningún sufrimiento injusto” (SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea...”, op. cit., pp. 5-8). “Para los habitantes de Mesopotamia, la “enfermedad” era antónimo de “salud”, estableciéndose una relación causa-efecto, extrapolable a lo que se podría ver como error-castigo. (GUERRERO, L., LEÓN, A., “Aproximación al concepto de salud...”, op. cit., p. 618).

⁴³ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 20-21, “la medicina sacerdotal estaba confiada a una casta profesional, que hacía intercambio de conocimientos en los templos”; y CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 9.

⁴⁴ SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea...”, op. cit., pp. 7-ss. Los *Ashipu* realizaban exorcismos, y practicaban como remedios los “encantamientos”, recurriendo a procedimientos para ahuyentar a los seres infernales tales como la manipulación, la palabra y la elaboración de palabras mágicas.

⁴⁵ Así son gráficas las palabras “La predicción de estaciones era una necesidad básica para todo pueblo agrícola que necesita conocer la época propicia para las siembras y obtener en esta forma las mejores cosechas”; “la observación de los astros también condujo a la idea de los ciclos, de las transformaciones y de la metamorfosis”. (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 19); “la astronomía observacional se transformó en una herramienta de adivinación, pues se tenía la creencia de que los astros ejercían influencia y dominio sobre los objetos y seres terrestres” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 8).

⁴⁶ SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea...”, op. cit., p.8 y BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 20.

cuenta la dosificación ni la frecuencia del tratamiento), los testimonios encontrados (siendo relevante el llamado “Manual de medicina” hallado sepultado entre las ruinas de Nippur⁴⁷) demuestran amplios conocimientos en farmacología, por lo que una teoría extendida afirma que dicha omisión de información está justificada en la voluntariedad por parte de los médicos mesopotámicos de conservar en secreto sus fórmulas terapéuticas⁴⁸.

Por otra parte, además de esa medicina sacerdotal reservada y destinada para un limitado y privilegiado grupo poblacional, también se tiene conciencia de la existencia de una medicina empírica, cuya práctica resultaba desempeñada por los cirujanos empíricos o sanadores de rango inferior, que ejercía una medicina más “vulgar” (al igual que su condición social) y que al mismo tiempo realizaban otros trabajos como los de barbero, marcador de esclavos o mutilaciones ordenadas por la justicia⁴⁹. Esta diferenciación entre los practicantes de la medicina de una y otra casta es esencial a la hora de la aplicabilidad de una reglamentación médica específica: me refiero a la parte correspondiente a la legislación médica recogida en el Código de Hammurabi, y de la que trataremos unas líneas más abajo. Este texto jurídico está fechado alrededor de los siglos XX al XVIII a. C. (aunque la fecha mayoritariamente compartida entre los estudiosos oscila según las fuentes consultadas entre los años 1700-1800 a. de C.⁵⁰),

⁴⁷ El documento más antiguo que se conozca y que fue enterrado entre las ruinas de Nippur desde hace más de 4000 años es un escrito de un médico sumerio anónimo que recogió diversas recetas de medicamentos en los que utilizaba diversas sustancias animales, vegetales y minerales (SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea...”, op. cit., p.10); “este documento de barro es el más viejo manual de medicina conocido, encontrado bajo las ruinas de Nippur por más de 4 mil años (...) revela de manera indirecta que los sumerios poseían conocimientos amplios en materia química (...)” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 19-20).

⁴⁸ “Es lamentable que los textos omitan las indicaciones referentes a qué enfermedades aplicaban estos remedios (...) no se les puede asignar mucho valor, ya que la medicina sumeria no hizo uso de la experimentación ni de la comprobación. Otra omisión es la que se refiere a las cualidades de las sustancias usadas, la dosificación y la frecuencia con que se las administraba; esto hace pensar que los médicos guardaban en secreto sus prácticas terapéuticas” (SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea...”, op. cit., p.10).

⁴⁹ SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea...”, op. cit., p. 9; “existían también unos sanadores de rango inferior, una especie de cirujanos-barberos a los que se refiere el Código con estas leyes tan implacables y duras” (SAMPEDRO, A., BARBÓN, J.J., “Los ojos en el Código de Hammurabi”, *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.*, 2009; 84: 221-222).

⁵⁰ En realidad, la época de promulgación del Código de Hammurabi, o más bien la época en la que dicho soberano reinó, es objeto de controversias entre los historiadores que la ubican entre los años 2123 a 1686 a. de C; “no hay un acuerdo unánime sobre la época en que reinó Hammurabi y las opiniones varían según los historiadores, de 2123 a 1686, a. de C. (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 19-20). Algunas de las fechas

escrito que fue proclamado por el sexto rey de la I dinastía de Babilonia, cuyo nombre merece el propio texto legal. Suele ser denominado como Código de Hammurabi, aunque en realidad se trata de “más bien una colección de jurisprudencia o de sentencias judiciales”⁵¹ o de “una recopilación de leyes y costumbres mucho más antiguas”⁵². Este texto recoge 282 sentencias o preceptos, estableciendo una consecuencia jurídica o castigo (multa pecuniaria, pena de mutilación e incluso la muerte) para cada agresión o daño producido⁵³.

Es de destacar, que el mencionado texto representa la estructura de una sociedad dividida en tres clases sociales: los *awilum* (patricios), los *muskenum* (plebeyos) y los *wartum* (esclavos)⁵⁴. Los primeros podían ser dependientes del monarca, ocupando puestos en la administración, el clero, la justicia o podían ser profesionales independientes como los médicos, albañiles o artesanos. Los *muskenum* eran una clase intermedia entre los patricios y los esclavos, como los pequeños agricultores y los jornaleros de diverso tipo, y, de hecho, constituían la masa de la población, pudiendo ser explotados por los nobles y poderosos. Los *wartum* o esclavos, por su parte, podían

consideradas son “alrededor de 1700 años antes de la era cristiana” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 9); “Fechado en 1753 a.C., escrito en acadio” (CRESCENTINO, E., “La ley en Súmer...”, op. cit., p. 6); “bajo el reinado de Hammurabi (1792-1750) fue promulgado el Código” (SPIELVOGEL, J.J., *Civilizaciones de Occidente*, International Thomson editores, México, 2003, p. 10); “el Código de Hammurabi (hacia el año 1800) dedica 13 artículos a la práctica de la profesión médica” (VALVERDE LOPEZ, J.L., *Estudios sobre Ética Farmacéutica*, Ediciones Doce Calles, Madrid, 1999, p. 78); “un ilustre descendiente fue Hammurabi (1728-1696 a.C.) que se preocupó por la estabilidad interna de su dominio(...) de esta preocupación nació la idea de su famosa obra: su código” (NARDONI, E., “La justicia en la Mesopotamia...”, op. cit., pp. 202-203); “Hammurabi (1792-1752 a.C.) proclamó en torno a 1752 a.C., un edicto o código” (SAMPEDRO, A., BARBÓN, J.J., “Los ojos en el Código de Hammurabi...”, op. cit., p. 21), aunque en algunas ocasiones quizás esas fuentes no hayan diferenciado entre la cronología breve o la media, justificando de este modo las diferentes consideraciones temporales.

⁵¹ NARDONI, E., “La justicia en la Mesopotamia...”, op. cit., p. 203.

⁵² BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 21 y CRESCENTINO, E., “La ley en Súmer...”, op. cit., p. 7.

⁵³ Este texto busca la armonización de las tradiciones sumerio-acádicas, además de la implantación de justicia en el pueblo, tal y como expresamente proclama el texto: “yo escribí mis palabras preciosas en mi estela para que se haga justicia al oprimido”, así como la protección del débil (NARDONI, E., “La justicia en la Mesopotamia...”, op. cit., p. 203-204), pero, indudablemente, lo que puede desprenderse de la lectura del articulado es la absoluta búsqueda y la necesidad de orden del Estado frente a la insignificante vida humana, que podía cercenar ante cualquier comportamiento que supusiera una alteración del orden establecido.

⁵⁴ NARDONI, E., “La justicia en la Mesopotamia...”, op. cit., p. 203. Según CRESCENTINO, se reglamenta en tres clases sociales: los hombres libres (miembros de la nobleza y funcionarios), los hombres semi-libres y los esclavos que eran considerados como cosas, por lo que podían ser objeto de comercio. (CRESCENTINO, E., “La ley en Súmer...”, op. cit., p. 7).

ser originariamente prisioneros de guerra o personas libres sometidas a esclavitud por insolvencia. A la hora de la imposición de las penas y sanciones pecuniarias, el texto del código evidencia que es la clase social la que determina la medida en que la persona es retribuida, lo que implica que la equidad no significa que todas las personas tienen los mismos derechos, sino que cada uno tiene los derechos que pertenecen a su nivel social propio⁵⁵.

En lo que respecta a la práctica profesional de médicos y veterinarios, existen 12 preceptos que las regulan. Se trata de una regulación dura e implacable, ya que el fracaso de una cirugía aplicada en un hombre libre tenía como castigo la pérdida de la mano del cirujano, mientras que el éxito de una intervención en un hombre de esa misma clase social sólo le reportaba 10 siclos de plata (unos 80 gramos de plata). El castigo y la recompensa variaban en cada caso dependiendo de la casta a la que perteneciese el propio paciente⁵⁶. No obstante, una cuestión de especial trascendencia es la realidad de que no todos los médicos existentes en los pueblos mesopotámicos estaban sometidos por igual a lo preceptuado en dicho código. Así, en principio parece que la práctica de la medicina desempeñada por parte de los médicos-sacerdotes, no estaba sometida a dicha legislación, pero sí la que llevaban a cabo esos sanadores de rango inferior (cirujanos o barberos), cuya actividad es la que parecía regular de un modo expreso el propio código⁵⁷.

⁵⁵ Así, en los arts. 196 al 199 del código son representativos los siguientes preceptos: “Si uno ha sacado el ojo a un *awilum*, se le sacará un ojo”, pero “si uno ha sacado un ojo a un *muskenum*, pagará una mina de plata”. En cambio, “si uno ha sacado un ojo a un esclavo, pagará la mitad de su precio”. Así, puede demostrarse que la intimidación y el temor son los métodos de disuasión para eliminar el delito y conservar la convivencia social (SAMPEDRO, A., BARBÓN, J.J., “Los ojos en el Código de Hammurabi...”, op. cit., p. 222).

⁵⁶ En este sentido, la redacción del propio código establecía en lo que respecta a las recompensas a cambio de una intervención exitosa: “Si un hombre ha tratado a un hombre libre, con un cuchillo metálico, por una herida grave y lo ha curado, o por un tumor, y ha curado su ojo, recibirá diez siclos de plata”; “Si ha tratado a un esclavo, el amo de éste le entregará dos siclos de plata”; en cambio, los castigos se mostraban lapidarios: “Si un médico ha tratado a un hombre con un cuchillo metálico, por una herida grave, y le ha causado la muerte o ha abierto un tumor en un hombre, con un cuchillo metálico, y le ha destruido el ojo, se le amputarán las manos”, pero, “si un médico ha tratado al esclavo de un plebeyo, con un cuchillo metálico, por una herida grave y le ha provocado la muerte, entregará esclavo por esclavo” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 21).

⁵⁷ En este sentido “existían también unos sanadores de rango inferior, una especie de cirujanos-barberos a los que se refiere el Código con estas leyes tan implacables” (SAMPEDRO, A., BARBÓN, J.J., “Los ojos en el Código de Hammurabi...”, op. cit., p. 222), o “la práctica de la medicina de los sacerdotes estaba libre de censura o de crítica, pero los cirujanos empíricos debían ajustarse a las normas establecidas en el código de Hammurabi”

Así, ya desde tiempos bien remotos, puede observarse que se comenzó a realizar una distinción entre esos privilegiados médicos-sacerdotes que centraban su actividad en técnicas adivinatorias y mágico-religiosas y otros, pertenecientes a una clase social inferior, los sanadores o médicos, con funciones eminentemente empíricas, y sujetas a una estricta regulación médica. Por primera vez en la historia, y como primigenio precedente, este hecho va a sentar precedente a lo largo de los siglos en la evolución de la historia médica.

1.2.2. El Antiguo Egipto. La medicina sacerdotal

Además de las culturas nacientes en los valles mesopotámicos, que anteriormente hemos descrito, a la orilla de otro río, el Nilo, floreció otra civilización aproximadamente en esa misma época, el Antiguo Egipto. Aunque la cultura de los egipcios nos resulte algo extraña, ya que la cultura occidental está directamente influenciada bajo la evolucionada cultura grecorromana, el espíritu de Egipto está estrechamente vinculado con el de la Antigüedad clásica, ya sean considerados los comienzos del arte y de la ciencia, o se atienda a la administración política altamente desarrollada⁵⁸. Por ello, en este trabajo centrado esencialmente en la evolución de la medicina occidental y su vinculación con los propios derechos humanos en general y los derechos de los pacientes en particular, no debemos obviar, al igual que en lo que respecta a las culturas mesopotámicas, el estudio de esta apasionante y, en numerosas ocasiones, desconocida civilización, cuya duración se extendió en el tiempo unos 3500 años⁵⁹. En realidad se considera que los primeros asentamientos aparecieron durante el Pleistoceno, aproximadamente 11000 años a. C.; unos 6000 años a. C. florecieron las culturas predinásticas; y la primera dinastía surgió cerca del año 3000 a. C., tras unirse los reinos del Alto y del Bajo Egipto con el rey de Menes⁶⁰.

La religión egipcia era esencialmente politeísta, asignando a cada dios una función o protección específica, y cada distrito solía tener su propia divinidad local, representados

(CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 9), o “existía una clase de cirujanos que ejercía una medicina más baja (...) el Código de Hammurabi lo ubica como artesano, fijando sus honorarios” (SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea...”, op. cit., p. 9).

⁵⁸ ARIAS CONDEMINAS, J., *Tutankhamon*, Enciclopedias de Gasso, Barcelona, 1971, pp. 14-15.

⁵⁹ BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 30.

⁶⁰ CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 11.

a partir de formas humanas o animales⁶¹. Así, el rito solar estaba dedicado a Ammón o Ra, identificado con Horus o dios del sol naciente en el Bajo Egipto, dios que redimía a sus fieles de la muerte y los elevaba vivos al cielo, extendido entre la clase gobernante. Mientras, en las clases populares, predominaba el culto a Osiris, que era el dios terrestre, de ultratumba o del sol poniente, del reino de las sombras⁶². No obstante, en la época del Imperio Medio (a partir del año 2000 a. C.), Ammón, que era el dios local de Karnak, debido al engrandecimiento de los faraones de las dinastías XI y XII, fue elevado a divinidad nacional⁶³.

Según las leyendas, el dios médico originario fue *Toth*, quien curó a *Horus* de la picadura de un escorpión⁶⁴, o del daño que en combate propició el dios *Seth* a su sobrino *Horus*⁶⁵; y por lo tanto era invocado sistemáticamente para la cura de enfermedades. No obstante, ha sido el culto al dios *Imhotep*, primer ministro del Faraón Diozer, Djoser o Zoser (2600 a. C.), el más destacado y extendido en lo que se refiere a la medicina mágica egipcia⁶⁶. *Imhotep* fue no sólo una personalidad política de su época, sino además, un sumo sacerdote, astrónomo, arquitecto y médico; que tal fue su fama como sanador, que fue deificado mil años después de su muerte. Así, como Dios de la

⁶¹ Así, el dios Ra o Re, dios del sol, adquiere múltiples aspectos tales como un escarabajo, un cabeza de un halcón, etc. (PUIGBO, J. J., “El papiro de Edwim Smith y la civilización egipcia”, *Gac Méd Caracas*, jul. 2002, vol. 110, pp. 378-385).

⁶² BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 30.

⁶³ “La conversión de Amón en dios absoluto y su elevación al rango de dios real, transformó a Tebas en el centro religioso del país, desplazando la supremacía que habían ostentado Heliópolis, Hermófolis y Menfis” (ARIAS CONDEMINAS, J., *Tutankhamon...*, op. cit., pp. 92-93), “Amón fue elevado a la categoría de dios oficial durante el Imperio Medio” (PUIGBO, J. J., “El papiro de Edwim Smith...”, op. cit., p. 380).

⁶⁴ “*Toth*, el dios médico, a quien se le representaba con la cabeza de Ibis, quizás porque esta ave se introducía el largo pico por el recto, y les dio la idea del primer enema; fue quien curó a Horus de la picadura de un escorpión (...)” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 27).

⁶⁵ En este sentido, “uno de los más importantes amuletos era el llamado *Udja*, que representaba el ojo del dios Horus. Una leyenda egipcia narraba la historia de un combate épico entre el dios *Seth* y su sobrino Horus, a raíz de haber asesinado el primero a su hermano el dios Osiris, padre a su vez de Horus. En dicha lucha, *Seth* había dañado severamente los ojos de Horus, que el sabio dios *Toth* los sanó y luego tomó uno de ellos para resucitar a Osiris” (MUSSO, C. G., ENZ, P., “Los orígenes del récipe (rp/) en las recetas médicas. Del Antiguo Egipto a la medicina moderna”, aceptado el 21 de julio de 2005. En URL: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar> . (Última consulta: 26/03/14); “*Horus*, fue curado de un ojo por *Toth* (...)” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 12).

⁶⁶ CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto”, *Paediatrica*, Volumen5, N°1, Ene-Ago, 2003, pp. 44-50.

medicina, los griegos lo conocieron con el nombre de *Asclepios* y los romanos como *Esculapio*⁶⁷.

En un principio, fueron los templos los principales centros de enseñanza de la profesión médica, lo que indica el carácter religioso y mágico de la misma, por lo que, pese a sus destacados avances en el campo empírico, no logró evadirse de la creencia en la magia y en los encantamientos como medio de combatir las enfermedades. Al considerar la enfermedad como un desequilibrio de las relaciones de seres sobrenaturales y la salud, sólo podía restablecerse mediante métodos mágicos para expulsar del cuerpo los malos espíritus, por lo que esos dioses sanadores eran invocados para obtener la salud⁶⁸. Por tanto, fueron los sacerdotes quienes llevaban la denominación de médico y, desde tiempos muy remotos, existían los llamados Médicos Reales, cuyos jefes eran funcionarios de un rango muy elevado, incluso algunos relacionados de modo directo con el Faraón, y que se denominaban “Médico Superior”⁶⁹. Así, estos templos-escuela o “casas de la vida” eran el lugar donde los aprendices, en general hijos de buena familia, se iniciaban a diferenciar las diferentes partes del cuerpo humano, así como a la identificación de enfermedades, y técnicas variadas como el ajuste del calendario, a dar consejos teológicos o jurídicos y a redactar inscripciones oficiales o conservar los textos. Debido a tan altas funciones, dichas instituciones se encontraban bajo la protección de los soberanos⁷⁰.

Como en Mesopotamia, la enfermedad en esta cultura tenía aspectos mágico-religiosos⁷¹. Suponían que la patología casi siempre era resultado de potencias hostiles al hombre, como el clima o los traumatismos; así como de las potencias ocultas y no reducibles a un examen objetivo, como los “castigos de los dioses”, “acciones malévolas de los enemigos” o “venganza de los difuntos”. Por tanto, ante este planteamiento, era necesario recurrir a poderes no racionales, por lo que medicina y

⁶⁷ CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p.44. En su labor como arquitecto, quizás su obra más destacada sea la Pirámide Escalonada de Saqqara o de Djoser (ya que fue construida para este faraón), considerada como la “primera construcción en piedra hecha por el hombre y que ha durado hasta nuestros días”. (PUIGBO, J. J., “El papiro de Edwim Smith...”, op. cit., pp. 380-381); CRUZ-COKE, R., “Peregrinaciones a las fuentes de la medicina clásica”, *RevMed Chile*, 2007; 135: 1076-1081.

⁶⁸ CRUZ-COKE, R., “Peregrinaciones a las fuentes...”, op. cit., p. 1079.

⁶⁹ CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p. 44.

⁷⁰ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 28-29.

⁷¹ LERMA AGUDELO, C., “Arte, humanismo y cirugía...”, op. cit., p. 209.

magia estaban estrechamente vinculadas⁷². Quizás una de las manifestaciones más patentes en este sentido era el pensamiento casi permanente en la propia muerte, “entendiendo la vida terrenal como si fuere una imagen fugaz del espectro de lo que sería su vida eterna”⁷³. Por ello, un rango distintivo de esta cultura recae en la reencarnación del alma en su antiguo cuerpo terrenal, motivo por el cual desarrollaron las técnicas de la momificación ritual y el embalsamiento, cuyo objeto era el de la preservación del cuerpo con el fin de que éste fuera “reutilizado” en otra vida potencial. Por tanto, el proceso de embalsamar cadáveres era un acto predominantemente religioso, realizado en unos recintos especiales denominados “casa de los muertos”⁷⁴.

Los modos de embalsamiento y posterior momificación eran diferentes según estuvieran reservados a individuos pertenecientes a una u otra clase social, y así, las destinadas a personajes importantes, estaban envueltas en una gran carga ceremonial y repletas de técnicas rituales⁷⁵.

Además de la medicina con estrechas vinculaciones mágico-religiosas llevada a cabo fundamentalmente por esos médicos-sacerdotes, también se conoce la existencia de la práctica de técnicas médicas empíricas, tal y como se demuestra en diversos escritos de la cultura egipcia. No obstante, debe considerarse que, pese a su gran capacidad para las realizaciones prácticas, esta cultura fue incapaz de desarrollar un pensamiento abstracto, debido al inmenso poder de la cultura faraónica religiosa, excluyente y absoluta⁷⁶, por lo que la medicina predominante fue la que hemos considerado en el anterior apartado.

En primer lugar es de destacar el acto médico de recolección de datos, que aunque en un principio es una actuación ceremonial, en el mismo se interrogaba al enfermo sobre

⁷² Así, los egipcios se protegían de los hechizos y de la mala suerte (entre los que incluían en ocasiones la enfermedad) por medio de amuletos a modo de adornos. (CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., pp.47-48).

⁷³ VEGA FRANCO, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud...”, op. cit., p. 259; GUERRERO, L., LEÓN, A., “Aproximación al concepto de salud...”, op. cit., pp. 618-619.

⁷⁴ CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 13; BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 30; BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 30.

⁷⁵ Existían tres clases de embalsamientos: los de primera clase, reservada a nobles y a ricos; los de segunda para la clase media; y los de tercera, que eran para los pobres, y que consistían en lavar simplemente el cadáver y dejarlo macerar en una solución de lejía alcalina o natrón. El precio, obviamente, era diferente según la utilización de una u otra técnica. (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 30).

⁷⁶ CRUZ-COKE, R., “Peregrinaciones a las fuentes...”, op. cit., p. 1078.

sus dolencias y síntomas. También se realizaban una serie de maniobras, como la inspección corporal o la palpación⁷⁷; para posteriormente emitir un diagnóstico médico con el correspondiente tratamiento con instrucciones precisas, pudiendo ser el pronóstico leve, reservado o grave⁷⁸. Por tanto, a pesar del misticismo, parece que algunas actuaciones para contrarrestar la enfermedad se fundamentaban en la observación y en la experiencia, acorde con un conocimiento empírico-racional⁷⁹. Por otra parte, desde tiempos antiguos, los enfermos acostumbraron a explicar no sólo los síntomas que aquejaban, sino además, los remedios utilizados contra los mismos; y estos datos eran inscritos por parte de los mismos sacerdotes en los templos, convirtiéndose de este modo en los principales depósitos de estos registros; pudiendo todo enfermo acceder con libertad a los mismos, como si de cualquier archivo público se tratase⁸⁰.

Por otra parte, algunas de esas observaciones objetivas han quedado plasmadas en diversos papiros egipcios, entre los que destacan el de Ebers y el de Edwin Smith, en los que se recogen los signos que se asocian a algunas dolencias, acompañados de recetas y fórmulas mágicas⁸¹.

En lo que respecta al papiro de Ebers (s. XVI a. C.), es un documento en el que se realiza la descripción de varias enfermedades, incluyendo una serie de tratamientos

⁷⁷ Puede afirmarse que los médicos egipcios describieron lo que actualmente se conoce como semiología médica, siendo los primeros en describir maniobras médicas como la inspección, la palpación y auscultación como medio de obtener información del cuerpo de sus pacientes. (MUSSO, C. G., ENZ, P., “Los orígenes del récipe (rp/) en las recetas médicas...”, op. cit., p. 86).

⁷⁸ En este sentido, “El médico debía determinar :
-“Enfermedad que puedo tratar”
-“Padecimiento que quiero combatir”
-“Desgracia que escapa a mis conocimientos y experiencia” (...) En los casos en que la dolencia no podía ser tratada, se colocaba al enfermo lo más cercano posible y se dejaba su curación en manos de “La Suprema Guaritrix...”, permitiéndose abandonar a los enfermos pobres y con padecimientos incurables en el desierto (...)”. (CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p.47). En realidad no sabemos si “este abandono” se realizaba contando o no con el consentimiento del enfermo, pero cabe suponer que éste ni siquiera se plantease la posibilidad de decisión propia.

⁷⁹ GUERRERO, L., LEÓN, A., “Aproximación al concepto de salud...”, op. cit., pp. 617-618.

⁸⁰ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 29.

⁸¹ BADILLO ABRIL, R., “Medicina en la Antigüedad Clásica: El primer paradigma en su historia”, *SALUS UIS*, 2004; 36: 175-182. En URL: <http://gavilan.uis.edu.co/~reybad/docencia/asignatura1/pdfs/material2.pdf> (Última consulta: 26/03/2014).

médicos, así como encantamientos mágicos⁸². Su primera traducción data del año 1890⁸³ y es un rollo a modo de compendio de medicina de más de 20 metros de longitud, como una *Enciclopedia Médica* para los estudiantes de la época en el que se incluyen 870 casos de medicina general, aunque matizados con elementos mágicos y religiosos así como exorcismos⁸⁴. Entre los tratamientos médicos, el papiro de Ebers contiene cerca de mil recetas en las que incluían componentes de lo más variado, desde vegetales como plantas medicinales conocidas en la actualidad, a sustancias minerales y restos procedentes de los más diferentes e inverosímiles orígenes.⁸⁵ Por otra parte, también describieron de modo muy precoz diferentes fórmulas magistrales, así como modos de administración muy variados⁸⁶.

En cuanto al papiro de Edwin Smith, debe su nombre a un aventurero y traficante de antigüedades nacido en Connecticut en 1822, (precisamente el mismo año en que se logró descifrar la escritura egipcia), que adquirió dicho documento a Mustafá Aga en el año 1862⁸⁷. Este texto data del s. XVII a. C., por lo que su antigüedad es de unos 5000

⁸² BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 30; BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 29.

⁸³ GARCIA BARRENO, P., “De la trepanación a la cirugía virtual”, *Arbor* CLXXVII, 698 (Febrero 2004), pp. 365-417. En: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor> (Última consulta: 26/03/2014).

⁸⁴ En él se incluyen actividades médicas tales como la de “poner la mano en la región precordial, para sentir y analizar la contracción cardíaca” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 29); describieron de modo práctico enfermedades del aparato digestivo: “cuando visites a un hombre que tiene una oclusión en el estómago, demasiado grave para tomar un pan (...), si encuentras su vientre caliente, mientras haya una obstrucción en su estómago, entonces dirás: es una afección de hígado”; respecto al sistema nervioso, trataron las cefaleas y realizaron trepanaciones craneales (CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p. 46).

⁸⁵ “Ciertos ungüentos estaban compuestos de hasta 37 ingredientes diferentes, como sangre de lagarto, secreciones de oído de cerdo, excrementos de niño, asno, perro, hipopótamo...etc.” (Ibídem, p. 48).

⁸⁶ “Describieron diferentes formas de preparar éstas, ya sea en forma de píldoras, supositorios, óvulos vaginales, etc., y conocían recetas para preparar enemas, cataplasmas, ungüentos y vomitivos”. (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 33); en parecido sentido “se administraban las drogas en ciertos pastillitos utilizados como vehículos, con instrucciones similares a las que se indican en la actualidad sobre dosis, horarios y modos de empleo” (CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p. 49); o “podían administrar medicamentos por enema o mediante vía oral. En ocasiones se administraban remedios vía vaginal, ya sea mediante tampones o tomando baños de asiento” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 16).

⁸⁷ GONZÁLEZ FISHER, R.F., FLORES SHAW, P. L., “El papiro quirúrgico de Edwin Smith”, *An Med (Mex)*, 2005; 50 (1): 43-48.

años, y por lo tanto, al menos una generación más antiguo que el de Ebers⁸⁸. Su contenido es predominantemente quirúrgico, exponiendo una serie de problemas clínicos que van desde la cabeza a los pies, fundamentalmente especializado en heridas, por lo que puede considerarse el tratado de cirugía más antiguo conocido⁸⁹. En este sentido, el papiro consta de 17 columnas escritas en la parte anterior (recto o anverso) que constituyen el tratado quirúrgico propiamente dicho que abarca 48 casos, dividido cada uno en 4 a 5 secciones (título, evaluación, diagnóstico, tratamiento -si era aconsejado- y comentarios)⁹⁰. En la mayoría de los cuales se describen de modo sistemático las heridas y lesiones, así como su tratamiento con diferentes alternativas según su pronóstico⁹¹.

Una cuestión que ha quedado sin dilucidar en la actualidad y de la que se presentan diferentes opiniones, es la referente a la autoría de la obra del papiro de Edwin Smith. Debido a la época en la que fue escrito y a la evidencia de su calidad científica y de los avanzados conocimientos médico-quirúrgicos que posee, existen teorías que quieren atribuir su elaboración al ya nombrado médico y arquitecto, *Imhotep*. No obstante, debido a la fuerte ruptura con la medicina mágica y religiosa que demuestra este papiro, y la pertenencia de este personaje a la clase sacerdotal, la mayoría de los autores desechan esta teoría⁹².

⁸⁸ BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 30.

⁸⁹ CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p.46; GONZÁLEZ FISHER, R.F., FLORES SHAW, P. L., “El papiro quirúrgico...”, op. cit., p. 45; GARCIA BARRENO, P., “De la trepanación...”, op. cit., p. 365.

⁹⁰ En esta colección se señalan 27 casos de trauma cráneo-encefálico (1-27), 6 de cuello y garganta (28-33), 2 casos de trauma de clavícula (34-35), 3 traumas braquiales (36-38), 8 traumas de esternón y costillas (39-46); 1 trauma dorsal o de hombros (47) y 1 de la columna vertebral (48). Sobre estos aspectos pueden consultarse: PUIGBO, J. J., “El papiro de Edwim Smith...”, op. cit., pp. 386-387; KRIVOY, A., KRIVOY, J., KRIVOY, M., “Aspectos neuroquirúrgicos parciales del Papiro de Edwin Smith”, *Gac. Méd. Caracas* 2002; 110(3): 386-391; LOPEZ ESPINOSA, J. A., “Una rareza bibliográfica universal: el Papiro médico de Edwin Smith”, *ACIMED*, 2002; 10(3): 9-10.

⁹¹ CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p. 47.

⁹² Entre quienes pretenden atribuir la autoría a *Imhotep* se encuentran KRIVOY “*Imhotep* vivió bajo la III dinastía del imperio antiguo, y se le atribuye la autoría del papiro” (KRIVOY, A., et als, “Aspectos neuroquirúrgicos parciales...”, op. cit., p. 387), PUIGBO citando al propio James Henry Breasted “se ha postulado la tesis por el egiptólogo americano James Henry BREASTED, que *Imhotep* fue el autor del mismo texto (...) esta tesis resulta atractiva y plausible, y cabe pensar que sólo un personaje de gran influencia en ese tiempo era capaz de dar un paso tan trascendental en la evolución de la medicina” (PUIGBO, J. J., “El papiro de Edwim Smith...”, op. cit., pp. 381). En sentido contrario GONZÁLEZ FISHER “el papiro es más objetivo y menos mágico, lo cual no corresponde a la investidura de *Imhotep*”, e incluso

En este sentido, podría afirmarse que, antes del descubrimiento de este papiro, la medicina egipcia se fundamentaba en un carácter predominantemente empírico-mágico, pero el contenido de dicho manuscrito evidencia de modo patente una fracción empírica y racional en esta cultura⁹³. En resumen, se constata el abismo existente en la época entre los médicos y los cirujanos, ya que este documento es el único de los que se han podido recuperar hasta ahora que se dedica por entero a cuestiones quirúrgicas⁹⁴. Así, no debe obviarse, que una cosa es la medicina, y otra muy diferente los individuos que practican la misma, y parece que entre los médicos existían diferentes jerarquías, como los médicos-sacerdotes por una parte y los médicos laicos por otra. Los primeros gozaban de un mayor prestigio, y se hacían llamar a sí mismos videntes o los más “grandes de los médicos”⁹⁵. Los médicos laicos eran una especie de funcionarios retribuidos para cuidar gratuitamente a los enfermos, constituían una clase y realizaban su ejercicio profesional bajo la vigilancia del Estado, garantizando al público la calidad de su asistencia⁹⁶. Tampoco debe olvidarse que los médicos egipcios estaban altamente especializados, incluso exageradamente, y llegó a haber facultativos para el diagnóstico de una o pocas enfermedades o de uno o pocos órganos del cuerpo⁹⁷.

Por tanto, la medicina egipcia se fundamentó básicamente en diversos elementos diferenciados: por una parte en la creencia en la magia y en los encantamientos para tratar las enfermedades; en la observación e inspección seguidas del diagnóstico por

refiriéndose a BREASTED y a HUSSEIN “BREASTED sugiere que el autor pudo ser un cirujano militar debido a la gran frecuencia de lesiones traumáticas que se presentan; sin embargo HUSSEIN considera que los egipcios no eran un pueblo bélico, sino constructor” y LOPEZ ESPINOSA “el estudio del documento permite notar el abismo existente en su época entre los médicos y los cirujanos (...) para esta cultura la enfermedad era resultado de la posesión de espíritus malignos (...) esto indica claramente que el autor del papiro no era miembro de la clase sacerdotal” (LOPEZ ESPINOSA, “Una rareza bibliográfica universal...”, op. cit., pp. 3-4).

⁹³ LAÍN ENTRALGO, P., “Los orígenes del diagnóstico médico”, *Acta Hispanica ad ~Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, DYNAMIS, Vol. 1, 198 1, pp. 3- 15.

⁹⁴ LOPEZ ESPINOSA, J. A., “Una rareza bibliográfica universal...”, op. cit., p. 3.

⁹⁵ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 35.

⁹⁶ CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto...”, op. cit., p.44; BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 35.

⁹⁷ “Había médicos especialistas de los ojos, de la cabeza, del abdomen, de cirugía, de los dientes, de enfermedades invisibles (...) e incluso para enfermedades imaginarias” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 34-35); “en Egipto había especialistas médicos dedicados a un tipo particular de padecimientos, entre ellos, oftalmológicos, ginecológicos, de los dientes e incluso veterinarios” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 15).

otra; y en el empirismo terapéutico mediante intervenciones quirúrgicas así como el empleo de remedios vegetales, minerales y animales.

1.3. La medicina hebrea y la llegada del monoteísmo. La introducción de la asistencia igualitaria al enfermo

El pueblo hebreo tuvo su origen en Mesopotamia, por lo que comparte con esas civilizaciones el origen de algunas costumbres⁹⁸, aunque entre ambas culturas existen profundas diferencias. Quizás, la mayor nota divergente entre unas y otras es el pensamiento casi permanente en el principio teocrático monoteísta, que ha permanecido prácticamente incólume a lo largo de los siglos. No obstante, dicha concepción monoteísta fue posterior a las prácticas politeístas primitivas, influenciadas directamente por los pueblos vecinos, pero que rápidamente fueron desechadas, y en realidad, no puede hablarse de una existencia real de los hebreos antes de Abraham⁹⁹.

En este sentido, las principales fuentes de información fueron los textos bíblicos y talmúdicos, en los que se describen las leyendas, tradiciones y leyes, comprendiendo un período de casi dos mil años, entre las que se encuentran diversas referencias médicas, procedentes en múltiples ocasiones del exterior, pero que fueron absorbidas con el particular filtro del sistema moral del pensamiento israelí antiguo¹⁰⁰. La principal idea que subyace en la conciencia del pueblo hebreo antiguo y que ha perdurado, es la concepción de un Dios único y verdadero, que dicta una exclusiva y excluyente justicia verdadera, de tal modo que la idea de una “religión creada por el pueblo” fue sustituida por la de un “pueblo elegido” para imponerse, con la ayuda divina, a los demás

⁹⁸ En realidad, los judíos fueron esclavizados por los egipcios en tiempos de Ramses II, y tras su éxodo hacia su tierra prometida en Jerusalén, fueron conquistados y esclavizados por los babilonios en el s. VI a. C. (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 17).

⁹⁹ “Los hebreos emigraron a Palestina encabezados por el patriarca Abraham, que se volvió devoto de un solo dios cuando se produjo el milagro de su descendencia a la edad de los 100 años, tal y como consta en el Antiguo Testamento” (Génesis, 17: 1-27), o tal y como cuenta el Deuteronomio “Escucha, Israel: Yahvé, nuestro Dios, es Yahvé-único” (Deuteronomio, 6:4); “Los documentos que existen acerca del inicio del antiguo pueblo hebreo son similares en tradiciones a los de otros pueblos de la región, excepto en el contenido religioso” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 39); en parecido sentido “Todo comenzó alrededor del año 2000 a. C., con el patriarca Abraham, cuya familia sería llamada a jugar un papel decisivo en la evolución espiritual de la humanidad”. (GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina*, Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1987, p. 39).

¹⁰⁰ “El Talmud reúne la tradición hebrea alejandrina y la mesopotámica” (BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., pp. 31-32).

pueblos¹⁰¹. Esta característica es sumamente importante en la cultura particular de un determinado pueblo: el monoteísmo determina la no aceptación hacia otro tipo de deidades, no permite la existencia de ningún otro dios, a diferencia de los politeísmos, que sí lo admiten¹⁰².

Realizando una especie de paralelismo en su pensamiento, la misma concepción monoteísta de Dios como único salvador, fue aplicada de igual modo al campo de la medicina. En este sentido, a esa altísima divinidad le correspondía la función de curar, separándose así de las creencias de otros pueblos antiguos, y reconociendo a ese Dios la fuente de la salud, pero también, la de los males. Por tanto, el origen de las enfermedades se fundamenta en un “merecido castigo” o “en un efecto del pecado”¹⁰³. Por otra parte, también es importante destacar que, aunque los hebreos admitían una causa sobrenatural para las enfermedades, no creían en la influencia de malos espíritus o demonios, sino que Yahvé era el único administrador de la salud individual y colectiva¹⁰⁴.

Manifestaciones gráficas de la creencia que la enfermedad era un castigo al pecador por haber ofendido a Dios, se encuentran plasmadas a lo largo del Antiguo Testamento en los diversos libros que lo componen¹⁰⁵, por tanto, según los judíos, cuando el padecimiento provenía directamente de la divinidad, era un medio de castigo y de

¹⁰¹ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 40-41.

¹⁰² GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 40. Esta característica también puede apreciarse en los propios escritos bíblicos cuando se comunica a Israel que Yahvé es un único dios, que no va a permitir la existencia de otros “porque Yahvé, tu Dios, que está en medio de ti, es un Dios celoso. No sea que estalle el furor de Yahvé tu Dios, y te haga desaparecer de la superficie de la tierra” (Deuteronomio 6: 15).

¹⁰³ BARRAGÁN, H. L., op. cit., p. 31; BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 40.

¹⁰⁴ RODRÍGUEZ CABEZAS, A., “La Medicina en los textos sagrados”, Asociación Española de Médicos Escritores y de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, *Planeta Médico*, en: http://www.pacientesonline.org/medicina/planeta_medico/curiosidades/biblia.php (Última consulta: 26/03/2014).

¹⁰⁵ “Él te castigará, a ti y a tus descendientes, con plagas asombrosas, plagas grandes y duraderas, enfermedades malignas e incurables” (Deuteronomio, 28: 59); “Las generaciones futuras, los que nacerán después de ustedes, el extranjero llegado de un país lejano, verán las plagas de esta tierra y las enfermedades con que Yahvé la castigará” (Deuteronomio, 29: 21); “Así se cumplió lo que había anunciado el profeta Isaías: Él tomó nuestras debilidades y cargó con nuestras enfermedades” (Primer Libro de los Reyes, 8: 17); “nuestros padres, cuando estaban en Egipto, no comprendieron tus maravillas; no recordaron la multitud de tus favores, y en el Mar Rojo desafiaron al Altísimo(...) entonces, él les dio lo que pedían, pero hizo que una enfermedad los consumiera” (Salmos, 106: 1-15).

educación¹⁰⁶. No obstante, a determinada altura de la historia, los libros sagrados ponen en crisis el concepto de enfermedad-pecado, concretamente en el libro de Job, también perteneciente al Antiguo Testamento, ya que, por primera vez, parece que se produce una fractura del silogismo tradicional: “si la causa de la enfermedad es el pecado y Job no pecó, ¿cuál es la causa de la enfermedad de Job?”¹⁰⁷. En realidad, parece que con este libro se demuestra de nuevo que las enfermedades y las desgracias son de origen divino, pero no necesariamente, consecuencia o castigo de una conducta presuntamente pecaminosa, sino que pudieran constituir una “prueba de fe” o una “búsqueda de justificación sagrada ante las desgracias humanas”, ante las numerosas actitudes de incompreensión de los acontecimientos mundanos. De todo esto se deduce una idea principal: parece como si resultase más liviana la carga de una suerte adversa si se apoya en una voluntad divina de la que provendrá una futura recompensa tal y como le aconteció a Job¹⁰⁸.

Por otra parte; en relación con la limpieza corporal son muy destacables por su importancia, los preceptos higiénicos bíblicos, realizando una equiparación entre la pureza e higiene del cuerpo con la pureza e higiene del alma. De ahí se explica la introducción por parte de la medicina hebrea de la higiene como una norma religiosa. En este sentido, el objetivo de las prácticas higiénicas era la pureza del cuerpo en su relación con Dios, pero en los preceptos bíblicos, los términos puro e impuro se refieren tanto a la pureza moral como a la física¹⁰⁹. Así, se hace sumamente importante la limpieza a través del agua, por lo que el baño se transforma en un acto ritual y religioso, no pudiéndose entrar al templo sin haberse sometido previamente al baño¹¹⁰.

¹⁰⁶ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 41.

¹⁰⁷ BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 32. Al respecto, véase Job, 1: 1-22; Job, 2: 1-13.

¹⁰⁸ En este sentido, son gráficas las palabras: “Después, el Señor cambió la suerte de Job, porque él había intercedido en favor de sus amigos, y duplicó todo lo que Job tenía”. (Job, 42: 1-17).

¹⁰⁹ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 41. Ejemplos de la equiparación de limpieza física con limpieza moral también se pueden encontrar nuevamente en el Antiguo Testamento: “Volveré mi mano contra ti y quemaré tus impurezas con la cal, hasta quitarte todo lo sucio que tengas” (Primer Libro de los Macabeos, 1: 25); “Los rociaré con un agua pura y quedarán purificados; los purificaré de todas sus impurezas y de todos sus inmundos ídolos” (Ezequiel, 36:25).

¹¹⁰ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 42. La limpieza mediante el agua, también se hace patente a lo largo de la lectura del Antiguo Testamento: “Y es al día séptimo cuando se afeitará todo el pelo, la cabellera, la barba y las cejas, es decir, se afeitará todo su

En relación directa con la limpieza y la purificación, también se encuentra la normativa en cuestiones de alimentación, que se ve asimismo influenciada por motivaciones divinas, clasificándose en este sentido los alimentos en puros e impuros, pero en razón, sobre todo de prescripciones religiosas muy antiguas, aunque dichas limitaciones no obedecían exclusivamente a este tipo de creencias¹¹¹.

Así, podría afirmarse que numerosas prácticas sanitarias que realizaron los antiguos hebreos con fines religiosos y rituales, les previnieron y, en algunas ocasiones, incluso les llevaron a la curación de enfermedades, ya que se trataba de hábitos absolutamente útiles y beneficiosos para la salud.

Otra importante aportación de la cultura hebrea antigua que no debemos obviar, es la introducción, aunque fuera de modo primario y fundamentada, no a la atención igualitaria del enfermo que podamos concebir en la actualidad en base a un “derecho a estar sanos” o un “derecho de acceso a la sanidad”, sino más bien, en base a la posibilidad de todos los seres humanos, como humanos, de pecar y, consecuentemente, de enfermar. Por otra parte, para reforzar esa idea de equidad, también se introduce el pensamiento de “proximidad”, o la condición de procurar el bien a otro por el mero hecho de ser hombre¹¹². Este pensamiento de la asistencia igualitaria del enfermo fundamentado en la igualdad cristiana va a encontrar su máximo exponente varios siglos después, concretamente en la Edad Media, pero se encuentra asimismo fundamentado

pelo; lavará también sus vestidos, bañará su cuerpo en agua y quedará limpio” (Levítico, 14: 6-9).

¹¹¹ En el primer sentido “Es puro lo que puede acercarse a Dios, son por el contrario impuros los que pareciendo al hombre repugnantes o malos, se cree que desagradan a Dios” (RODRÍGUEZ CABEZAS, A., “La Medicina en los textos...”, op. cit., p. 1), en el segundo sentido “estas limitaciones obedecían no sólo a creencias religiosas más o menos peculiares, sino que se relacionaban con conocimientos de tipo empírico, como quizás el caso de la prohibición de comer carne de cerdo, con el objeto de conservar las reservas de agua y grano, no muy abundantes en Israel y que estos animales tomaban en competencia directa con el hombre” (GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 41). En lo referente a estos aspectos “se regula la alimentación que debe ser pura, la sangre es algo sagrado que no debe ser consumido pues constituyen pecado y existen alimentos prohibidos como como los mariscos y el cerdo” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 18).

¹¹² “Así procedió el Samaritano con el herido, sin necesidad de conocerle y tratándole únicamente como persona individual” (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 75). En este sentido, son paradigmáticas las palabras reflejadas una vez más en las escrituras bíblicas, concretamente en el Nuevo Testamento, aunque en el Antiguo, ya se recogía la similar idea, y de modo repetido puede resumirse con una de ellas: “Porque toda la Ley está resumida plenamente en este precepto: Amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Carta a los Romanos, 5: 14).

en lo enunciado en esos textos bíblicos¹¹³. Según las afirmaciones de los libros sacros, las prácticas sanitarias las harían los sacerdotes no a un pequeño número de iniciados, como entre los antiguos egipcios, sino que se extendieron e impusieron a todo el pueblo, al igual que las prescripciones religiosas¹¹⁴.

Por otra parte, podría afirmarse que los antiguos hebreos valoraban la vida humana así como su dignidad y la de sus semejantes, más que ninguna cultura de la antigüedad¹¹⁵, lo que supuso una indudable aportación no sólo médica, sino social, e incluso política, pero, así como esa aportación supuso un avance en la sociedad antigua, la misma fue contrarrestada con la desconfianza casi absoluta, de cualquier intervención que contrariase “los designios del Yahveh”, ya que sólo Yahveh podía curar.

De este modo puede explicarse la medicina existente en la cultura hebrea antigua y la realidad nos lleva a pensar que “no es fácil probarse que en Israel haya existido en los tiempos del Antiguo Testamento una clase propiamente médica, a la manera, por ejemplo, de los cirujanos de Babilonia, quienes eran considerados como artesanos, o de la “casa de la vida” en Egipto que bien puede interpretarse como una escuela médica”¹¹⁶. En este sentido, aunque si bien existía, al igual que en otras culturas antiguas, una medicina empírica, la medicina era puramente de carácter mágico y sacerdotal y, en cierto sentido, se produjo una especie de conflicto entre la religión y la ciencia, al producirse la situación anteriormente descrita: cualquier interferencia humana ajena a la voluntad de Dios, puede considerarse en cierto modo sacrílega. Por tanto, mucho deberían de cuidarse los médicos de esa época para no ser considerados apóstatas.

Obviamente, en esta situación interfirió en gran manera la consideración a sí mismo de “médico” que Yahvé primeramente, y Jesús más tarde, se auto atribuyen en las escrituras, inculcando el principio de curación sólo y exclusivamente a través de la fe. Por tanto, en la medicina hebrea, las prácticas de carácter higiénico-preventivo podrían

¹¹³ Como veremos unas páginas más abajo, la influencia del cristianismo en el cuidado y en la atención del enfermo fueron decisivas en la evolución de la medicina, introduciendo conceptos como la condición igualitaria del tratamiento, la incorporación del consuelo y la asistencia gratuita al enfermo necesitado.

¹¹⁴ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 42.

¹¹⁵ BARQUIN, M., *ibídem*, p. 46.

¹¹⁶ ALBY, J.C., “Dios, naturaleza y hombre en la medicina Adventista de Maimónides”, *Enfoques*, Vol. XIX, Núm. 1-2, 2007, pp. 95-110.

atribuirse a las manos del hombre, pero no así el proceso de curación, que se consideraba como una concesión divina¹¹⁷.

Por otra parte, no debemos obviar, en el Antiguo Testamento, perteneciente al judaísmo tardío un extenso pasaje dedicado en exclusiva a “*Médicos y medicinas*”, en el que, aunque se ensalce el valor de la ciencia (“La ciencia del médico afianza su prestigio y él se gana la admiración de los grandes”¹¹⁸), deja patente que, al fin y a la postre, la curación se deriva únicamente de la voluntad divina (“La curación procede del Altísimo” o Si estás enfermo, hijo mío, no seas negligentes, ruega al Señor, y él te sanará”¹¹⁹). Y no sólo eso, sino que el médico es un ser superior, un representante de la salud divina materializada en la superficie de la tierra, al que el Señor le ha otorgado esa capacidad en su nombre¹²⁰. Por tanto, no es de extrañar que, el papel del médico haya ocupado en numerosas ocasiones un lugar privilegiado, excepcional y casi divino a lo largo de la historia y desde sus más tempranos orígenes.

1.4. La medicina pre-científica o pre-técnica en otras culturas. Aspectos comunes y divergentes

No debemos continuar esta exposición sin obviar un somero estudio sobre ciertas civilizaciones antiguas que, pese a su trascendencia histórica a nivel mundial, no ejercieron una influencia tan directa en la medicina y cultura de occidente como la ejercieron los antiguos pueblos egipcios y babilónicos, así como la cultura hebrea que hemos visto anteriormente. Nos referimos a las culturas milenarias china e india, que lograron la más alta complejidad y desarrollo en los tiempos antiguos para,

¹¹⁷ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 42.

¹¹⁸ Eclesiástico, 38: 3. Ejemplos de ensalce de la ciencia pueden verse asimismo en este pasaje “El Señor hizo brotar las plantas medicinales, y el hombre prudente no las desprecia”, “¿Acaso una rama no endulzó el agua, a fin de que se conocieran sus propiedades?” (Eclesiástico, 38: 4-5).

¹¹⁹ Eclesiástico, 38: 2-9.

¹²⁰ “El Señor dio a los hombres la ciencia, para ser glorificado por sus maravillas”; “Con esos remedios el médico cura y quita el dolor, y el farmacéutico prepara sus ungüentos”; “Así, las obras del Señor no tienen fin, y de él viene la salud a la superficie de la tierra”. (Eclesiástico, 38: 6-8). En parecido sentido, aunque dando mayor importancia a la intervención divina: “Se observa en este rico pasaje una interesante ambigüedad. Por una parte, se exalta la sabiduría del médico y la eficacia de los medios curativos; que son dones puestos por Dios en la creación. Pero las Facultades del médico son limitadas, y él mismo necesita invocar a Dios para el buen ejercicio de su arte y la acribia de su diagnosis” (ALBY, J. C., “Dios, naturaleza y hombre...”, op. cit., p. 99).

inexplicablemente, decaer o estancar el hasta entonces prodigioso progreso de estas civilizaciones en épocas más recientes¹²¹.

1.4.1. La antigua China. La ciencia natural oriental

El origen de la Medicina Tradicional China se remonta más allá de los albores de la historia e, increíblemente, ha sobrevivido durante siglos con sus principios esenciales inmutables, para en la actualidad convivir de modo mayor o menormente pacífico con la medicina occidental¹²². No obstante, vamos a centrarnos en esa medicina antes de cualquier influencia exterior y a describir sus principales rasgos y filosofía fundamental, es decir, la ancestral medicina china. Por otra parte, uno de los factores que explican esa inmutabilidad y relativo aislamiento de la cultura clásica china es su inmensa expansión geográfica y su desconexión con el resto de culturas merced a su gran muralla, construida frente a los invasores del noroeste a partir del siglo III a. C.¹²³.

China es un gran territorio que ya estaba poblado en el período Mesolítico por comunidades de cazadores y pescadores, que luego se constituyeron en pueblos agrícolas en torno al río Amarillo. Aunque nada se sabe de estos primeros habitantes, es de suponer que practicaron unos cultos de tipo agrario y su medicina estuviera fundamentada en rituales mágico-religiosos, dentro de la consideración de la enfermedad como una falta cometida contra los dioses¹²⁴. No obstante, la historia de la

¹²¹ “A partir de sus respectivos orígenes prehistóricos, todos alcanzaron grandeza y complejidad, pero una vez logrado su más alto nivel, en él quedaron o desde él decayeron hasta que la ciencia y la organización social de Europa penetraron en su seno” (LAIN ENTRALGO, P., *Historia de la medicina*, Salvat, Barcelona, 1982, p. 24); en parecido sentido y refiriéndose a la medicina de la antigua China “la medicina alcanzó un notable desarrollo en los tiempos antiguos pero como sucedió con el resto de esta maravillosa civilización, llegó un momento, que es difícil precisar cronológicamente, en que ocurrió un extraño fenómeno consistente en la detención casi completa del progreso de esta civilización” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 51).

¹²² A diferencia de la medicina occidental, en Oriente, al lado de la ciencia (occidental) se sigue desarrollando la tradición, conviviendo dos modos de curar distintos pero complementarios, y así, la medicina tradicional china, al entrar en contacto con el pensamiento occidental, se ha convertido en ciencia intercultural. (APARICIO MENA, A.J., “Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas”, *Gaceta Antropológica*, nº20, 2004, Universidad de Granada, pp. 1-7).

¹²³ China se encuentra cercada al sur por el Himalaya, al oeste, por la meseta de Pamir y los montes Tian-shan, y al norte por los montes Altai y el desierto del Gobi. Aparte del mar, los accesos más abiertos corresponden al sureste, por donde el imperio penetró en Indonesia, y al noreste, zona de entrada de los invasores, frente a los que se construyó la muralla. (LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia*, La Esfera de los libros, Madrid, 2002, p. 57).

¹²⁴ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 61.

medicina china puede ser dividida en cuatro períodos: las civilizaciones protohistóricas (1600-221 a. C.); Imperio Antiguo (220 a.C-589 d. C.); Imperio Medio (589-1367) y la China Moderna (1368-1911)¹²⁵.

En realidad, podría afirmarse que la medicina clásica china ha tenido una compleja relación histórica entre el taoísmo y el confucianismo¹²⁶. Su origen se remonta a un personaje que aparece vinculado a los conceptos que rigen el pensamiento médico clásico chino¹²⁷. Se trata del emperador legendario es Fu Xi (o Fu Hsi) que, según algunas fuentes, escribió parte de la obra “El libro de las Mutaciones” (I Ching o Yi King). Tiene como fundamento una doctrina cosmológica en la que el universo fue conformado tras la separación del caos en los dos principios contrapuestos: el Yang y el Yin¹²⁸. Existe una ley cósmica de la que depende tanto el reposo como el movimiento, que es el Tao, el invariable principio que reside todos los cambios: Una vez Yin (la tierra, la oscuridad, el frío, la humedad, lo femenino), una vez Yang (el cielo, la luz, el calor, la sequedad, lo viril)¹²⁹. En base al equilibrio entre estos principios se fundamenta la salud, la tranquilidad y el bienestar de todo ser vivo¹³⁰.

No obstante, hacia el siglo III a. C. se introdujo en la cosmología china (probablemente influenciada por la cultura india), a partir de la escuela de Tseu Yen o Tseu-yeu, la doctrina de los cinco elementos o la noción del “elemento cósmico”. Este pensamiento se fundamentaba en la creencia de que el hombre se encontraba constituido por esos cinco elementos: agua, tierra, fuego, madera y metal. En la dinámica de los

¹²⁵ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 25; en base a HUARD, P. y WONG, M. en su obra *La medicina china*, 1968. Otros autores hablan de dinastías: la *Shang*, que apareció en el año 1700 a. C, que fue sustituida 700 años después por la *Chou*, llegando hasta el 221 a. C., época en la que vivió Confucio. (GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 61).

¹²⁶ LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 58.

¹²⁷ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 51; LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 25.

¹²⁸ MASTELLARI, M., “Algunos aspectos de interés histórico de la medicina china tradicional”, *Revista Temas*, No. 47, 2006, pp. 1-21.

¹²⁹ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 25; BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 51; GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 62.

¹³⁰ A partir de la dualidad Yin-Yang, se fueron construyendo un complejo sistema de tesis y antítesis, elaboradas en 64 figuras resultantes cada una de la superposición de seis líneas completas e incompletas y reducidas a ocho trigramas, que simbolizaban el Universo, y daban explicación a los diferentes hechos que podían plantearse, entre ellos, muchos relacionados con la salud y la enfermedad. (GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 62).

cinco posee su base real la vida humana¹³¹. Posteriormente, hacia el año 200 a. C., la teoría de los contrarios y las de los cinco elementos, fueron incorporadas a las ideas confucianas, estableciéndose una correspondencia entre el equilibrio del cuerpo y el del alma, ambos igualmente necesarios para conservar la salud¹³².

Confucio nació aproximadamente en el año 551 a. C. y pese a que parece factible que no dejara ningún escrito, fue padre de una particular y extendida filosofía. La idea central de toda la doctrina confuciana es el hombre, proponiendo un arte en el vivir fundamentado a través del respeto a sí mismo y a los demás, sobre todo, a las personas de mayor edad. Para Confucio, la naturaleza humana no es buena ni mala originalmente, sino que sólo se la podrá calificar de uno u otro modo después de que su comportamiento se haya ajustado al orden moral, siguiendo el Tao, o vía de perfeccionamiento particular¹³³. Así, la filosofía de Confucio estaba más basada en la razón, opuesta a la religión y centrada en cuestiones sociales. Posteriormente, el confucianismo se adulteró hasta convertirse en la doctrina oficial de la época Han¹³⁴.

Por otra parte, mientras el movimiento humanista de Confucio y sus seguidores iba progresando, otra corriente de pensamiento iba desenvolviéndose lentamente, conocida siglos más tarde, hacia el I a. C., como Taoísmo¹³⁵. Este movimiento tenía como único modelo ejemplar el Tao, la realidad única y misteriosa, principio universal de todas las cosas. Su libro fundamental es el Tao te Ching o Tao te King, atribuido al legendario Lao Tsé, en el que se propugna una filosofía de la unidad esencial del universo mediante el retorno a lo primitivo. En este sentido, Lao Tsé predica la vuelta a la naturaleza, su ideal era la vida sencilla, la cooperación con el mundo natural y la búsqueda de la

¹³¹ La combinación del primitivo taoísmo con la exigente ética de Confucio, dio lugar a la concepción del mundo propia de la China tradicional. (LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., pp. 25-26).

¹³² GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 62. En la Medicina Tradicional China, se considera esencialmente lo mismo el cuerpo y la mente o el espíritu, se entiende que si enferma el cuerpo, también enfermará la mente o el espíritu. (APARICIO MENA, A.J., “Idea de salud intercultural...”, op. cit., p. 4).

¹³³ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 63.

¹³⁴ Confucio como modelo se asoció con cultos a los antepasados y a las divinidades de la naturaleza. (LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 58).

¹³⁵ El origen del taoísmo se sitúa en los pensadores marginados por los príncipes feudales (siglos V-III a. C.) que se asentaron en las zonas rurales y entraron en contacto con los “chamanes primitivos”, de los que asimilaban elementos mágico-religiosos y empíricos. (LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 58).

armonía universal siguiendo la naturaleza¹³⁶. Así, puede observarse una concepción de la naturaleza muy cercana a la que desarrollaron los filósofos griegos, aunque el concepto de Tao sea más abstracto que el de la *physis* elaborada en Grecia¹³⁷.

Toda esta filosofía y pensamiento oriental se incorporaron estrechamente a los procesos de salud y enfermedad, a la explicación de la constitución física y mental del hombre, así como a las actuaciones tendentes a prevenir y contrarrestar los males humanos; como veremos a continuación.

Quizás la obra que puede considerarse más importante y que contiene las bases de la medicina tradicional china, es el Nei-King o Nei-Jing, cuyos orígenes son muy antiguos, aunque fuera compilado mucho después, y completado posteriormente. Este Canon es en realidad una enciclopedia de cuarenta volúmenes, que en la actualidad continúa siendo la obra más importante en la enseñanza de la Escuela Médica Imperial¹³⁸.

Al igual que el fundamento de toda su filosofía, la doctrina médica china también encuentra su principal apoyo en los conceptos más arriba tratados del Tao, el Yin y el Yang y la teoría de los cinco elementos, que permite explicar la constitución física y mental del hombre y de sus interacciones con el ambiente en que se desenvuelve. En este sentido, la salud es vista como el resultado de un equilibrio entre los elementos corporales y los universales, según un adecuado discurrir de la energía de la vida¹³⁹. La enfermedad pudiera ser motivada por numerosas causas, pero lo que ésta produce es un desequilibrio en la dinámica entre Yin y Yang, con el consiguiente desorden en los cinco elementos.

Por otra parte, los conocimientos de esta cultura sobre anatomía eran bastante limitados, debido al sentimiento religioso de que el cuerpo humano era sagrado y no

¹³⁶ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 64-65.

¹³⁷ Según LAIN ENTRALGO, tres son las razones por las que la antigua medicina china nunca llegó a ser formalmente técnica: porque los conceptos de *physis*, *logos* y *tekhne* eran más idóneos que las nociones de Tao, Yin y Yang para construir una ciencia natural; porque los sabios chinos no tuvieron la inventiva ni la osadía intelectual de los sabios griegos; ni porque en la mente china de los siglos XIII-XVI no operaron los mismos presupuestos que en Europa para modernizar la ciencia. (LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 29).

¹³⁸ LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 58.

¹³⁹ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 66. Al igual que las doctrinas griegas e indias, concebían la relación del universo como macrocosmo y el cuerpo humano como microcosmo, las enfermedades se producirían por alteraciones del flujo y la distribución. (LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 59).

debiera ser tocado, impidiendo a los chinos el estudio de esta rama de la medicina¹⁴⁰. Por tanto, la doctrina sobre la estructura del cuerpo humano se produjo en base a una especulación artificiosa, que también introdujo la teoría de los cinco elementos como idea principal subyacente¹⁴¹. En este sentido, se imaginaban las funciones de cada uno de los órganos, las relaciones entre ellos, así como la articulación del sistema vascular, dando como resultado teorías que pudieran ser calificadas no menos que de llamativas a los ojos del pensamiento médico occidental¹⁴².

Dentro de la exploración, otorgaban extraordinaria importancia a la toma o doctrina del pulso (considerado como “el almacén de la sangre”¹⁴³) a la hora del diagnóstico de las enfermedades, alcanzando un altísimo y complicado nivel de desarrollo, distinguiendo su palpación en once puntos diferentes y hasta doscientas especies del mismo, y de él dependían tanto el diagnóstico como el pronóstico y el tratamiento¹⁴⁴. El método partía de la comparación del cuerpo humano con un instrumento musical, debiendo vibrar las arterias con perfecta armonía en los casos de buena salud, pero provocando sonidos discordantes cuando existía la enfermedad¹⁴⁵. En estrecha relación con el estudio del pulso, y como complemento de la diagnosis, se encontraba tanto la observación de la coloración del rostro, como sobre todo, la de la lengua, en la cual discernían hasta 37 matices distintos, pudiéndose combinar los mismos con los incontables tipos de pulso, y dando como resultado un número exacerbado de potenciales y complicadísimas combinaciones¹⁴⁶.

Los elementos más característicos de la terapéutica china fueron la farmacoterapia, la acupuntura y la moxibustión. En lo que respecta a la primera, la principal obra de farmacología china fue el *Pen Tsao* (o *Pen-ts'ao*), cuyo origen se remonta al II a. C., en

¹⁴⁰ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 52.

¹⁴¹ Cinco era un número sagrado para la filosofía china; “se reconocían cinco planetas, cinco elementos o cuerpos simples, cinco puntos cardinales y cinco órganos esenciales” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 52); a “el saber anatómico-fisiológico de la antigua China se halló presidido por el número cinco (...) a los órganos principales les corresponden otros tantos planetas, estaciones, colores, sonidos y sabores”. (LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 26).

¹⁴² A modo de ejemplo: “El corazón tiene por madre al hígado, por hijo al estómago, por enemigo al elemento fuego y al planeta Marte” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 53); “el corazón tiene por enemigo en el riñón (agua) y su amigo en el hígado (madera)”. (LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 26).

¹⁴³ LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 60.

¹⁴⁴ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 54.

¹⁴⁵ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 66.

¹⁴⁶ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 54.

el que se describen unos dos mil medicamentos¹⁴⁷. Éstos se encontraban divididos por una parte en categorías (minerales, vegetales y animales), y por otra, por la acción que provocaran según el punto de vista de la concepción cosmológica, es decir, el cómo reintroducir el equilibrio perdido con la enfermedad¹⁴⁸.

La acupuntura, técnica vigente hasta hoy, consistía en la introducción de agujas de metal, con el objeto de penetrar en los canales corporales llamados ching (o chin), que es el lugar donde presumiblemente circula la energía vital. El objetivo de la acupuntura es el restablecimiento del equilibrio del Yang y el Yin, regulando y desobstruyendo el flujo energético y eliminando con ello las malas secreciones¹⁴⁹. Junto con la acupuntura, a veces era asociada la moxibustión, que consiste en la aplicación de moxas o bolas hechas de hojas de artemisa machacada, que era quemada a continuación¹⁵⁰. Normalmente, esta técnica utiliza los mismos meridianos que la acupuntura, a veces concebida como una variante en la que los pinchazos son sustituidos por la aplicación de estas hojas. En lo que respecta a su eficacia, se ha demostrado que muchos de sus efectos beneficiosos, no son psicógenos, sin embargo, a día de hoy, no han podido explicarse satisfactoriamente con los métodos de la medicina científica moderna dichos resultados¹⁵¹. Otros autores consideran que estos sistemas han tenido ciertos efectos favorables en aquellas afecciones psicósomáticas, que debido a la complicación del propio método, así como a las circunstancias de tiempo y lugar, confieren al médico una sensación de autoridad y prestigio que estimula la creencia de curación tanto en el propio paciente como en sus familiares¹⁵². Lo cierto es que se trata de una técnica de origen ancestral, que se sigue practicando en la actualidad después de siglos desde su nacimiento y que, con el tiempo, está logrando acoger un cada vez mayor número de adeptos a nivel mundial.

¹⁴⁷ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 67, BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 56.

¹⁴⁸ Las analogías y oposiciones en el color, sabor, apariencia del medicamento respecto a lo observado en el enfermo, eran la base para la indicación medicamentosa. (LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 27); “las alubias por razón de su forma, deberían ser aplicadas a la curación de las enfermedades renales” (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 56).

¹⁴⁹ LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 61; GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 67.

¹⁵⁰ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 55; LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 27.

¹⁵¹ LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., pp. 61-62.

¹⁵² BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 56.

Por último, no debemos obviar que la profesionalización de la medicina fue muy acusada en la antigua China, estando siempre confiada a un Colegio Superior de Médicos¹⁵³. Por otra parte, además de una clase elevada de médicos pertenecientes a la corte, existió otro grupo de médicos generales, que eran en gran parte empíricos y autodidactas integrados en el segundo estamento de la población¹⁵⁴. Así podemos observar que, nuevamente, se produce una distinción entre médicos de primera y segunda clase, otorgando un mayor nivel a aquellos que presumiblemente poseían superiores conocimientos teóricos, y relegando a esos otros médicos considerados “prácticos”.

1.4.2. India antigua. Pensamiento independiente de la religión

Al igual que la cultura china anteriormente considerada, la civilización india tampoco ha tenido, al menos aparentemente, excesiva influencia en la medicina técnica occidental. No obstante, estudiando más a fondo sus principales ideas, existen una serie de coincidencias y, al igual que la anterior, cerca estuvo de convertirse en técnica, al considerar el cosmos desde una visión no puramente mítica, consiguiendo separar casi completamente la religión de la medicina y de la enfermedad, lo que no lograron otras culturas pre-científicas. No obstante, no debe restarse ni un ápice a un encomiable logro: también esta cultura ha pervivido a lo largo de los siglos y, si bien ha recibido innumerables influencias de otras civilizaciones, el núcleo esencial de su pensamiento no sólo se ha mantenido, sino que, en la actualidad, también está logrando trascender internacionalmente su hasta ahora ámbito propio.

La cultura tradicional india tuvo sus más antiguos antecedentes en las primeras poblaciones que se asentaron en el valle del río Indo (Mohenjo-Daro, Harappâ), hace unos cinco o seis mil años, tal y como demuestran los restos arqueológicos encontrados en esta zona¹⁵⁵. Posteriormente, hacia el año 1500 a. C., tuvo lugar la invasión aria, civilización que incorporó de modo mayor o menormente amistoso muchas de sus

¹⁵³ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 28; BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 58.

¹⁵⁴ BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 58.

¹⁵⁵ BARQUIN, M., *Ibídem*, p. 61. “Todavía hoy asombran las ruinas de Mohenjo-Daro, donde se han encontrado los restos más complejos de una ciudad del valle del Indo. Una red de calles principales la dividía en tres partes y por el medio corría un canal de desagüe, que, para facilitar la limpieza se cubría de losas fijas. En las viviendas, las instalaciones de fuentes y baños ocupaban un lugar importante” (GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 54).

costumbres, produciéndose una simbiosis cuyo resultado ha dado lugar a la que hoy llamamos cultura india¹⁵⁶.

El hinduismo es entendido por tanto como una forma de vida en general y como fenómeno religioso, y su conocimiento puede extraerse de una serie de textos escritos denominados Vedas (conocimiento), donde se recogen sus principales concepciones religiosas y filosóficas inventariadas a lo largo de los siglos¹⁵⁷. Estos textos se encuentran divididos en cuatro partes principales: *Rig Veda* que es el más antiguo e importante, compuesto de alabanzas e himnos; *Sâma Veda* o de las melodías o cantos y *Atharva Veda* o de la magia¹⁵⁸. Las compilaciones que más nos interesan a efectos del análisis de nuestro particular campo de estudio, son las del *AyurVeda* (“conocimiento sobre la vida” o según algún autor, “saber sobre la longevidad”¹⁵⁹), una de cuyas partes expresa el conjunto de escritos médicos conformados por dos figuras semi-legendarias: Sushruta y Caraka¹⁶⁰. El primer escrito tiene un carácter esencialmente médico, mientras que el segundo es predominantemente quirúrgico.

El fundamento esencial de la filosofía hinduista se basa, al igual que la cultura china, en un pensamiento cósmico. En este sentido, el cosmos o universo estaría compuesto de cinco elementos primarios esenciales: el espacio lumínico (éter o vacío), el viento (aire), el agua, el fuego y la tierra. Por otra parte, de estos componentes, tres adquieren una importancia fundamental en el propio organismo del ser humano alcanzando la forma de humor esencial: el viento o aire en forma de aliento o hálito vital (*prana*); el fuego en la bilis (*pitta*) y el agua en la flema o moco (*kapha*)¹⁶¹. Así, la enfermedad sería el resultado de un desequilibrio o perturbación de estos tres elementos (denominados

¹⁵⁶ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 29.

¹⁵⁷ CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 22. Estos textos comenzaron a ser redactados antes del año 1.500 a. C. (LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 30).

¹⁵⁸ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 54; LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 30.

¹⁵⁹ VEGA FRANCO, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud...”, op. cit., p. 260.

¹⁶⁰ Esto no significa que todo el *Ayur Veda* se halle completamente integrado por textos elaborados por Sushruta y Caraka, sino que una parte importante del mismo corresponde a dicha autoría. En: GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., pp. 54 y ss.; CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., pp. 22-23; LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., pp. 50-51.

¹⁶¹ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 31; LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 51.

Trîdathu o *Tridâtu*), mientras que la salud radica en la armonía existente entre los mismos, como más abajo veremos¹⁶². Estos elementos esenciales también predominan dependiendo de la época de la existencia del organismo vivo: así el agua es dominante en la infancia, la bilis aumenta en la madurez, y por último, el viento, prevalece en la vejez¹⁶³. Por otra parte, cada uno de esos elementos vitales o humores esenciales se encuentran subdivididos en cinco formas diferenciadas, cuyas variedades residen en distintas zonas somáticas y son fuente de diversas funciones orgánicas¹⁶⁴.

Además, derivados de éstos se situarían los siete elementos orgánicos o tejidos humanos: el quilo o savia fundamental, la sangre, la carne o músculo, la grasa, los huesos, la médula y el esperma¹⁶⁵. Mediante estos conceptos, se trataron de explicar todas las actividades fisiológicas del organismo, incluida la enfermedad, por lo que puede observarse que se trata de un sistema naturalista desconectado de los dioses. El paralelismo entre esta filosofía naturalista y la helénica, ha sido reseñado por múltiples autores consultados. Algunos son partidarios de que se trató de un préstamo griego a los indios, mientras que otros consideran que se produjo una casual coincidencia que fue perfeccionada por una cultura más que por la otra, evolucionando hacia la medicina científica, mientras que otros autores afirman que fueron los griegos los que adoptaron diversas partes del pensamiento hindú¹⁶⁶.

¹⁶² VEGA FRANCO, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud...”, op. cit., pp. 260-261.

¹⁶³ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 57.

¹⁶⁴ A modo de ejemplo, el agua sería el elemento húmedo que rodearía y que envolvería al organismo, su centro sería el estómago, aseguraría igualmente el gusto y favorecería las Facultades sensoriales (BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 68); otro ejemplo sería como el aire, en forma de hálito es seco, frío, ligero, claro y crudo; y tendría la función de palabra en la garganta y en el pecho; de respiración en la boca; de digestión en el estómago y los intestinos; de excreciones en el bajo abdomen y de movimiento sanguíneo en la sangre. (LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., pp. 51-52).

¹⁶⁵ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 31; BARQUIN, M., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 68.

¹⁶⁶ STICKER considera que se trata de la elaboración tardía india de un préstamo griego, mientras que KIRFEL lo ve como la configuración paralela de un fondo prehistórico común (en LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 31); “no debe pensarse que los hindúes fueron influidos por las ideas cosmológicas de los sabios jónicos, sino que más bien se produjo un paralelo de parecidas corrientes de pensamiento (GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 57); “en las coincidencias doctrinales entre las medicinas clásicas india y griega, resulta muy difícil aclarar lo que procede de una posible raíz común aria, de préstamos en ambos sentidos y de desarrollos independientes paralelos” (LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 56); “su fama se extendió hasta la Grecia clásica, evidencia de esto aparece en el juramento de Hipócrates el cual menciona “No realizaré la

La concepción de la enfermedad en la cultura india antigua sufrió una significativa evolución histórica. Así, inicialmente y al igual que otras culturas arcaicas (la hebrea resulta paradigmática) es predominante la idea del castigo divino como causa del enfermar humano; por tanto, el enfermo es un pecador contra el orden físico-moral del cosmos y la enfermedad es la punición de ese pecado¹⁶⁷. Por otra parte, también eran politeístas, otorgando a las diversas deidades tanto efectos benéficos como maléficos, cuya terapéutica era mágica fundamentalmente, tal y como queda demostrado, en el *Athar Veda* o de la magia. Más adelante, las prácticas médicas de tipo mágico quedan relegadas a un segundo plano, prevaleciendo a partir de entonces las explicaciones racionales, según las nociones cosmológicas y fisiológicas, aunque no por ello se dejará de hablar en la medicina de la voluntad divina o de la intervención demoníaca¹⁶⁸.

Así, la enfermedad es considerada como un desequilibrio o desorden de los tres elementos orgánicos esenciales ya nombrados (*Trîdatu*) que sostienen las fuerzas que preservan la vida¹⁶⁹, que de este modo se transforman en *dosha* (desorden o elementos alterados). Dicho desequilibrio o *dosha*, podía deberse a la propia alteración de uno de esos elementos, o de los propios elementos en que se dividían. Según Caraka las causas podían ser diversas, dando suma importancia a la relación del individuo con el medio; a factores tales como la alimentación, el ambiente y el género de vida¹⁷⁰.

La terapéutica se fundamentó en el restablecimiento del orden del cosmos, en el equilibrio de las doctrinas humorales; así, lo que se busca es la restauración de la situación previa a la enfermedad. No obstante, tal y como hemos atisbado más arriba, conviene destacar que en la realización del tratamiento se produjo una innegable mutación: en un primer período (en el védico y pos védico) prevalecieron los momentos religiosos de la cura mediante exorcismos, oraciones y sacrificios. Una vez que se impone el sistema médico del *Ayurveda*, serán la cirugía y la farmacoterapia los que

operación de la talla y dejaré que la practiquen sólo los maestros hábiles que de ello se ocupen” (CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina...*, op. cit., p. 23).

¹⁶⁷ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 57; LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 32.

¹⁶⁸ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de...*, op. cit., p. 32. Así, en la obra de Caraka pueden observarse ochenta afecciones por desórdenes del *prana* (LAIN ENTRALGO consigna cuarenta), cuarenta por los del *pitta* y veinte por los del *kapha* (LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia...*, op. cit., p. 52).

¹⁶⁹ VEGA FRANCO, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud...”, op. cit., p. 261.

¹⁷⁰ GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina...*, op. cit., p. 57.

prevalezcan. Dentro de la terapéutica no debe obviarse la práctica del *yoga*, íntimamente relacionada con la concepción hindú de la vida y la búsqueda del equilibrio vital. Obvia decir que, al igual que las prácticas de la cultura china antes estudiada, también en la actualidad se ha producido una importación de este tipo de técnicas ancestrales.

1.5. Aportaciones

La figura del paciente apenas ha sido considerada a lo largo de estas primeras páginas referentes a la medicina pre-técnica. No obstante, como ya comentamos al inicio de esta obra, nos ha sido necesario mencionar todas y cada una de las culturas arcaicas aludidas. De una u otra forma han contribuido a la conformación posterior de la asistencia al enfermo, citando a Laín Entralgo, en el saber técnico, en *tékhne iatriké*. Como bien dijo en su día, antes de introducir esta concepción en la antigua Grecia, la medicina aquí, como en el resto del planeta, “fue una combinación de empirismo y magia helénicamente configurada”¹⁷¹. Ciertamente es que, desde la medicina de los pueblos primitivos, tanto la enfermedad como su ulterior tratamiento se conciben con elementos mágicos y azarosos, entremezclados en ocasiones con factores empíricos. Así ha sucedido en todas las culturas ancestrales tratadas, si bien debemos reconocer que en la antigua China, al igual que en la antigua India, se concibió una filosofía naturalista casi desvinculada de lo mágico. No obstante, debemos tener en cuenta que existen dos elementos que conviene diferenciarse: por una parte se encuentra la ciencia médica ya sea técnica o no; y por otra parte, el enfermo en sí mismo. ¿Por qué los manuales de historia de la medicina consideran las culturas antes presentadas como pre-técnicas mientras que a la hora de hablar de la historia de la relación entre el médico y el enfermo sólo se estudia desde la Grecia clásica, obviando los siglos que la precedieron? ¿Acaso entonces no existían los enfermos? Obviamente los enfermos existían, al igual que los médicos; lo único que se diferenciaba era que la ciencia médica no podía considerarse “ciencia”, ya que, como hemos dicho, se combinaba de un sustrato mágico entremezclado con otro empírico, con resultados exitosos o fallidos, aleatorios e inciertos. Podría afirmarse que, hasta que la medicina no se hizo técnica, no se actuaba buscando una determinada consecuencia, el enfermo no se consideraba en cuanto tal, en cuanto sujeto enfermo. En el momento en el que la medicina se convirtió en técnica, se prescindió de la idea en la que el paciente fuese una víctima del castigo divino, o un

¹⁷¹ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 47.

pecador o heredero de las faltas que sus ancestros hubieran cometido; el enfermo se vio como ser humano en tanto que enfermo.

Lo dicho no obsta para afirmar que en la era histórica de la medicina considerada como pre-técnica, no existiera, al igual que en los siglos posteriores, una pura y total autoridad del médico, sanador o sacerdote hacia su enfermo. Si por paternalismo entendemos aquella actitud de ejercicio de poder hacia otra persona en la que se combinan una serie de decisiones realizadas en aras del beneficio o la conveniencia de la misma, esta situación no se va a dar en la antigüedad. A este comportamiento le faltan elementos esenciales como el comportamiento racional y justificado hacia un determinado fin, el propio bien del sujeto pasivo, y, lo que es más importante, la consideración de éste como sujeto particular.

Ningún enfermo de la medicina prehistórica dudó de los poderes del *chamán* del poblado, al igual que nadie cuestionó la sabiduría de los médicos-sacerdotes de las culturas arcaicas, no sometidos a una severa responsabilidad legal que únicamente se hallaba destinada a los cirujanos empíricos. Estos elementos son el sustrato utilizado para configurar la elevada autoridad de los médicos hipocráticos, como luego veremos, pero su comportamiento difirió en suma de esos chamanes o médicos-sacerdotes, éstos se encontraban demasiado lejos de su enfermo y demasiado cerca de sus dioses y espíritus, demasiado concentrados en su poder mágico y en la producción de milagros.

Por otra parte, a efectos prácticos, no debemos obviar los posos dejados por esas civilizaciones: la primigenia ayuda al enfermo como actitud instintiva espontánea en la prehistoria; la inicial división entre el *chamán* o médico sacerdote depositario del saber y la confianza del pueblo en el artesano o médico eminentemente empírico. Esta disyunción entre uno y otro va a quedar estampada en los anales de la historia y perdurará a lo largo de los siglos, manifestándose en las culturas mesopotámicas y egipcias. De estas culturas no debemos eludir importantes aportaciones: la sujeción a la primaria legislación médica se manifestará precozmente en el Código de Hammurabi y la importancia de la exploración y de la anamnesis se hará patente en los papiros egipcios de Ebers y de Edwim Smith. De la cultura hebrea antigua, pese al carácter de medicina como eminentemente religiosa y a considerar al médico israelita como “ayudante del Señor”, podemos extraer contribuciones positivas como la importancia de la higiene en cuanto mecanismo de prevención de enfermedades (aún realizada de un

modo acertadamente casual) y la atención equitativa al enfermo. Por último, China e India, que aparentemente no influenciaron la original medicina técnica griega, también poseyeron unas iniciales filosofías naturalistas casi desvinculadas de la magia. Aún hoy perviven y trascienden algunas prácticas (como el yoga y la acupuntura) e incluso ciertas actitudes mentales que se extienden de un modo global.

Por ello, se nos ha hecho necesario comenzar con los pasos que precedieron históricamente a la asistencia técnica al enfermo o arte de curar. Hasta este momento, según hemos atisbado, la mentalidad mágica dominaba la curación del enfermo, la existencia de un ente (o entes) superior y externo, no sólo frente al propio paciente sino del médico, era el responsable de la curación de la enfermedad. El médico, como mucho, era el intermediario, un eminente intermediario, eso sí, entre el enfermo y esa divinidad curativa, sin un real y efectivo contacto directo con el paciente y su enfermedad. Desde ahora podría afirmarse que comienza la verdadera historia del estatuto jurídico del enfermo, en cuanto ser humano en tanto que enfermo, y el médico como contraparte de esa relación, un vínculo novedoso y evidente en la historia de la medicina.

2. LA JUSTIFICACIÓN DEL PATERNALISMO MÉDICO: EL PATERNALISMO HIPOCRÁTICO

Si en algún momento histórico debieran de ubicarse los verdaderos cimientos de la forma de entender la medicina, así como la relación tradicional occidental entre el médico y el enfermo, éste no sería otro que en la medicina griega clásica, concretamente en los siglos VI y V previos a nuestra era. Si bien, esta situación se produjo de un modo paulatino, motivada por una serie de circunstancias demográficas, sociales y económicas que, de un modo u otro propiciaron un cambio radical en la hasta ahora mentalidad tradicional de los habitantes de este país del Mediterráneo.

Previamente a este momento histórico, tal y como hemos señalado más arriba, la medicina en todo el planeta había sido una mezcla de empirismo y magia, con mayor predominio de una u otra y esencialmente vinculada en ocasiones a la religión imperante en ese momento o lugar. Pero, a partir de este instante y en esta zona geográfica, se va a producir la gran transformación: la desvinculación entre la causación mágica y la realidad natural del mundo. Esta novedosa situación va a extenderse a diversos campos de la vida, y de un modo muy particular configurará el verdadero fundamento del poder médico en la relación clínica histórica occidental. Trataremos de explicar no sólo las causas de este estado, sino asimismo el proceso a través del cual se va a llegar al mismo, así como los caracteres esenciales que van a delimitar esta novedosa situación.

2.1. Grecia clásica. El establecimiento de la práctica médica hipocrática

Como ya hemos afirmado, en los siglos previos a los VI y V a. de C., en Grecia, al igual que en las restantes civilizaciones estudiadas, la medicina estaba fundamentada en magia y empirismo desarrollada principalmente en los templos de Asclepio, por lo que podría afirmarse que, al igual que en otras culturas, era de índole sacerdotal¹⁷². Por tanto, no vamos a adentrarnos en la etapa previa al siglo VI a. de C., ya que podemos alegar que, la ciencia médica griega, podía ubicarse en la medicina considerada como pre-técnica. Por tanto, a partir de entonces, este momento histórico es, sin lugar a dudas, un hecho sin parangón: el instante en el que el ser humano comenzó a cuestionarse la justificación de la realidad del mundo desde una perspectiva no exclusivamente mágica.

¹⁷² BADILLO ABRIL, R., “Medicina en la Antigüedad Clásica...”, op. cit., pp. 175-176; BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 33.

No obstante, y en el campo que particularmente nos atañe, no sólo debemos de considerar la novedosa ciencia técnica nacida en la época de la Grecia clásica. En esta parte del estudio vamos a considerar el origen y la estructura de la medicina hipocrática haciendo especial consideración a la posición que el asclepiáda hipocrático ocupa frente, no sólo a su paciente, sino a la sociedad en general. No debemos tampoco olvidar que el modelo que procederemos a estudiar, conocido como “práctica médica hipocrática”, es el paradigma que va a regir la teoría y la práctica médica en Occidente desde finales del siglo V y principios del IV a. de C. hasta el siglo XVII.

Lo dicho no obsta para reparar en la distinción entre dos cuestiones que considero fundamentales: una es la referida a la práctica médica científica imperante hasta el siglo XVII (antes del nacimiento de la medicina científica y la profesionalización de la misma) y otra muy diferente es la actitud médica para con el enfermo, considerada como paternalismo y que se posterga hasta más allá del siglo XX, aunque muestre diferentes formas de materialización, como veremos más adelante. Los dos aspectos encuentran sus raíces más profundas en la época que vamos a estudiar a continuación, pero son dos caras específicas y diferenciadas —práctica técnica de la medicina por una parte, y actitud “ética” del médico hacia su paciente—de un mismo aspecto, la práctica global de la medicina.

2.1.1. *El fundamento del pensamiento racional.*

La ciencia como fenómeno histórico se inicia con los griegos de los siglos VI y V antes de nuestra era, y no sucede de modo casual, sino que confluyen una serie de felices circunstancias que legitiman una nueva forma de pensamiento. Pero, ¿Qué es lo que realmente propició el arranque del pensamiento racional y la consecuente transmisión (o en ocasiones la propia génesis) a otras ramas de conocimiento?

En primer lugar no debemos obviar que, a pesar de ese predominio mágico-empírico, “algo” había en la medicina griega anterior al siglo V para que ella, y no otra, pudiera ser la base y el precedente inmediato de la posterior “hazaña hipocrática”¹⁷³. En este sentido, puede afirmarse que existieron diversas circunstancias que propiciaron este

¹⁷³ La medicina como mezcla de empirismo y magia en la Grecia antigua queda patentemente mostrada en los poemas homéricos, en los que se entremezclan el empirismo en la actividad sanadora, la conducta mágica y una concepción de la enfermedad rudamente empírica y en parte conexas con la religión olímpica. (ALSINA, J., VINTRO, E., SALLEN, T., *La medicina hipocrática*, Ediciones Castilla, Madrid, 1976, pp. 12-ss.).

fenómeno. Por otra parte, debe reconocerse que esa medicina definida como técnica no hubiera sido tal si previamente a la misma no se hubiera desarrollado una nueva “cultura científica”, fundamentada en la razón. Por ello se nos hace tan importante considerar la génesis del nacimiento de la propia ciencia, fundamentada en la *physis* o naturaleza, ya que sin ella, la propia medicina en la Grecia clásica no hubiera llegado a nacer. Pero previamente a que surgiera ese pensamiento racional acontecieron una serie de hechos que no debemos dejar de estimar.

Los griegos colonizaron las islas del Egeo y las costas de Asia Menor, asimilando distintos y muy variados elementos culturales, debido a la gran receptividad de la civilización griega¹⁷⁴. En estas circunstancias se dio una mezcla de culturas, un enriquecimiento de la propia con las aportaciones que otras ofrecieron. Al salir de su tierra natal, estos emigrantes se llevaron consigo su propia lengua, sus costumbres y creencias. Al instalarse en territorios desconocidos, y acaso por la necesidad de vivir con la sensación de distancia, surgió la necesidad de enfrentarse a nuevos problemas planteados por las nuevas situaciones. Así, los cultos antiguos se conjugaron con los fenómenos naturales, en un intento de explicar de un modo racional la realidad de las cosas¹⁷⁵. Por otra parte, ese “descubrimiento” de otras culturas y formas de ver o interpretar una misma realidad, propició en cierto modo el alumbramiento de una conducta tolerante a la diversidad¹⁷⁶.

Esta migración no sólo propició un enriquecimiento de culturas, sino que, de igual modo, el mundo colonial griego se amplió y a finales del siglo VIII toda la costa del Mediterráneo quedó ribeteada por docenas de *polis*; tales como Mileto, Efeso, Siracusa, Selinonte o Acragas, todas ellas florecientes y con prometedor porvenir. Así, se configura un nuevo conglomerado de ciudadanos, por una parte los indoeuropeos, y por otra, los griegos, conjugándose diferentes rasgos de unos y otros: la visión naturalista de los primeros y la especial agudeza de observación y sensibilidad hacia la novedad vital

¹⁷⁴ Los griegos fueron impulsados a la emigración por motivos a la vez económicos y políticos, tales como la superpoblación de la península helénica o la lucha por el poder y la riqueza entre los nobles y el estado llano, en este sentido, millares de helenos abandonaron la patria peninsular (...) sumando su sangre y esfuerzo a la sangre y esfuerzo de los aqueos, jonios y eolios. (Ibíd., p. 15).

¹⁷⁵ BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 33.

¹⁷⁶ BADILLO ABRIL, R., “Medicina en la Antigüedad Clásica...”, op. cit., p. 176.

de los segundos¹⁷⁷. Así, en estas circunstancias demográficas y con un espíritu intelectual y filosófico abierto, surgió la idea filosófica de la *physis* o naturaleza, el *lógos* va a sustituir al *mythos* como principio de explicación de la realidad.

Inicialmente, la doctrina helénica del *kosmos* se fundamentaba en una cosmogonía religiosa y mítica, pero en algún momento, este mito cosmogónico comienza a transformarse en pre-filosófico. El modo de filosofar o de indagar acerca de la naturaleza consistía en explicar toda la realidad como resultado de un proceso, es decir, trataban de descubrir cuál era el origen de absolutamente *todo*¹⁷⁸. No obstante, el estudio o la investigación acerca de la naturaleza fue su proyecto más digno de mención.

El fundamento esencial de su pensamiento estaba sustentado en la idea de que las propiedades y virtudes de las cosas dependen de la propia naturaleza que cada una posee (*physis*), que no son más que configuraciones o manifestaciones diversas de un principio universal común o *Physis*, por lo que existe “una naturaleza particular de cada cosa” y “una naturaleza global”¹⁷⁹. Además, esa naturaleza –una o más de una– inmutable de la que provienen las demás, permanece y “no envejece”, es estable e inmortal. Surgen así las ideas de *génesis* y *desarrollo*, conceptos tan importantes como son en el campo de la medicina¹⁸⁰.

¹⁷⁷ Los griegos de Jonia, Sicilia y la Magna Grecia (...) saben asimilar, helenizándolos, saberes y hábitos procedentes de las culturas que los rodean (...), intensificándose la libre crítica de la religiosidad recibida (...) y ya en el siglo VI surgirá con mayor claridad en las mentes la novedad más importante: la necesidad de explicar la realidad de las cosas y del mundo de un modo racional y no mítico. (ALSINA, J., VINTRO, E., SALLEN, T., *La medicina hipocrática...*, op. cit., pp. 16-ss).

¹⁷⁸ Así, en primer lugar, el cosmos, la configuración actual del universo (cosmogénesis), pero también el origen y la constitución de los vivientes, plantas y animales (biogénesis), y entre éstos, el origen de la especie humana (antropogénesis); y una vez constituida la especie humana, también su desarrollo cultural, tanto técnico como político, hasta la situación presente del universo y de la humanidad. Por tanto, los filósofos pre-socráticos se preocuparon no sólo de la cosmología, sino que fueron mucho más allá. (CALVO MARTINEZ, T.: “La noción de la *Physis* en los orígenes de la filosofía griega”, *Daymon*, nº 21, 2000, pp. 21-38).

¹⁷⁹ LAIN ENTRALGO, P.: *La relación...*, op. cit., p. 40.

¹⁸⁰ Esta idea subyace en el pensamiento de Tales, del que no hay textos escritos y probablemente no escribiera nada; por lo que es Aristóteles el que se refirió a su razonamiento “todo es en virtud del agua”, así, el agua para este pensador es el principio del nacer y del crecer. (MARTINEZ MARZOA, F.: *Historia de la Filosofía*, Fundamentos Maior, Istmo, 1994, pp. 29-ss.). Por otra parte, para Heráclito, el elemento o principio activo es el fuego: “extinguiéndose el fuego, se organiza todo” (CALVO MARTINEZ, T.: “La noción de la *Physis...*”, op. cit., p. 30; MARTINEZ MARZOA, F.: *Historia de la Filosofía...*, op. cit., p. 56).

En relación directa con el punto anterior, además de la noción de la *physis*, se introduce el propósito de la cognoscibilidad de la misma, es decir, al ser ésta soberana es en cierto modo razonable, por lo que se aspira a llegar a conocer el mecanismo o proceso a través del cual se origina. Así, la naturaleza posee un punto de partida (un “de donde”) y un resultado final (un “adonde”) que no es sino el orden actual, acabado y cumplido del universo o el *orden universal*. De ahí surgieron las nociones de *principio* y de *orden universal*. Este procedimiento de conocimiento del funcionamiento de los secretos de la naturaleza es el proceso denominado de “investigación filosófica”, caracterizada por una pretensión de universalidad¹⁸¹.

Por tanto, la *physis* es susceptible de ser conocida y entendida —a través de la razón humana o *logos*—, pero no sólo se limita a esta acción, sino que va más allá: sus movimientos y operaciones son susceptibles de ayuda o colocación, pero no “cualquier colocación o disposición”, sino la *disposición más adecuada* en cada caso que conformaría la idea de orden. Aunque en un principio ese orden es aplicado a “cualquier cosa”, esa idea de orden fue trasladada al conjunto de la realidad toda: el conjunto de todo lo existente que conforma un *kosmos* (los elementos que forman parte de él *están* donde tienen que estar y *actúan* como les corresponde)¹⁸².

Por otra parte, adentrándonos en el campo que más nos atañe, el ser humano posee una capacidad aprendida para ayudar a la naturaleza en la ejecución de sus movimientos y, en determinados casos, para perfeccionarla o suplirla. Esta aptitud del hombre recibió por los griegos la denominación de *tékhnê*, y de los latinos la de *ars*. En este sentido, la “acción técnica” requiere el conocimiento previo de la naturaleza de aquellas realidades sobre las cuales se quiere manipular¹⁸³. Por tanto parece que la *tékhnê* no es más que una manifestación humana de la posibilidad de la *physis* de perfección y, en el caso del

¹⁸¹ Se habla de la pretensión de conocer “la naturaleza de *todas* las cosas”. Por otra parte, para la cosmogénesis filosófica, el principio (si es auténtico principio) ha de ser, una realidad eterna, *permanentemente presente y activa*. Así, la noción de principio comporta dos rasgos: principialidad absoluta (nada hay antes o más allá de él) y la permanencia activa (sustancia permanente e indestructible de todas las cosas). En lo que respecta a la atribución de este pensamiento por vez primera, existen razones para asignarlo a Anaximandro. (CALVO MARTINEZ, T.: “La noción de la Physis...”, op. cit., pp. 23-26).

¹⁸² CALVO MARTINEZ, T.: “La noción de la Physis...”, op. cit., p. 29.

¹⁸³ Así, en el supuesto de actuación sobre el ser humano enfermo hablaríamos de *tékhnê iatrikê* o técnica médica. Ahora no se atiende a la presunta voluntad sanadora de “un quién”, “un cómo” o “un dónde”; como en el caso de las curaciones mágicas, sino que se presta atención a “lo que las cosas son” por su propia naturaleza, y al “por qué” de las acciones. (LAIN ENTRALGO, P.: *La relación...*, op. cit., p. 41).

traslado al campo médico, de la Facultad de retrotraerla a su armonía inicial o perfección. No obstante dicha capacidad de intervención en la *physis* de las cosas a través de la *tékhnê*, existen una serie de acontecimientos o hechos necesarios de un modo absoluto, en el sentido en que la propia voluntad del ser humano nada puede hacer, son irremediamente necesarios, denominándolos *anáankê* o “necesidad”¹⁸⁴.

Por tanto, en base a una *physio* (naturaleza) *-logia* (ciencia o estudio a través de la razón), surgirá una *physiologia humana* o ciencia médica, en la que el ser humano estudiará qué es la enfermedad, qué es el hombre en tanto que enfermo y por último, qué es el remedio utilizado para la curación¹⁸⁵. A partir de Alcmeón de Crotona e Hipócrates, surgirá el arte de curar o *tékhnê iatriké*, pero ésta no hubiera surgido sin el pensamiento de los filósofos presocráticos —Tales, Anaximandro, Pitágoras o Demócrito—, que de un modo u otro asentaron las bases de un conocimiento científico y que hemos atisbado de modo muy somero en las líneas previas.

2.1.2. *El nacimiento de la medicina hipocrática*

Como hemos visto, los pensadores presocráticos y sus discípulos consideraron que la *physis* era el principio racional, el fundamento de toda la realidad y, por tanto, el concepto de la misma. Esta noción es esencial para comprender el alcance de la medicina griega. Así, aplicado al campo de la medicina, por una parte se establece el principio de la naturalidad de la enfermedad y por otra se traspone al cuerpo humano la misma noción de *physis*¹⁸⁶. En este sentido el cuerpo humano sería como una “realidad cualquiera”, vistas las ideas advertidas anteriormente, por lo que es susceptible de cognoscibilidad, de entendimiento y de intervención por parte del ser humano con una consecuente y potencial mejora.

En la Grecia clásica de los siglos VI y V a. de C. existían dos modos de entender la medicina: por una parte se encontraba la basada en el culto de Asclepio (Esculapio para

¹⁸⁴ LAIN ENTRALGO, P.: *La relación...*, op. cit., pp. 41-42. Esa idea está subyacente en el pensamiento de Demócrito “el movimiento de los átomos no se remite a nada, tiene lugar —digamos—”porque sí” (...) nada tiene lugar casualmente, “todo se produce por necesidad” (MARTINEZ MARZOA, F.: *Historia de la Filosofía...*, op. cit., p. 88).

¹⁸⁵ Surgirá una *physiología* humana (anatomía y fisiología en el sentido actual de las palabras), una *pharmakología* o ciencia natural de los remedios, una *pathología* o ciencia natural de los modos de enfermar y una *tékhnê therapeutiké* o doctrina científica del tratamiento. . (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 48).

¹⁸⁶ BADILLO ABRIL, R., “Medicina en la Antigüedad Clásica...”, op. cit., p. 177.

los romanos)¹⁸⁷, y por otra, una de carácter artesanal o técnico que se enseñaba en algunas escuelas —Cnido, Cos, Crotona o Cirene—, donde se mostraban diversas nociones de anatomía, fisiología o farmacología¹⁸⁸. En este contexto, algunos de esos médicos de las citadas escuelas fueron influenciados directamente por los filósofos presocráticos aludidos, lo que dio lugar a la transmisión de un “fundamento filosófico” a aquel conjunto de prácticas empíricas. La enfermedad se concibió de una forma nueva, configurada dentro del modo ya técnico de entender y experimentar la medicina. Dentro de este grupo surgió Alcmeón de Crotona, que introdujo la “concepción fisiológica de la enfermedad”¹⁸⁹. De acuerdo con sus conceptos, el tratamiento de las enfermedades consistirá en proveer la acción de la fuerza contraria a aquella cuyo exceso o deficiencia produce la enfermedad: frío contra calor, sequedad contra humedad, etc.¹⁹⁰. Él fue el iniciador de lo que llamamos “medicina hipocrática”, la primera medicina técnica de la historia occidental, entendiendo como tal el paradigma que rige la teoría y la práctica médica en Occidente desde finales del siglo V y comienzos del IV a. de C.¹⁹¹.

En este sentido, podríamos afirmar que, así como en la época homérica el hombre es definido sobre todo a partir de su relación con los dioses, en la medicina hipocrática de la era clásica se propone la visión del ser humano en su relación con el universo que le

¹⁸⁷ Asclepio se consideraba el mítico fundador de la medicina, hijo de Apolo, dios sanador y protector de la medicina, fue discípulo, según la leyenda del centauro Quirón. Así, en esta época histórica, se hallan en Grecia varios templos consagrados a Asclepio, allí se trataba de curar a los enfermos, recurriendo a prácticas supersticiosas y mágicas. (LÓPEZ FÉREZ, J. A., “Hipócrates y los escritos hipocráticos: Origen de la medicina científica”, UNED, *Epos: Revista de filología*. Año 1986, n. 2: 157-175). Sobra decir que el término “asclepiada”, tan comúnmente usado por los historiadores de la medicina antigua, proviene de este ejercicio. Así, se aplicaba a aquellas familias o grupos profesionales relacionados con la práctica de la medicina en estos templos consagrados a Asclepio y a sus propiedades curativas.

¹⁸⁸ Debe diferenciarse esta medicina de carácter técnico posterior con la empiria tradicional, que consiste en repetir la práctica que en un determinado caso se ha mostrado favorable. Así, empíricos habituales fueron los cirujanos militares de la *Ilíada* y los terapeutas de la medicina pre-hipocrática. (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 47).

¹⁸⁹ BADILLO ABRIL, R., “Medicina en la Antigüedad Clásica...”, op. cit., p. 177; LAIN ENTRALGO, P.: *La relación...*, op. cit., p. 42.

¹⁹⁰ Alcmeón de Crotona estaba convencido de que la salud del cuerpo y del espíritu dependía de la isonomía, entendida esta palabra como equilibrio, equidad, armonía o, en cierto sentido, la democracia de las fuerzas húmedo-secas, frío-calientes, amargo-dulces y de otras. (VEGA-FRANCO, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud...”, op. cit., p.261).

¹⁹¹ ALSINA CALVÉS, J., “Modelos de estructura y dinámica científica en la medicina hipocrática”, *Llul*, vol. 25, 2002, pp. 5-16.

rodea¹⁹². Esta idea es fundamental, como líneas más abajo veremos, para entender la concepción de la moralidad en la mentalidad de la Grecia clásica y el motivo por el cual en el origen de la tradición médica se encuentra el principio de beneficencia o de actuación según el “bien del enfermo”. Por otra parte se constata que, si bien el hombre es débil, esta debilidad pudiera ser contrarrestada, o al menos, enfrentada con la propia razón: se propone una reconstrucción de la concepción de la humanidad fundamentada en dos ideales; la visión realista de la fragilidad del ser humano y una fe entusiasta en el poder de la razón¹⁹³.

En lo que respecta a la medicina hipocrática como primera “medicina técnica”, la figura de Hipócrates adquiere obviamente decisiva importancia. A esta celebridad se le considera el padre de la medicina, al igual que a Herodoto de la historia. La realidad es que el médico de Cos pertenece a esa larga generación de médicos que se proclamaban descendientes del dios Asclepios¹⁹⁴.

Por otra parte, en lo que respecta a la autoría del *Corpus Hippocraticum*, conjunto de escritos vinculados tradicionalmente a este personaje, es una cuestión en suma discutida¹⁹⁵. Éste no es un asunto que se ciñe a la época contemporánea, sino que es una cuestión antigua, planteada hace ya mucho tiempo, pudiéndonos remontar al siglo II d. de C.¹⁹⁶. Por *Corpus Hippocraticum* podemos entender la colección de escritos

¹⁹² Esta nueva visión del hombre se hace patente en la parte del *Corpus Hippocraticum* titulada *Aires, aguas y lugares*, considerado el primer tratado de climatología y la primera investigación antropológica. (GARCIA SOLA, M. C., “El médico en la antigüedad clásica”, en García González, J. M., Pociña Pérez, A. (eds.), *Grecia y Roma: Las gentes y sus cosas*, Universidad de Granada, Sociedad Española de Estudios Clásicos, Granada, 2003, pp. 121-122).

¹⁹³ GARCIA SOLA, M. C., “El médico en la antigüedad...”, op. cit., op. cit., p. 123.

¹⁹⁴ *Ibidem*, p. 121.

¹⁹⁵ Así, algunos autores defienden “es probable que Hipócrates haya escrito pocos o ninguno de los libros que componen el *Corpus Hippocraticum*, sin embargo es el espíritu el que se aprecia en ellos” (BADILLO ABRIL, R., “Medicina en la Antigüedad Clásica...”, op. cit., p. 179); “la opinión más extendida es la que sostiene que un pequeño número de tratados (*Pronóstico, Sobre las articulaciones, Sobre las fracturas, Epidemias I y II, Sobre la dieta en las enfermedades agudas* y algunas secciones de los *Aforismos*) es atribuible a Hipócrates” (LÓPEZ FÉREZ, J. A., “Hipócrates y los escritos hipocráticos...”, op. cit., p. 161); “la tendencia hipercrítica de la filología del siglo XIX culmina con la afirmación de Wilamowitz quien decía que Hipócrates es un simple nombre, detrás del cual no hay ningún escrito, tesis rematada por Edelstein en pleno siglo XX” (ALSINA, J., *Hipócrates. Tratados Médicos*, Anthropos, Barcelona, 2001, pp. XIV-XV).

¹⁹⁶ “(...) entre los primeros comentaristas de las obras hipocráticas, tal como recoge Galeno en el siglo II, surgió la pregunta de qué tratados eran hipocráticos y cuáles no” (LÓPEZ FÉREZ, J. A., “Hipócrates y los escritos hipocráticos...”, op. cit., p. 161).

médicos griegos que comprende algo más de medio centenar de tratados referidos a una amplia temática (por no mencionar la diferente orientación intelectual entre unos y otros) y redactados en prosa jónica, cuestión muy significativa, ya que este lenguaje era el medio de comunicación de los intelectuales prestigiados en esta época. Los escritos más significativos, que son los que constituyen el centro fundamental de la colección, fueron compuestos entre 420 y 350 a. de C., que es la etapa que podemos considerar como definitiva en la formación de la doctrina hipocrática. Por tanto, los textos principales fueron compuestos por médicos contemporáneos de Hipócrates, si no por él mismo o por sus discípulos más próximos, considerando que la fecha del nacimiento de Hipócrates fue en el 460 a. de C.¹⁹⁷.

Pese a las diferencias que de hecho existen entre los diferentes escritos que componen la colección hipocrática, se considera que constituyen un denominador común de la *tékhne iatriké* de los griegos durante el siglo de oro de la medicina helénica. Además, esa diversidad no excluye la existencia de un único y mismo espíritu asentado a lo largo de todos los textos que lo componen¹⁹⁸. No obstante, son estos textos que componen el cuerpo hipocrático los que merecen nuestra atención, ya que ellos recogen los principios y fundamentos de la práctica de la medicina y orientan al tipo de relación clínica existente.

En este sentido, siguiendo a Alsina, en lo que respecta a los rasgos que han contribuido a configurar el *Corpus* como una *tékhne* médica hipocrática, podemos establecer tres premisas¹⁹⁹:

-Por una parte, la existencia de una concepción desacralizada de la *physis*. Sobre esta cuestión ya nos hemos referido al mencionar el nacimiento del pensamiento racional y la filosofía natural en el anterior epígrafe.

-Además, el propio *Corpus* establece una metodología particular, en la que combina experiencia y observación. No debemos de confundir esta sistemática con la de la empiria, que se limita meramente en repetir una determinada práctica que en un

¹⁹⁷ GARCIA GUAL, C., "Introducción General", en, *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983, pp. 9-11.

¹⁹⁸ LAIN ENTRALGO, P., *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Anthropos, Barcelona, 1987, pp. 163-164; "estos textos difieren en fechas, escuelas, temas, forma, contenido y lenguaje, estilo y pensamiento filosófico (...) lo más importante son sus rasgos comunes. (BADILLO ABRIL, R., "Medicina en la Antigüedad Clásica...", op. cit., p. 179).

¹⁹⁹ ALSINA, J., *Hipócrates...*, op. cit., p. XVII.

determinado caso se ha mostrado favorable. Ahora la *tékhne iatriké* o técnica médica consistirá en hacer algo con alguna precisión científica, “sabiendo *qué* se hace y *por qué* se hace aquello que se hace”²⁰⁰.

-Y por último, un pensamiento deontológico elevado, que refleja la ética médica imperante en ese momento. Este último aspecto es esencial en nuestro objeto de estudio, ya que va a ser el que va a orientar el “comportamiento ético” del médico para con el paciente, sin olvidar que desempeña su *tékhne* en la *polis* griega.

La medicina hipocrática por tanto, es un hecho histórico sumamente trascendental, ya que se conceptúa como el modelo o matriz que va a regir durante los posteriores siglos la práctica médica en occidente. Además, es un hecho revolucionario, ya que se trata del primer intento de explicación científica, o al menos racional, de una parte de la realidad: el cuerpo humano, la salud y la enfermedad. No pretende únicamente una explicación teórica de esta realidad, sino que también busca una acción operativa y transformadora que no es otra que la de curar enfermedades²⁰¹.

En nuestro estudio no vamos a tratar de ese hecho trascendental desde el punto de vista “científico” o “biológico”, sino que la tarea va a estar enfocada desde otra perspectiva: la referente a la descripción de la relación que se produce desde este momento histórico (y que va a perdurar en mayor o menor medida desde el siglo V a. de C. hasta bien entrado el s. XX) entre el médico y el enfermo.

2.2. La justificación del paternalismo médico

Como ya dijimos más arriba, con Alcmeón de Crotona e Hipócrates de Cos, se comienza a entender una nueva forma de ayudar al enfermo. Se le concibe en cuanto ser humano enfermo y, se emplea en ese socorro una técnica médica (o *tékhne iatriké*), es decir, se actúa de un determinado modo para conseguir un determinado fin. Pero esa asistencia para con el enfermo va a estar caracterizada por una serie de rasgos iniciales, conformando cada una de las partes de la relación sanitaria (médico por una parte y paciente por otra) una determinada posición en la misma. En las siguientes líneas procederemos a ver los rasgos de ese particular vínculo, así como la justificación de éste. No obstante, debemos precisar que no existió una concepción de esta práctica

²⁰⁰ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 47.

²⁰¹ “La medicina griega no es sólo sabiduría (*sofía*), sino arte (*tékhne*). (ALSINA, J., “Modelos...”, op. cit., pp. 7-8).

totalmente uniforme²⁰², como luego veremos, aunque pueden establecerse varios rasgos principales y esenciales que la caracterizaban y un fundamento común que propició los mismos. En este sentido, consideramos que debemos reparar en diversos elementos que condicionaron la particular relación entre el médico y el enfermo en la Grecia clásica y que sobrevivió durante varios siglos en la forma de entender la atención sanitaria al paciente. Por tanto, nuestra aspiración es no sólo describir la situación existente, sino, además, esclarecer los motivos que propiciaron la misma. Intentaremos explicar mejor este conglomerado de ideas en el siguiente subepígrafe.

2.2.1. *El orden natural y la justicia social*

Un factor que debemos tener en cuenta es la propia concepción que, para la mentalidad griega, tenía el orden social y político y que se transmutó, o más bien extendió sus ideas esenciales a los diferentes campos de la vida (entre ellos la medicina), aunque parece que más bien se produce un proceso de retroalimentación expansiva en las distintas áreas. Nos referimos a la idea de la justicia, que es “la virtud perfecta”. Justo es lo ajustado al orden natural, no lo equitativo o igualitario²⁰³. Considero una cuestión bastante gráfica que *dike* es, en su origen, la decisión del rey, del juez en la lucha de bandos y por tanto, procede de los superiores²⁰⁴. Así, esta decisión puede ser arbitraria o equivocada, por lo que la misma deberá estar sometida a un juicio más alto, *Dike* en sentido de justicia natural. Esta idea es esencial en las formas de hablar y pensar griegas: la creencia en la existencia de una alta instancia a cuyo juicio todo dictamen terreno se encuentra subordinado. La justicia se presenta como una forma de ordenación, tiene su principio en el hombre y a partir de ahí, se extiende siempre más lejos, constituyendo así, una analogía del pensamiento clásico

²⁰² “El examen de las fuentes, particularmente los diálogos platónicos, muestran que el modo de esa relación difería mucho según el enfermo fuese libre y rico, libre y pobre o esclavo” (LAIN ENTRALGO, P.: *La relación...*, op. cit., p. 48). A este asunto nos referiremos unas líneas más abajo.

²⁰³ MICHELI-SERRA, A., “En torno a la ética profesional del médico”, *Gaceta Médica de México*, Vol. 140 N° 1, 2004, pp. 89-92; GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 28-29.

²⁰⁴ Esto supone una significativa diferencia en contraste con la palabra latina “derecho”, *ius*. El término parece proceder como “fórmula salvadora”, en especial en las ceremonias del derecho de la época antigua, fórmula de la cual se sirven los bandos en lucha para conseguir sus demandas. (KLINGER, F., “Idea de justicia de Hesíodo a San Agustín”, *Revista de estudios políticos*, n° 72, 1953, pp. 23-36).

entre familia y Estado²⁰⁵. La justicia se conforma en el pensamiento griego como “justeza”, que es una propiedad formal de la naturaleza.

En directa relación con la precisión anterior puede añadirse otra idea que no es otra que el pensamiento platónico del orden social. Al igual que en el individuo, en la sociedad pueden conformarse tres niveles: el nivel de los magistrados y gobernantes, el nivel de los guardianes y por último el nivel de los artesanos y agricultores. Del equilibrio y de la armonía entre unos y otros (al igual que en la naturaleza individual del hombre), se logrará la virtud de la justicia, que ordenará a los individuos al todo, redundando al beneficio global²⁰⁶. El ideal político platónico se corresponde con el gobierno de esos niveles inferiores por el *logos*, por los gobernantes, que actuarán en beneficio de la comunidad, ya que la misma no sólo es ignorante, sino que además no está capacitada para entender las razones y necesidades de la comunidad²⁰⁷. Por tanto, puede observarse que el modelo de gobierno es más “aristocrático” de lo que pudiera parecer a primera vista, ya que la dirección del pueblo sólo está reservada a unos pocos, o, en palabras de Platón la dirección del pueblo estará constituida por “la forma de gobierno que pueda encontrarse en los jefes dotados de su ciencia en realidad, no en apariencia tan sólo”²⁰⁸.

Por tanto, sólo el sabio sabe lo que es mejor para la comunidad, ya que ésta desconoce qué es lo mejor. Gobernando por y para el bien de todos se está actuando de modo benevolente y lícito. En este caso, hasta la mentira y el engaño estarían plenamente legitimados, por lo que los gobernantes podrían utilizar estas técnicas. Sobre estos asuntos volveremos a incidir más adelante, en la parte correspondiente a los caracteres de la relación entre médico y paciente en la época hipocrática.

²⁰⁵ Tanto Platón como Aristóteles nos ofrecen textos significativos de esa analogía, del entendimiento del “menos al más”: Platón intenta hacer de “su república” una gran familia. (DE LUCAS, J., “Sobre el origen de la justificación paternalista del poder en la antigüedad clásica, Política”, *DOXA*, nº 6, 1988, pp. 243- 249).

²⁰⁶ Así, *logos* era sabiduría y prudencia, virtudes propias de los magistrados y gobernantes; la *andreia* o fortaleza pertenecía a los guardianes y en los artesanos y agricultores predominaba la función de satisfacer las necesidades de la ciudad, por lo que deberá de prevalecer la *sophrosyne* o templanza. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 29).

²⁰⁷ El pueblo es ignorante y enfermo, debe estar inerte ante el gobernante, que conoce y que cura, aunque la medicina sea dolorosa o contraria a los deseos del enfermo. (DE LUCAS, J., “Sobre el origen de la justificación paternalista...”, op. cit., p. 247).

²⁰⁸ PLATÓN, “Político”, en *Diálogos*, 293d, trad. RICO GOMEZ, M., Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2007, p. 1169.

Si los griegos consideraron que las relaciones familiares son un microcosmos dentro de la concepción del macrocosmos que conforma el Estado, dentro del ámbito privado la familia patriarcal clásica también ostentaría igual estructura: un *pater familias* que gobierna a sus hijos y mujer en su propio ámbito doméstico. De igual modo, el médico podía considerarse como un pequeño patriarca que ejerce el dominio sobre sus pacientes, en el propio beneficio de éstos, eso sí, pero exigiéndoles obediencia y sumisión.

Así, como bien dice Gracia, desde tiempos bien antiguos, las relaciones humanas pueden dividirse en tres categorías: monárquicas, oligárquicas y democráticas. Además, esta distinción es en cierto modo genética o evolutiva, en el sentido que todas las relaciones comienzan siendo monárquicas, para progresar poco a poco hacia las democráticas²⁰⁹. La relación entre el médico y su paciente no ha sido una excepción, y podemos observar cómo ésta ha evolucionado de modo similar a como lo han hecho la mayoría de sociedades en la historia. No obstante, debemos reconocer que ese logro “democrático” en la relación sanitaria ha sido más bien tardío, y el sentimiento monárquico primero y el oligárquico más tarde, ha sido el imperante a lo largo de los siglos. Esto nos evidencia que, al menos en sus orígenes, existe una estrecha vinculación entre el pensamiento filosófico “político” y el “médico”, en el sentido de que la medicina como ciencia, se considera un particular campo en el que aplicar las primeras ideas filosóficas morales. El nacimiento del pensamiento filosófico como pensamiento especulativo que intenta el convencimiento mediante la reflexión y el razonamiento se extendió a los diferentes campos de la vida. El orden y el equilibrio no sólo se aplicaron a la ciencia y a la medicina, sino también a la política y al orden de la sociedad.

2.2.2. *Concepción de la enfermedad*

Por otra parte, la comprensión que los griegos tenían de la propia concepción de la enfermedad y del ser humano enfermo, así como su etiología y las consecuencias de la misma, resulta de vital importancia para comprender el fenómeno que estamos tratando. El *Corpus Hippocraticum* destaca por un intento de autonomía del saber médico respecto a las teorías filosóficas generales. El empeño hipocrático se fundamenta en cimentar la medicina como saber, pero al mismo tiempo, pretende encontrar una serie

²⁰⁹ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 24.

de prescripciones para la actuación del médico con una finalidad muy clara y determinada: velar por el mantenimiento de la salud y alejar las dolencias del cuerpo²¹⁰.

La concepción de la salud como equilibrio interno y de la enfermedad como un excesivo predominio de un elemento sobre los demás, fue expuesta por Alcmeón, y recogida por los médicos hipocráticos, pero la medicina hipocrática lo que hace no es recoger directamente ese pensamiento, sino más bien “redefinirlo”²¹¹. Así, la enfermedad ya no es algo sobreañadido a la realidad individual del paciente, sino que ésta puede considerarse como un “desorden interno” de esa propia realidad que es el individuo. Así, Alcmeón de Crotona introdujo la idea de desequilibrio como “predominio de uno de los elementos” (*monarkhía*), en la medicina hipocrática se va a hablar de “desorden de los elementos” (*ametria*), en sus diferentes tipologías. Se trata por tanto de una “desarmonía de la propia *physis*”²¹². El fin del médico, por tanto, sería restablecer ese orden natural del paciente, que al fin y al cabo, y en la propia “mente científica del profesional” no es más que la restitución del bien natural y objetivo inherente al propio ser humano.

En la filosofía griega, desde los tiempos más antiguos, surge la idea de armonía vinculada con el mismo orden divino del mundo. Esta idea de equilibrio se transmuta en “el bien” o “el orden” a los diferentes campos de la realidad: así, la justicia (*dike*) es la búsqueda de la restitución de la armonía perdida. Este desequilibrio o desarmonía se produce entonces en el momento en que la enfermedad surge. Los médicos griegos atribuían todas las anormalidades físicas a la misma causa, descubriendo que “la misma justicia erigida por los filósofos en principio del cosmos, gobierna la vida orgánica del cuerpo humano”. Así, el orden ideal de los elementos que la medicina llama salud es la recta armonía de los polos opuestos comprendidos en el cuerpo²¹³.

La idea que resulta fundamental es que este pensamiento médico griego fue trasladado posteriormente al ámbito jurídico y político, o viceversa, dando como resultado el ideal de la vida política. Esta recíproca fecundación del pensamiento jurídico con el estudio filosófico y médico de la naturaleza, y de éste por aquel, es uno de los

²¹⁰ GARCIA GUAL, C., “Introducción General...”, op. cit., p. 48.

²¹¹ Ibídem, p. 49.

²¹² Así, podría hablarse de “desorden de la mezcla de los humores” (*dyskrasia*) o “desorden en el flujo del pneuma” (*dysroia*). (LAIN ENTRALGO, P., *La curación...*, op. cit., p. 166).

²¹³ JAECER, W., “Alabanza de la ley. Los orígenes de la filosofía del derecho y los griegos”, *Revista de estudios políticos*, No. 67, 1953, pp. 17-48.

fenómenos más interesantes de la historia del espíritu griego. Así, el pensamiento griego descansa en el supuesto de que la justicia es la clave que conduce a la naturaleza misma de las cosas. Por ello, trataron de saber lo que es justo y saludable en el sentido social partiendo de la observación de la salud y la enfermedad, la normalidad y la anormalidad en la vida de la naturaleza²¹⁴. En la base de ese intento de comprensión se encontraba la idea fundamental de la existencia de una sucesión invariable de causa-efecto, en el sentido de la presencia de una especie de retribución o compensación impuesta a todo cuanto existe por una justicia suprema inherente a la naturaleza misma. Este pensamiento, también es aplicado a cualquier parcela de la vida susceptible de entendimiento.

En este momento debemos aplicar a modo de silogismo una argumentación que consideramos es la clave para entender una de las partes del fundamento del paternalismo en la ética médica de la Grecia clásica: si entendemos que el equilibrio y la armonía en general es el fundamento de la virtud moral (ya que como hemos visto, los griegos trasladan esa simetría a todos los campos de la realidad), y la falta de la misma debe ser corregida, es lícito deducir que el ser humano enfermo es un sujeto “inmoral” o “desequilibrado”. Esta concepción no debemos entenderla aplicando nuestras connotaciones peyorativas contemporáneas, sino intentando adentrarnos en el razonamiento griego: “la moral es una cuestión estrictamente física, de tal modo, que el equilibrio fisiológico es el fundamento de la virtud moral de la “templanza”²¹⁵.

Por tanto, la medicina griega definió la salud como disposición natural y la enfermedad como disposición antinatural. En lo que respecta a la propia etiología de la enfermedad, ésta ya ha dejado de ser consecuencia de contaminación o castigo y es vista como la consecuencia del efecto de una “acción natural” lo suficientemente aberrante para perturbar de modo patológico el equilibrio en que la salud consiste. Por otra parte, además de considerar la existencia de una causa directa o natural que provoca la enfermedad, cuando la transgresión del buen orden de la naturaleza ha sido culpa del paciente (esto se hace patente en el escrito *Sobre la medicina antigua* o *Sobre los aires, las aguas y los lugares del Corpus*), también estiman la enfermedad como *atykhia*, un infortunio azaroso y exento de culpa, lo que no significa que atribuyesen una causa divina o sobrenatural a dicha generación (este supuesto se recoge en el texto titulado

²¹⁴ *Ibíd.*, pp. 27-28.

²¹⁵ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 26-27.

Sobre la enfermedad sagrada)²¹⁶. Así, denominó las enfermedades “por necesidad forzosa” de la naturaleza que atentan contra su esencia o sustancia y las enfermedades “por azar”, que no afectan a la salud de los hombres más que de manera accidental²¹⁷. Posteriormente, esa distinción entre enfermedades “por azar” y enfermedades “por necesidad forzosa” fue sustituida por la de enfermedades “agudas” y “crónicas”, diferenciándose por las causas que las producen, siendo un tema de enorme trascendencia en la medicina griega²¹⁸. Esta diferenciación resulta interesante en lo que respecta a la propia actuación del médico, pero sobre ello hablaremos más adelante.

Aunando ambos conceptos (por “azar” y por “necesidad”) podemos afirmar que los griegos concibieron las causas de la enfermedad y de su tratamiento en términos de retribución²¹⁹. Si la justicia es lo bueno, lo natural, lo inviolable o al menos lo respetable, y existe una ley natural universal, una ley divina o justicia cósmica, esto también es aplicable al ámbito salud-enfermedad. Ya que si la salud es lo naturalmente divino, se deberá tender a ese estado. Lo *bueno* para un griego es aquello que ocupa su lugar en el orden natural, lo ordenado, independientemente de si se trata de algo “físico”

²¹⁶ LAIN ENTRALGO, P., *La curación...*, op. cit., p. 166. El primero de los casos, enfermedad por causa directa provocada por una actuación del hombre se recoge en el texto *Sobre la medicina antigua*, refiriéndose a la alimentación como justificación de la enfermedad: “En efecto, dado que sufrían numerosas y terribles dolencias por causa del régimen violento y brutal que seguían, en razón a que se alimentaban de productos crudos y sin mezclar, y cargados de fuertes cualidades (...) entonces buscaron una alimentación que se adaptara a su propia naturaleza, y llegaron a descubrir la que hoy hemos adoptado”.

En el texto titulado *Sobre los aires, las aguas y los lugares* evidencia la climatología y la meteorología como efectos directos de provocación de unas u otras enfermedades: “Una ciudad expuesta a vientos cálidos y que esté resguardada de los vientos del norte, es fuerza que tengan aguas abundantes, salubres y superficiales, calientes en verano y frías en invierno, y también que, en tal ciudad, los hombres tengan la cabeza húmeda y seca en pituita, asimismo, tendrán con frecuencia a los intestinos perturbados por la pituita que fluye desde la cabeza”. (ALSINA, J., *Hipócrates...*, op. cit., pp. 15-65).

Por otra parte, en lo que respecta a la enfermedad cuyo origen es azaroso e incierto también se recoge en palabras como las que reúne el texto *Sobre la enfermedad sagrada*: “la enfermedad esta en nada me parece que sea más divina que las demás, sino que tiene su naturaleza como las otras enfermedades, y de ahí se origina cada una. Y en cuanto a su fundamento y causa natural, resulta ella divina por lo mismo por lo que son todas las demás. Y es curable, no menos que otras, con tal que no esté ya fortalecida por su larga duración hasta el punto de ser más fuerte que los remedios que se le apliquen”. (GARCIA GUAL, C., “Sobre la enfermedad sagrada”, en *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983, p. 405).

²¹⁷ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 36.

²¹⁸ “Las enfermedades crónicas son de instauración muy lenta y suelen deberse a un desarreglo de las costumbres, son “enfermedades morales”, ya que tienen por causa el desarreglo de las *mores* o costumbres. Las enfermedades agudas por su parte surgen de modo abrupto, súbito y profundo, teniendo un carácter más “religioso” que propiamente moral. (Ibíd., p. 37).

²¹⁹ JAECER, W., “Alabanza de la ley...”, op. cit., p. 27.

o “psíquico”. Pero no sólo la bondad es lo natural, sino también la salud y la belleza; por tanto, la maldad, la enfermedad y la fealdad son en cierto modo “antinaturales” o “contranaturales”.

Vistas las líneas de pensamiento anterior, en la concepción del enfermo en la antigüedad griega clásica se entremezclaban lo moral con *lo físico*, o más bien, reducían todo a esto último. En consecuencia, la propia enfermedad parece que va a afectar al juicio moral y a la capacidad de razonamiento del propio enfermo: ahí es cuando se justifica la actuación del médico como necesaria. Gráficas son estas palabras recogidas en los *Preceptos* hipocráticos:

“Realmente los enfermos, mientras permanecen mudos a causa de su dolorosa situación, se privan a si mismos de la vida. Pero el que tiene en sus manos al enfermo, si muestra los descubrimientos de su oficio, conservando la naturaleza sin alterarla, obtendrá el beneficio del momento o eliminará la desconfianza inmediata”²²⁰.

2.2.3. *La ciencia médica y la asistencia*

El último de los elementos que consideramos esencial para entender el originario fundamento de esa particular atención al ser humano enfermo es la concepción de la ciencia médica y de la propia asistencia que poseían en la mentalidad de la Grecia clásica.

Como ya hemos adelantado, a lo largo de este siglo los griegos van a concebir un nuevo modo de entender la ayuda al enfermo, que no es otro que la *tékhne iatriké* o “técnica médica”, apoyada intelectualmente en la *physiología* o ciencia general de la naturaleza. A partir de la misma surgirán una *physiología* humana, una *pharmakología* o ciencia natural de los remedios, una patología o ciencia natural de los modos de enfermar y una *tékhne therapeutiké* o doctrina científica del tratamiento²²¹.

De este elemento, y de la consideración del enfermo como necesitado de la atención médica, se constituye la configuración de esta primigenia asistencia. Así, como hemos visto más arriba, el ser humano enfermo, debido a su propia enfermedad, se incorpora a

²²⁰ GARCIA GUAL, C., “Preceptos...”, op. cit., 9, p. 315.

²²¹ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., pp. 46-47.

una particular situación. La enfermedad perturba la capacidad de juicio y desvía al hombre del bien. El ser humano no es sólo un incapacitado físico, sino también moral²²². Por tanto, la atención y asistencia del médico están plenamente legitimadas, ya que son la única manera de que el enfermo se retrotraiga a su situación natural de legítima salud, sumando además el hecho de que éste, por sí mismo, no está capacitado para hacerlo.

En este sentido, la medicina se constituye en su conjunto como profesión y como ciencia práctica, como *tékhne* o actividad técnica, que no es sólo capaz de producir unos determinados efectos previstos por sus reglas, sino también de dar razón del proceso y de sus causas. Así, se opone a la acción de la mera práctica rutinaria, *tribe* o *empeiría*, y a la actuación del azar o la suerte, *týchē*, que producen unos resultados que no se pueden explicar o prever. La experiencia y la experimentación son el fundamento de la investigación y de la técnica, es decir, de la ciencia que es inductiva y práctica²²³.

La práctica terapéutica deja de ser empirismo rutinario, operación mágica o purificación del enfermo para transformarse en “arte” o *tékhne*. La medicina se convierte en la primera de las *technai* que, dentro de la sabiduría tradicional, adquieren realidad propia, tanto en el orden intelectual como en el social, y de ahí su indudable prestancia en la vida griega de la segunda mitad del siglo V²²⁴.

Así, sólo el médico es el poseedor de ese conocimiento, de esa técnica médica, él es el que a través de la observación y del razonamiento, intentará dominar a la enfermedad. Este método de sometimiento de los padecimientos “con el examen de la inteligencia” supone un discernir con unos criterios y a partir de un interpretar los datos sensibles que define a la medicina como un saber real que, precisamente por partir de unos datos sensibles, no alcanza el estatuto de *epistēmē* o ciencia pura, sino que se trata de una

²²² GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 42.

²²³ GARCIA GUAL, C., “Sobre la ciencia médica”, en *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983, pp. 102-103. El pensamiento del saber técnico fundamentado en la experiencia aparece en uno de los diálogos platónicos, concretamente en el Gorgias, en palabras de Polo, siendo una idea imperante en la Grecia clásica del siglo V: “Existen entre los hombres muchas artes elaboradas hábilmente partiendo de la experiencia. En efecto, la experiencia hace que nuestra vida avance con arreglo a una norma; en cambio la inexperiencia lleva al azar. De entre estas artes unos ejercen unas y otros otras de modo distinto, y los mejores practican las más elevadas.” (PLATÓN, Gorgias, 448c, op. cit., p. 103).

²²⁴ LAIN ENTRALGO, P., *La curación...*, op. cit., p. 167.

*tékhne*²²⁵. Este pensamiento también queda plasmado de nuevo en la obra platónica, al afirmar Sócrates: “La culinaria no me parece un arte, sino una experiencia, a diferencia de la medicina, y añadía que la medicina ha examinado la naturaleza de aquel a quien cura, conoce la causa de lo que hace y puede dar razón de todos sus actos”²²⁶. Por tanto, la medicina es considerada así como un auténtico saber técnico, e incluso como una auténtica profesión. La misma idea aparece en uno de los tratados del *Corpus Hippocraticum*, concretamente en *Sobre la ciencia médica*, en el que su autor realiza una apología de la medicina en su conjunto, tanto como profesión como ciencia práctica. Por otra parte, también su autor, además de afirmar que la medicina como técnica va más allá de la ayuda personal del médico, reconoce las limitaciones de la ciencia, tanto por sus medios como por la naturaleza de la enfermedad²²⁷. Así, en dicho texto se afirma:

“En primer término voy a definir lo que considero que es la medicina: el apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina”²²⁸, ó

“Cuando una persona sufre algún mal que es superior a los medios de la medicina, no se ha de esperar de modo alguno, que éste pueda ser superado por la medicina”²²⁹.

El autor de la obra reconoce que esta afirmación se constituye en un arma de doble filo, ya que, si bien considerar las limitaciones es un signo de humildad de los sabios, los ignorantes aprovecharán la ocasión para reprochar que “los que escapan de las enfermedades lo hacen por casualidad, y no por la ciencia”²³⁰.

²²⁵ GARCÍA GUAL, C., “Sobre la ciencia médica...”, op. cit., p. 105.

²²⁶ PLATÓN, “Gorgias 501^a”, *Diálogos...*, op. cit., p. 265.

²²⁷ La creencia en el poder de la ciencia en general y de la medicina en particular, se halló fundamentalmente limitada en la convicción de forzosidades inexorables en el propio seno de la naturaleza, frente a las cuales nada podrá hacer el médico. (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 55).

²²⁸ GARCÍA GUAL, C., “Sobre la ciencia médica...”, 3”, op. cit., p. 111.

²²⁹ *Ibidem...*, 8, p. 116.

²³⁰ En este sentido, los detractores de la ciencia del médico han solido aducir los siguientes argumentos:

1. Las curaciones son debidas al azar, son espontáneas.
2. Hay enfermos que recuperan su salud sin consultar al médico.

En todo caso, la idea de la necesidad de la ciencia médica y de su existencia subyace a lo largo de este tratado. Si bien el enfermo puede lograr por sí mismo la curación, o incluso en algunas ocasiones puede acontecer la muerte de algunos enfermos, esto no significa que la actuación del médico sea en todo caso necesaria. Sólo el médico es el único capacitado para, a través de su razonamiento e inteligencia, buscar una explicación a la enfermedad: “El médico, ya que no le ha resultado posible ver lo que causa el daño ni enterarse de oídas, lo aborda con su razonamiento”²³¹.

Por tanto, resulta esencial, el conocer a través, no sólo de la información oral del propio paciente, sino de la observación de los síntomas, y en este sentido:

“La medicina posee en sí misma eficaces razonamientos para sus curas, y que con justicia pueden negarse a atender las enfermedades que no tienen clara solución, y que puede tratar enfermedades sin cometer errores (...)”²³².

Por otra parte, esa asistencia al enfermo se fundamentaba en la voluntad de ayuda por parte del médico. Pero, no únicamente una simple voluntad de ayuda, sino una ayuda técnica. Debido a ese conocimiento y dominio de la ciencia médica, el buen médico “examina las causas de lo que realiza y es capaz de dar explicaciones”, como vimos líneas más arriba en palabras de Platón, y busca la curación y el alivio de su paciente. Así, el asclepiada técnico, debido al amor a su arte (*philotechnía*) que como médico ejercitaba, no buscaba otra cosa que el bien del enfermo²³³.

En este sentido, conjugando los elementos anteriormente vistos, podríamos precisar que, además del dominio de esta técnica y de este arte, el médico también es movido en su propia actuación por otro principio que suma, aún más, el reconocimiento de su ocupación y que constituye uno de los elementos esenciales que justifican el entendimiento del paternalismo en la asistencia del enfermo: el actuar haciendo el bien

3. A pesar de la ayuda médica, algunos pacientes mueren.

4. Los médicos se niegan a tratar otros casos, alegando que son desesperados.

(Ibidem..., p. 104).

²³¹ Ibidem..., 11, p. 119.

²³² Ibidem..., 14, p. 122.

²³³ LAIN ENTRALGO realiza una conjugación entre la *philanthropía* (o amor al hombre en cuanto hombre) y la *philotekhnía* (el amor al arte de curar), transmutando al médico en amigo del enfermo debido a su propia actividad médica. (*El médico...*, op. cit., pp. 48-56).

o al menos, con no maleficencia (*primum non nocere*). Sobre la precisión de estos principios y su acopio en los textos hipocráticos volveremos más abajo.

La idea que subyace es: si el profesional médico es por su propio entendimiento e inteligencia el único que conoce el arte de la medicina y si, además, lo que busca ésta es el bienestar del enfermo y la recuperación a su estado de salud natural ¿Cómo dudar de la legitimidad de dicha actuación? Sumando además que el enfermo es un sujeto débil, necesitado e incapaz en su autocuidado, el único modo natural de actuar para con éste es el paternalismo médico, por lo que no es una aberración moral, sino, todo lo contrario, dicha actuación se erige como absoluta y lícita necesidad. Veamos a continuación como se caracterizó esa actuación por y para el enfermo en la recién germinada medicina hipocrática.

2.3. Fundamento y repercusión del carácter sacerdotal del asclepiada

Si concebimos la situación en la cual actuamos por y para el bien de una persona, con un instinto natural de auxilio, nuestro comportamiento queda, al menos en principio, justificado. Si sumamos que sólo nosotros somos los especialistas en una determinada materia y los demás los “ignorantes”, cualquier actuación que redunde en beneficio de alguien, dentro del campo de nuestro arte y de nuestra técnica, va a estar más legitimada. Si a estos dos factores añadimos el hecho de que esa persona que necesita nuestra atención, a causa de su particular situación, se encuentra con una disminución en su capacidad de juicio y entendimiento, nuestro proceder está plenamente justificado y se constituye ahora en una necesidad absoluta y fundamental. Éste debió de ser el pensamiento que esos asclepiadas técnicos (y sus enfermos) concibieron a la hora de atenderlos, y por tanto, dentro de su mente y raciocinio, esa actitud no sólo estaba justificada, sino que, además, a los ojos de los demás fue encomiable.

El médico hipocrático y su propia actuación para con el paciente se erige con un carácter religioso y sacerdotal, lo que conlleva una serie de consecuencias de índole jurídico. Gráfico es el término *asclepiada* para designar a los médicos técnicos surgidos en la era del nacimiento de la medicina técnica. Así, en la mitología griega Asclepio o Asclepios fue el dios de la medicina y de la curación, venerado en Grecia en diversos santuarios. La medicina aparece como una especie de sacerdocio, en la que el médico es de algún modo mediador entre los dioses y los hombres y se constituye en hombre divino. El dominio de la *physis* por parte de los médicos, los va a constituir en médicos-

filósofos, van a ser los nuevos sacerdotes en el ámbito mundano, ostentando el poder de curar, de purificar, de santificar y por tanto de controlar “el paso de una margen a otra”, en una palabra, de “normalizar”²³⁴.

Esta idea queda manifestada en las primeras líneas del célebre *Juramento hipocrático*²³⁵:

“Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiea y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos (...)”²³⁶”

Así, la nueva deontología hipocrática plasmaría el ideal del médico apolíneo, con lo que habría también en él una motivación netamente religiosa²³⁷. La fórmula de comienzo del *Juramento* lo hace igual que los *Juramentos* de los tiempos antiguos, con una invocación a los dioses, y en primer lugar a los protectores del gremio del arte: Apolo como divinidad délfica y dios de la justicia y de la medicina; el divino Asclepio, émulo de Apolo y padre fundador de la familia de los médicos; sus hijas Higiea (salud) y Panacea (remediadora de todo), protectoras también del Asclepión de Cos, y todos los dioses en general, para dar una mayor solemnidad y realce al compromiso. Así, esta forma juramental es decisiva para el contenido, ya que le da un carácter vinculante y sagrado, aunque no se trate de un compromiso legal, sino de una simple promesa privada²³⁸.

Debido a la alta misión que le ha sido encomendada, tal y como el mismo *Juramento* establece: “ayudar al enfermo” y “preservarle de la injusticia y del daño”, al “paralelizar” medicina y sabiduría, el médico hipocrático se autoproclama *dios*:

“(…) hay que conducir la sabiduría a la medicina y la medicina a la sabiduría.
Pues *el médico filósofo es semejante a un dios*, ya que no hay mucha diferencia

²³⁴ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 41-56.

²³⁵ No debemos olvidar que un juramento es un compromiso solemne realizado ante Dios, por tanto, le pone por testigo y acepta su castigo en caso de transgresión o incumplimiento del mismo. (Ibídem, op. cit., pp. 50-51).

²³⁶ LARA NAVA, M. D., “Juramento”, en *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983, p. 77.

²³⁷ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 67-68.

²³⁸ LARA NAVA, M. D., “Juramento”, op. cit., p. 71.

entre ambas cosas. En efecto, también en la medicina están todas las cosas que se dan en la sabiduría²³⁹,”

En este sentido se ha afirmado que de la naturaleza que denominamos *kosmos* y que está sometida a una autoridad divina, una parte de la misma estaría reservada al médico. Así, el *kosmos* poseería tres órdenes: el orden del macrocosmos cuyo representante es el sacerdote, el del mesocosmos o de la *polis*, reservado al gobernante o rey; y, por último, el del microcosmos o del cuerpo humano, destinado al médico²⁴⁰. Puede apreciarse que, en el escrito *Sobre la decencia*, se mantiene que el médico, al igual que el sacerdote, está en contacto con el mundo de los dioses, de los que recibe algún tipo de ayuda o consideración:

“De hecho, también en la mente del médico el conocimiento del mundo de los dioses está estrechamente vinculado a la medicina; pues en las afecciones en general, y especialmente en los accidentes, la medicina se encuentra, en la mayor parte de los casos, en una posición de favor por parte de los dioses”²⁴¹.

En similar línea de pensamiento, la palabra dirigida a la divinidad que recibe técnicamente el nombre de plegaria también fue recogida en el escrito *Sobre la dieta*, solicitando a los dioses que el resultado de sus prescripciones sea favorable:

“Así, después de haber conocido los signos celestes, el médico tomará precauciones, seguirá el régimen indicado y elevará plegarias a los dioses” añadiendo, “orar es sin duda cosa conveniente y buena, pero aun invocando a los dioses, es preciso ayudarse a sí mismo”²⁴².

En este sentido, el médico hipocrático, a través en primer lugar de su *Juramento*, y después, mediante otros escritos que conforman el *Corpus Hippocraticum*, establece no sólo una serie de principios éticos que han trascendido a través de los siglos, sino que ha representado el ideal deontológico médico en occidente. Quizás la repercusión esencial que se produce al atribuir a la profesión médica un rol no sólo profesional, sino también sacerdotal, es la exención de las responsabilidades profesionales.

²³⁹ Ibídem, *Sobre la decencia*, 5, op. cit., p. 202.

²⁴⁰ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 44.

²⁴¹ LARA NAVA, M. D., *Sobre la decencia*, 6..., op. cit., pp. 203-204.

²⁴² LAIN ENTRALGO, P., *La curación...*, op. cit., pp. 174-175.

Siguiendo de nuevo a Diego Gracia, los “roles sacerdotales” o “roles profesionales”, propios de sacerdotes, reyes o jueces se caracterizan por tener una fundamentación primariamente religiosa y unir a una elevadísima “responsabilidad ética” la más amplia “impunidad jurídica”. Todos estos caracteres dotan a las profesiones de un rol muy particular, diferenciándolas en gran modo de las meras ocupaciones u oficios. Así, pueden diferenciarse dos tipos de responsabilidades al igual que dos tipos de profesiones: las fuertes propias de las denominadas “profesiones” y las débiles, caracterizando al tipo de responsabilidad de las “ocupaciones” u “oficios”. Así, las ocupaciones u oficios han estado siempre sometidas a responsabilidad jurídica, en tanto que las profesiones propiamente dichas han gozado de impunidad jurídica, precisamente por hallarse sometidas a la responsabilidad fuerte o moral²⁴³.

Aun pecando de simplificar en exceso este hecho, esta situación parece ser debida a que a determinadas profesiones se les presupone una prominente responsabilidad moral (como en caso del médico o del sacerdote) y que, por su propio objeto de ocupación, se les otorga *a priori* dicho beneplácito. Así, en el caso de la medicina, es como si el ejercicio de dicha profesión fuese en cierto modo penoso o particularmente arduo, por lo que se le concede una considerable estimación moral. ¿Qué es sino la dedicación profesional del “instinto de auxilio” más que una máxima de esa *philanthropía* o amor hacia el semejante? Así, como bien dice el autor de *De flatibus*:

“Hay artes que son benéficas para los que de ellas se sirven, pero penosas para quienes las poseen” ó “El médico tiene la vista contristada y el tacto ofendido, y en los dolores ajenos sufre penas propias, mientras que los enfermos, por obra del arte, escapan a los mayores males, enfermedades, sufrimiento, penas, muertes”²⁴⁴.

Por tanto, digamos que en cierto modo, el médico hipocrático, en la creencia en su arte y en su ciencia (pudiendo libremente rechazarla) la acepta y cumple de un modo personal, y se sacrifica para auxiliar a ese semejante enfermo, con lo que adquiere de modo indudable una noble y virtuosa actitud ética. No obstante, este recto y loable proceder es lo que es deseable y, a efectos del público demandante, lo ofertado, aunque

²⁴³ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 49-53; GRACIA, D., “Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto?”, *Rev Esp Salud Pública*, Nº5; 80, pp. 457-467, 2006.

²⁴⁴ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 68-69.

podieron existir, como en cualquier parte de la historia y área profesional, fines no tan lícitos y encomiables²⁴⁵.

Así, en lo que respecta a la consecuente impunidad jurídica, en congruencia con esa elevada responsabilidad moral, uno de los escritos del *Corpus Hippocraticum* que mejor lo plasma es *Ley* o *Nómos*²⁴⁶. En concordancia con la línea de pensamiento antes expuesta, en medicina, aunque había diversas escuelas, todo el mundo era libre de practicar dicho arte. En tales circunstancias, se producían abusos que quedaban impunes, y que sólo podían tener un freno en la conciencia de ser buen profesional o en la decisión personal de hacerse responsable, para no caer en el desprestigio o en el deshonor²⁴⁷, cuestión, por otra parte, a la que los médicos hipocráticos atribuían una prominente importancia. Por tanto, *Ley* es más bien una exposición de las condiciones que un buen profesional de la medicina debe reunir para poder “aplicarse al conocimiento auténtico del arte de la medicina” (como literalmente establece *Ley*, en su capítulo 1). Así, este breve escrito parece estar destinado a los futuros alumnos o noveles estudiantes de medicina. Pero, en lo que respecta a la manifestación de la ya nombrada impunidad jurídica, las palabras que lo demuestran son las siguientes:

“El arte de la medicina es de todas las artes la más notable, pero, debido a la ignorancia de los que la practican y de los que a la ligera los juzgan, actualmente está relegada al último lugar. En mi opinión el error, en este caso, se debe fundamentalmente a la siguiente causa: que el arte de la medicina es el único que en las ciudades no tiene fijada una penalización, salvo el deshonor, y éste no hiere a los que han caído en él”²⁴⁸.

Como puede observarse, con estas palabras, el autor de este escrito parece reivindicar una penalización más severa a aquellos que ejercen el arte de la medicina de un modo incompetente, ya que el desprestigio no es suficiente para ellos. De este modo, parece que los buenos profesionales pagan la relegación de la profesión médica, ya que los

²⁴⁵ La búsqueda del reconocimiento social, del prestigio o del enriquecimiento personal podían en ocasiones enturbiar la finalidad primaria de ayuda al enfermo. (LARA NAVA, M. D., “El prestigio del médico hipocrático”, *Cuadernos de filología clásica: Estudios griegos e indoeuropeos*, No 14, 2004, pp. 45-58).

²⁴⁶ Según GRACIA, el *Juramento* es el paradigma no sólo de la ética médica sino de la profesional, mientras que *Ley* lo es de la impunidad jurídica. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 49).

²⁴⁷ LARA NAVA, M. D., “Ley, Introducción...”, op. cit., pp. 90-91.

²⁴⁸ *Ibíd.*, *Ley*, 1, op. cit., p. 93.

ciudadanos tenderán a desconfiar de todos los médicos y de su consiguiente arte, aunque fueran competentes y buenos profesionales. Las consecuencias que una mala praxis puede tener se recogen en otras partes del *Corpus*, como en *Sobre la medicina antigua*:

“En realidad, a la mayoría de los médicos me parece que les ocurre lo que a los malos pilotos: los errores que éstos cometen, estando el mar en calma, no son advertidos; pero en el momento en que les coge un fuerte temporal o un viento contrario, si pierden la nave, todos se dan cuenta de que ha sido por ignorancia e impericia”²⁴⁹.

Por tanto, parece que, a falta de responsabilidad jurídica o “ausencia de fijación de una penalización”, como expresa el autor de *Ley*, el buen médico deberá luchar por su prestigio, y lograr que su práctica médica fuera elogiada. Un médico hipocrático del s. V a. de C., al igual que un médico del s. XXI, consigue prestigio y fama si tiene acierto con los enfermos, es decir, si hace diagnósticos y pronósticos fiables y si los tratamientos que recomienda dan buenos resultados²⁵⁰.

Así, la exención de responsabilidad jurídica en el profesional médico hipocrático va a estar suplida en cierto modo por la consecuencia de caer en un indeseable deshonor o desprestigio social, en caso de mala praxis. Debido a la estrecha relación de este asunto con el apartado dedicado a la actividad del asclepiada hipocrático en la *polis* griega, volveremos a referirnos a esta materia en otro subepígrafe.

2.4. Manifestaciones de la posición sacerdotal del asclepiada hipocrático

Hemos visto que el médico hipocrático, en razón de su particular situación ostenta una privilegiada posición como técnico sacerdotal. Por otra parte, debido a su elevada autoridad, prestigio y conocimientos, él y sólo él, deberá indicar lo que conviene o no al enfermo, ya que éste, sumido en su enfermedad, permanece en un estado si no de incapacidad, sí, de ignorancia y desamparo, precisando así la ayuda e indicaciones de su médico. Además, este médico desempeñó su actividad en un entorno social y cultural como era la *polis* helénica, confiriéndole una especial actitud y posición en la misma.

²⁴⁹ *Ibíd.*, *Sobre la medicina antigua*, 9, op. cit., p. 147.

²⁵⁰ LARA NAVA, M. D., “El prestigio del médico...”, op. cit., p. 54.

2.4.1. *El asclepiada hipocrático y su enfermo*

El médico hipocrático detentó una particular y novedosa relación con su enfermo. Como ya adelantamos, el asclepiada técnico, en la dedicación de su arte, se encuentra movido por un interés sustancial: la voluntad de ayuda técnica al enfermo, y este último, obviamente acudió al primero con otra motivación básica que no era más que la voluntad de curación de su enfermedad²⁵¹.

Resulta de vital importancia que, en este período histórico, la medicina está intentándose buscar un lugar propio entre las diferentes *téchnai*, por lo que, una de las obsesiones del médico va a ser el dar a entender e intentar demostrar los diversos logros de la ciencia médica, como ya vimos más arriba. Uno de los escritos del *Corpus* que mejor plasma este pensamiento es *Sobre la medicina antigua*, en el que se trata de la medicina como tal, de la que hace una defensa global frente a sus detractores²⁵². Por tanto, sin perder de vista ese objetivo, el médico se va a esforzar en trasladar la materialización de sus conocimientos y razonamientos a la salud física de su paciente, consciente de que cualquier intromisión en esa tarea pudiera perjudicar los fines de su arte.

La aplicación de los principios de beneficencia, no maleficencia y confidencialidad, se recogen no sólo en el *Juramento*, sino en otros de los escritos de los Tratados Hipocráticos, no refiriéndose ni a la autonomía ni a la justicia. Con esta idea general, podemos atisbar el tipo de relación que nació entre el médico y su paciente, y que constituyó el germen de la concepción de la deontología de la medicina occidental hasta hace poco tiempo. Pues bien, consideramos que los principales rasgos que debemos estudiar son por una parte los principios de beneficencia y de no maleficencia, que, junto con la información otorgada al ser digno de protección, constituyen el modelo paternalista. Además, no debemos obviar dentro de la comunicación entre el asclepiada técnico y su paciente, el tratamiento de dicha información. No obstante, debemos precisar, que el tratamiento médico entre el profesional y su enfermo difirió dependiendo del sustrato social de este último, pero sobre este asunto trataremos en el último apartado.

²⁵¹ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 49.

²⁵² LARA NAVA, M. D., “Sobre la medicina antigua...”, op. cit., p. 125.

Así, el médico actuará movido por dos principios irreprochables, el bien del enfermo (beneficencia), o al menos, no hacerle mal (no maleficencia), que conforman el denominado criterio de actuación del bien del enfermo. No obstante, esa integridad quedará en cierto modo empañada al no contar para el logro de esos lícitos fines con la opinión del enfermo, e incluso, legitimar la persuasión y el engaño como medios para conseguirlos. Esto es debido a que las profesiones son actividades muy particulares que obligan no sólo al “bien hacer” (*officium*), sino a la perfección (*perficio, perfectio*). Entramos así en el campo de la moral profesional, que tiene un carácter no ordinario o extraordinario, ya que a través de la misma se permite hacer u omitir al profesional ciertas cosas prohibidas que son extraídas por la moral ordinaria al común de los mortales²⁵³.

Pero veamos ahora cómo se caracteriza ese criterio del bien del enfermo en la concepción de la medicina hipocrática. El mismo *Juramento* muestra diversas expresiones que demuestran la propia finalidad de este arte, y expresiva es esta manifestación, ya que, el contenido del mismo, expresado mediante una fórmula juramental, le otorga un carácter vinculante y sagrado. En realidad, el texto posee dos partes diferenciadas, un pacto de familia y un código de conductas éticas. Éste último muestra las normas de comportamiento del médico en el ejercicio de su profesión y que constituye el *Juramento* propiamente dicho y es la parte que realmente nos interesa y que manifiesta ese criterio del bien del enfermo o principio paternalista en la relación sanitaria²⁵⁴. Así, el arranque de este *Juramento* comienza con la frase vista más arriba “Juro por Apolo...”, a lo que el autor de este tratado añade:

“(...) dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio a este *Juramento* y compromiso”²⁵⁵.

Estas breves palabras tienen una gran significación, ya que el autor jura por los dioses, se compromete a que hará todo lo posible por que este *Juramento* y lo que en él contiene se lleve a cabo. Por tanto, el médico debe asumir una actitud paternalista hacia

²⁵³ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 62.

²⁵⁴ En la parte del pacto de familia o gremio, el nuevo miembro de la profesión asume una serie de obligaciones para con el maestro, la familia de éste y la suya propia; también se compromete a aceptar como alumnos a otras personas fuera de ese círculo familiar, a condición de que hayan suscrito este pacto y juramento; y expresamente precisa que las enseñanzas no deben darse a nadie más. (LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., p. 71).

²⁵⁵ *Ibidem*, op. cit., p. 77.

el enfermo a través de una clara relación de poder entre un sujeto que tiene la misión de atender a los pacientes, por un compromiso adquirido con los dioses (no con los enfermos), y otro que, por no estar sano, tiene que ser tratado por aquel para el restablecimiento de su salud. Por otra parte, no sólo lo hará con todas las fuerzas de que dispone, sino que añade que esas garantías serán respaldadas por una consideración propia y personal. El único criterio que es útil para que lo establecido en el *Juramento* sea efectivo, es el del propio médico que lo aplica. Por tanto, parece que, según este texto, el fin sí justifica los medios, ya que los fines pretendidos son tan loables y legítimos y el médico-filósofo tan sabio y justo, que sólo él sabrá qué método aplicar para cumplirlos.

En este sentido, el buen médico sabe qué y cómo pautarlo para lograr el restablecimiento de la salud de su paciente. El médico quiere ayudar al paciente y utilizando su arte y su técnica, sabe cómo hacerlo; y el enfermo quiere ser curado, por lo que deberá someterse al criterio del sabio. Ante los infortunados fracasos profesionales combinados con argumentos de los ignorantes que afirman que “los médicos pueden haber prescrito medicinas inconvenientes” añadiendo que “los pacientes no pueden haber desobedecido sus prescripciones”, el asclepiada hipocrático tiene una respuesta:

“Es mucho más lógico que los enfermos sean incapaces de cumplir lo que se les ha prescrito que el que los médicos prescriban lo que no debieran. Los unos (*los médicos*) actúan con sano entendimiento y con cuerpo saludable (...). Pero los otros (*los enfermos*) no saben lo que padecen ni por qué padecen, ni lo que va a suceder a partir de su situación actual, ni lo que suele pasar en los casos semejantes a esos, y reciben las prescripciones del médico, aquejados por el dolor presente, temerosos del futuro, llenos de enfermedad, vacíos de alimentos, ansiosos de recibir algo contra la enfermedad, más que lo conveniente a su salud, sin deseos de morir, pero incapaces de soportarlo con firmeza”²⁵⁶.

Considero que en este capítulo del tratado hipocrático titulado *Sobre la ciencia médica* se resume de modo muy gráfico y diáfano la actitud paternalista acogida por el médico hipocrático. El médico actúa con “sano entendimiento”, sumando el hecho que ha asumido la responsabilidad de ayudar a la propia naturaleza al restablecimiento del paciente. Y éste, debido a su propio estado en el que la enfermedad le ha sumido,

²⁵⁶ GARCIA GUAL, C., “Sobre la ciencia médica, 7...”, op. cit., p. 114.

permanece pasivo, “temeroso, vacío, ansioso”, reafirmando así la actitud de poder de aquel sobre éste. El enfermo se muestra claramente como un ser débil, indefenso e...incompetente:

“¿Es que no es mucho más verosímil que los médicos den las prescripciones convenientes, y que los otros (*los pacientes*) naturalmente sean incapaces de obedecerles, y al no obedecerles se precipiten en la muerte?”²⁵⁷.

Con esta expresión el autor de *Sobre la ciencia médica* se ratifica en sus pensamientos: el enfermo, por el mero hecho de serlo, se convierte en incapaz, ni tan siquiera es apto para gestionar el proceso de su propia enfermedad, a pesar de haber recibido instrucciones correctas de un buen profesional. Por otra parte, el propio *Corpus* reconoce que para la propia eficacia del tratamiento, es esencial la participación de la persona del enfermo: “es preciso que el enfermo ayude al médico a combatir la enfermedad” dice el libro I de *Epidemias*, y esa activa colaboración consistirá primeramente en confiar firmemente en la suficiencia del médico que le atiende²⁵⁸. Entonces, si el paciente se muestra reticente al cumplimiento del tratamiento el propio médico podrá utilizar “de acuerdo con su criterio” la persuasión e incluso el engaño, pero eso sí, en beneficio del enfermo. No obstante, el *Corpus* muestra ciertas demostraciones de rechazo a la persuasión en sí al enfermo, cumpliendo las explicaciones verbales una función cognoscitiva más que terapéutica. El mismo extracto mostrado más arriba en el que prevé que “los médicos dan las prescripciones convenientes” y “los enfermos son incapaces de obedecerles” así lo demuestra. El técnico parece que aconseja, o a lo sumo, ordena, pero no intenta convencer a su paciente, que es “naturalmente incapaz”. Otro de los pasajes del *Corpus*, concretamente en *Preceptos*, parece evidenciar que “hay que ordenar” o “aconsejar” pero dejando al enfermo la última decisión.

“La curación ocurre con el tiempo, y, a veces, precisamente en el momento oportuno. Es preciso, por tanto, que quien lo sabe actúe como médico prestando

²⁵⁷ *Ibíd.*, 7, p. 115.

²⁵⁸ LAIN ENTRALGO, P., *La curación...*, op. cit., p. 182.

atención, no a una teoría persuasiva, sino a la práctica acompañada de la razón”²⁵⁹.

Con estas palabras, el autor de *Preceptos* parece criticar a aquellos que practican mal el arte y la técnica de la medicina, pero que son grandes oradores o que dominan el arte de la retórica, tal y como Gorgias presume en el Diálogo platónico²⁶⁰. Gorgias se jacta ante Sócrates que con la habilidad retórica o arte de la persuasión “se logrará que sean esclavos el médico, el maestro de gimnasia y el banquero”, es decir, que su poder es fabuloso. Así, el escritor de *Preceptos* parece temer a esos “falsos médicos”, apuntando que “la afirmación acompañada de charlatanería es peligrosa y tropieza con facilidad”. Esta idea queda plasmada claramente en palabras de Gorgias, cuyo hermano, como muestra este escrito, era médico:

“Me ha sucedido muchas veces que, acompañando a mi hermano y a otros médicos a casa de uno de esos enfermos que no quieren tomar la medicina o prestarse a una operación o cauterización, cuando el médico no podía convencerle, yo lo conseguí sin otro auxilio que el de la retórica”²⁶¹.

Parece que el asclepiada hipocrático, o no quería o no sabía ser “retórico” en el sentido de Gorgias o Platón, aunque este último hizo un paralelismo respecto a los gobernantes de las polis, a los que les es lícito faltar a la verdad en beneficio de la comunidad. Los filósofos pensaron que esta idea podría ser aplicada a la asistencia para con los enfermos: quien conoce lo justo, quien persigue un buen fin, puede utilizar medios aparentemente injustos hacia la justicia²⁶².

No obstante, el médico hipocrático también utiliza la comunicación con su paciente a modo de ilustración o esclarecimiento, a modo de explicarle la enfermedad. Parece ser que este modo de actuar contribuyó a aumentar la confianza que el paciente tenía en él otorgada, el prestigio de aquel o la verificación fáctica de un saber que el asclepiada previamente poseía²⁶³. Por tanto, parece que la comunicación del médico para con su paciente, aunque no lo hiciese por este último, para esclarecer las dudas que tenía, sí que

²⁵⁹LÓPEZ FÉREZ, J. A., “Preceptos, 1”, en *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983, p. 309.

²⁶⁰ PLATÓN, Gorgias 452e, *Diálogos...*, op. cit., p. 117.

²⁶¹ *Ibidem*, 456b, op. cit., p. 127.

²⁶² DE LUCAS, J., “Sobre el origen de la justificación paternalista...”, op. cit., pp. 246-249.

²⁶³ LAIN ENTRALGO, P., *La curación...*, op. cit., p. 180.

fue frecuente en la medicina hipocrática. Manifestaciones de este tipo pueden encontrarse en diversos de los tratados que constituyen el *Corpus*:

“Que el médico se ejercite en la previsión me parece excelente. Pues si conoce de antemano y predice ante los enfermos sus padecimientos presentes, los pasados, y los futuros, y si les relata por completo incluso los síntomas que los pacientes omiten contar, logrará una mayor confianza en que conoce las dolencias de los pacientes, de manera que las personas se decidirán a encomendarse a sí mismas al médico”²⁶⁴.

“El médico debe hacer patente una cierta vivacidad, pues una actitud grave le hace inaccesible tanto a los sanos como a los enfermos. Y debe estar muy pendiente de sí mismo sin exhibir demasiado su persona ni dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar el tratamiento”²⁶⁵.

Una vez vista la aplicación general del criterio del bien del enfermo o paternalismo en la medicina hipocrática, así como el fundamento y la forma de concretarlo por parte del asclepiada hipocrático, pasemos a evidenciar sobre qué elementos materiales o “físicos” este técnico prestó su protección. Véase que se trata de aspectos de la propia persona, y ahí, el médico hipocrático, con el carácter de autoridad que hemos visto, reconoció ciertas esferas que él debía de proteger. Una vez más, nos referiremos a ciertas partes del *Juramento*, por ser el texto pórico de los *Tratados Hipocráticos* que ha trascendido a lo largo de los siglos. Como ya dije más arriba, la parte que nos interesa es la referida al código ético, concretamente el que alude a tres elementos esenciales: la vida, la moral y la confidencialidad.

El autor del *Juramento*, como ya vimos más arriba hace una promesa, jura, se compromete a cumplir determinados aspectos que él considera tan sagrados, como dignos de protección. Lo que no hemos evidenciado es que este autor se compromete, en caso de incumplimiento del mismo, a un castigo ejemplar. Cuando hablamos del tipo de responsabilidad de los asclepiadas hipocráticos, apuntamos que, precisamente por su elevada responsabilidad moral, gozaban de una impunidad jurídica o de “penalización”,

²⁶⁴ GARCIA GUAL, C., “El pronóstico, 1...”, op. cit., p. 329.

²⁶⁵ LARA NAVA, M. D., “Sobre la decencia, 7...”, op. cit., p. 205.

como dice el autor de *Ley*. En este caso, el autor de *Juramento* prevé lo que él considera más doloroso: “el arrebató del goce de la vida y del arte”. Debido a la relación de este asunto con la práctica social de la medicina hipocrática, volveremos a este asunto unas líneas más abajo.

Así, en lo que respecta al primero de los elementos dignos de la mayor protección, el autor del *Juramento* prevé que sea la vida humana. Este principio ha trascendido de tal manera en la historia de la medicina que los médicos contemporáneos han encontrado serias dudas y reticencias respecto al momento del cese de la misma: los conflictos morales actuales sobre asuntos como el aborto o la eutanasia provienen de algunas de las líneas del *Juramento*. Para el médico, la vida ha sido siempre un valor esencial digno de protección, y así lo demuestra en el texto vestibular:

“No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna pesario abortivo”²⁶⁶.

Este precepto se encuentra en concordancia con el inmediatamente anterior, por lo que no debemos prescindir del mismo y, aunque constituye en esencia una manifestación clara de los principios de beneficencia y no maleficencia ya tratados, supone una especie de presentación o introducción de la defensa de la vida.

“Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré”²⁶⁷.

El médico hipocrático jura y promete a los dioses médicos del panteón olímpico preservar del daño y de la injusticia a sus enfermos. Se produce de nuevo un paralelismo entre injusticia como falta de justeza y la enfermedad. Como ya vimos, para la mentalidad de un griego, sin salud física, no es posible el bien moral, por lo que “el objetivo último de toda esta regulación sería el logro del ajustamiento perfecto al *ordo naturae*, es decir, a la justicia”²⁶⁸. La justicia consistiría así en el ajustamiento al orden

²⁶⁶ LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., p. 77.

²⁶⁷ *Ibíd.*, p. 77.

²⁶⁸ Con régimen de vida o régimen dietético (según las diversas traducciones) el autor parece hacer referencia a la *díata*, cuyo fin es ordenar la vida del paciente de tal modo que se evite el mal, la enfermedad, y se promueva el bien, la salud. De este modo, la *díata* promovería también la justicia moral. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 64).

de la naturaleza, tanto física como moral. Por tanto, a la vista de los dos preceptos plasmados, el asclepiada técnico, para el tratamiento de las enfermedades, podía utilizar tanto el régimen dietético (*diatēma*) o de vida (para aquellas enfermedades causadas por los desarreglos de las costumbres) como la farmacología (*phármakon*) (para las enfermedades agudas, cuya forma de presentación suele ser brusca y más grave). Es sobre este último al que se refiere el autor del *Juramento*.

En este sentido, los médicos hipocráticos, para la curación de las enfermedades agudas, disponían de *phármakon*. No obstante, los profesionales también disponían de algunos medicamentos de naturaleza venenosa²⁶⁹. Según los autores la prohibición de este texto de “no dar ningún fármaco letal”, alude a la práctica del envenenamiento, frecuente en esta época pero difícilmente detectable y perseguible. El asclepiada técnico, por sus específicos conocimientos y habilidades, contaba con una especial facilidad en el acceso y en la utilización de los fármacos letales, de ahí que el documento previese la limitación del uso libre de los mismos. Por otra parte, el precepto no parece referirse aquí a la eutanasia, ya que ésta no ofrecía ningún problema, al menos en principio en la antigüedad clásica²⁷⁰. En general, ni en la *Ley* griega ni en la romana, el suicidio constituía algo concerniente al Estado, era considerado exclusivamente una cuestión individual, aunque un tercero le proporcionase una ayuda. Los platónicos, los cínicos y los estoicos encontraron en el suicidio una alternativa honorable a la enfermedad incurable, y algunos filósofos lo consideraban como el mayor triunfo del hombre sobre su destino²⁷¹. En lo que respecta al aborto, éste estaba sancionado en muy pocas ciudades de la Grecia antigua, y sólo se conoce una prohibición en Tebas y Mileto. En todo caso, fue una cuestión sumamente debatida en Atenas, y que la mayoría de los filósofos no sólo lo admitían, sino que incluso, lo recomendaban²⁷².

²⁶⁹ El fármaco era algo que tenía o podía tener propiedades contrapuestas entre el veneno y el medicamento. (SAPAG-HAGAR, M., *Fe, esperanza y caridad en el mundo del medicamento: desde la Grecia clásica a la molecularidad del s. XXI*, Lecturas singulares, Real Academia Nacional de Farmacia, Madrid, 2007, p. 13); en parecido sentido GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 64-65.

²⁷⁰ LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., p. 80.

²⁷¹ AMUNDSEN, D. W., “La obligación médica de prolongar la vida: un deber de la medicina que carece de raíces clásicas”, *Ars Medica. Revista de Humanidades*, No 4, 2005, pp. 185-203.

²⁷² En su obra *República* (461c), Platón lo considera una institución propia del Estado ideal y admite que las comadronas puedan practicarlo si lo consideran conveniente. Aristóteles, por su parte, aún sin razones médicas, ve en él una de las mejores maneras de mantener la población dentro de los límites deseables. (LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., p. 81).

¿A qué se debe, entonces la previsión contenida en el *Juramento* sobre dichas prohibiciones? Parece que las mismas no son congruentes con los valores expresados en la mayoría de las fuentes, e incluso de otros textos del *Corpus*, y resultan extrañas con respecto a las realidades de la práctica médica en la Antigüedad. No obstante, también se afirma que a partir de los siglos I y II d. de C., comenzó a evidenciarse una mayor sensibilidad hacia las mismas²⁷³.

Por otra parte, aunque el *Juramento* hable de la interdicción de un fármaco letal, el espíritu del médico griego se fundamentaba también en un principio esencial: la consideración de la limitación del arte de la medicina, es decir, su abstención como terapeuta frente a lo que “la necesidad de la naturaleza” no le permitía alcanzar. Este principio se muestra en diversos de los tratados del *Corpus*, y la frecuencia y la severidad con que es formulado induce a pensar que no se trata de un simple consejo técnico, sino de un mandamiento religioso y ético²⁷⁴. Así, en el tratado *Sobre la ciencia médica* se plasman las siguientes palabras:

“Cuando una persona sufre algún mal que es superior a los medios de la medicina, no se ha de esperar, en modo alguno, que éste pueda ser superado por la medicina”²⁷⁵;

finalizando este tratado con palabras muy expresivas:

“Por lo tanto, que la medicina posee en sí misma eficaces razonamientos para sus curas, y que con justicia puede negarse a atender las enfermedades que no tienen clara solución (...)”²⁷⁶.

Por tanto, el médico griego entendió como un deber propio abstenerse de tratar a los incurables o desahuciados por un inexorable mandato de la divina naturaleza. Aunque se trata de dos supuestos diferenciados (administrar un fármaco letal por una parte, y la negativa al tratamiento por otra), el espíritu del “no ensañamiento terapéutico”, ya estaba presente en la mentalidad de la medicina hipocrática. No obstante, no debemos

²⁷³ AMUNDSEN, D. W., “La obligación médica...”, op. cit., p. 194.

²⁷⁴ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 70.

²⁷⁵ GARCIA GUAL, C., “Sobre la ciencia médica, 8...”, op. cit., p. 105.

²⁷⁶ *Ibidem*, p. 122. La mejor ilustración de tal advertencia se encuentra en el mito: Asclepio murió fulminado por Zeus por haber transgredido las normas naturales al intentar resucitar a un moribundo. (GARCIA GUAL, C., “Introducción General”, op. cit., p. 51).

obviar que, pese a todo, el *Juramento* expresa el principio del respeto a la vida, aunque no por ello supone que fuera aceptado como dogma intocable por todos los médicos de la antigüedad clásica²⁷⁷.

Otro de los elementos que el *Juramento* considera digno de protección es el comportamiento ejemplar que el médico debe mostrar al proceder a realizar la visita domiciliaria:

“A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo, fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres”²⁷⁸.

La relación que este escrito guarda con el logro del prestigio y de la confianza de la polis, nos obliga a tratarlo en el último de los apartados referente a los aspectos sociales de la medicina griega. Sólo debemos de precisar que la preocupación que el *Juramento* prevé por un comportamiento modélico, se justifica por la obsesión que se muestra a lo largo del *Corpus* por la virtuosidad del médico: éste tiene acceso a la intimidad y a la privacidad de las personas, por lo que tiene que estar revestido de una absoluta integridad moral.

El último de los elementos que vamos a tratar, de acuerdo con la redacción expuesta por el *Juramento*, es la regla de la confidencialidad o “la célebre cláusula del secreto”. En este caso, el *Juramento* se muestra lapidario:

“Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto”²⁷⁹.

En línea con el claro esquema de beneficencia paternalista que caracteriza a este texto, una vez más, y en defensa de la protección del paciente y de sus intereses, el *Juramento* considera que la confidencialidad de los datos sanitarios son dignos de amparo. Pero, las palabras van mucho más allá: no sólo sobre lo que el médico conozca

²⁷⁷ De ahí que los expertos estudiosos del Corpus Hippocraticum (entre ellos EDELSTEIN), consideren que no es posible estudiarlo con rigor si no si distinguen las diferentes épocas y escuelas. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 68).

²⁷⁸ LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., pp. 77-78.

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 78.

sobre la salud del paciente debe ser tenido por secreto. El *Juramento* rebasa los meros límites estrictamente médicos en dos aspectos fundamentales: por una parte con la precisión “o incluso fuera de él” hace referencia a que el médico, por el mero hecho de serlo, por el carácter sacerdotal que le ha sido dispensado, debe de ser tan sumamente correcto que su obligación de secreto debe ir más allá del mero tratamiento. Todo lo que el médico conozca, ya como profesional, ya como simple persona mundana y que él considere “que no deba trascender”, deberá callarlo. La otra cuestión que manifiesta la magnitud de esa obligación se plasma en el inciso “en relación con la vida de los hombres”, referenciando no sólo a los aspectos de la salud de su enfermo que el profesional trate en el desarrollo de su actividad, sino *cualquier otro aspecto* trascendente. Por otra parte, de nuevo se hace patente la autoridad, supremacía y marcado paternalismo del médico hipocrático al afirmar que deberá guardar secreto sobre “aquellos que jamás deba trascender”, manifestando que es el mismo médico el que deberá apreciar lo que es o no trascendente.

En fin, esta cláusula se ha interpretado tradicionalmente en sentido estrictamente religioso, como secreto sacerdotal. En ella se concentran las dos características más sobresalientes de la ética médica griega: su rol marcadamente sacerdotal y su evidente paternalismo²⁸⁰.

2.4.2. El asclepiada hipocrático en la polis griega

La posición que ostentó el médico en la polis griega fue de vital importancia para comprender el fenómeno que estamos tratando: la autoridad y particular consideración que obtuvo el asclepiada hipocrático no hubiera sido tal de no haber desarrollado su actividad en una sociedad como la helénica. Hemos considerado en este sentido reparar sobre tres aspectos que caracterizaron esa figura y lo configuraron con ese particular talante: la asistencia desigual según el estrato social del enfermo, la distinción (más bien la confirmación histórica) entre dos tipos de médicos y, por último, la importancia que para el médico de la sociedad helénica supuso el prestigio y reconocimiento sociales.

-En primer lugar, no debemos obviar que la asistencia médica en la polis griega no ostentó un carácter uniforme, sino que difirió dependiendo del sustrato social hacia el

²⁸⁰ La misma línea de pensamiento la ofrece GRACIA, al afirmar que “el ámbito de secreto no lo establece el enfermo, sino el médico, que deberá de actuar según sus capacidades y criterio” (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 68).

que fue dirigido²⁸¹. Es decir, que ésta se acomodó a la estructura social de la polis en tres modos esenciales: la asistencia médica a los esclavos, el tratamiento de los hombres ricos y libres y de los enfermos pobres y libres. No obstante, no debe obviarse que, fuera de los grandes y poderosos aristócratas, en Atenas no había un contraste notable entre las clases. El nervio de aquella sociedad lo constituía el sector medio de la población, la clase de pequeños propietarios y de los comerciantes e industriales, dueños en su inmensa mayoría de empresas o negocios de amplitud reducida. Esta situación quedó modificada por la guerra, propiciando graves trastornos entre las clases sociales y aumentando las distancias entre el grupo social más bajo (sector campesino fundamentalmente) y la “clase media-alta” (comerciantes, industriales y marinos)²⁸². Así, la asistencia a los esclavos estaba caracterizada por el desempeño de empíricos, no de asclepiadas técnicos de mayor clase social. Seguramente el trato no debiera ser tan exquisito como el que se profesaba a los ciudadanos ricos, siendo una suerte de “veterinaria para hombres”²⁸³. No obstante, tampoco debe obviarse la circunstancia de que a partir del s. V a. de C., la condición del trato de los esclavos tendió hacia la dulcificación, “permaneciendo para siempre como uno de los grandes triunfos de la democracia ateniense, el hecho de haber tratado a sus esclavos humanamente y de haber estado muy cerca de abolir la esclavitud”²⁸⁴. Así que, podemos suponer que el trato a determinados esclavos bien pudiera haber estado caracterizado por ciertos “tratos de favor”, al menos en ciertos sustratos sociales.

En lo que respecta a la asistencia médica de aquellos enfermos libres y ricos, debemos suponer que dicho tratamiento iba a estar dominado por una individualización del mismo. Lógico también es pensar que los médicos helénicos que atendieron a los enfermos pertenecientes a esta categoría social serían (algo común en todas las épocas

²⁸¹ Esta parte referida a la atención médica según el sustrato social de la polis a la que iba dirigida está fundamentada en la lectura de la obra de LAIN (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 56-64).

²⁸² MUÑOZ VALLE, I., “Política y sociedad en la Atenas de Pericles”, *Habis*, No 2, 1971, pp. 75-84.

²⁸³ Así, la comunicación entre médico y enfermo era mínima, al igual que la individualización del tratamiento. Por tanto, no puede extrañar que el estamento servil de la sociedad ateniense acudiese a los templos de Asclepio para la curación de sus enfermedades, tanto por razones económicas como de carácter religioso. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 58-59).

²⁸⁴ En este sentido, Platón afirmó en *República* que, “una vez que el pueblo ha gustado el vino embriagador de la libertad..., hasta la vida privada es igualmente penetrada de libertad...el esclavo es tan libre como el dueño. (MUÑOZ VALLE, I., “Política y sociedad...”, op. cit., p. 81).

de la historia) los que gozaran de mayor reputación y prestigio. Por otra parte, además de individualizar su tratamiento, éste se centró en una comunicación exquisita y respetuosa para con el paciente. Alejándose de la tosca asistencia que se profería a los esclavos, el enfermo de la más alta clase social recibe, si no toda la información sobre su enfermedad, sí un trato atento e ilustrativo. Así, aunque como ya vimos la persuasión entendida al modo del Gorgias platónico no fue práctica común entre los asclepiadas técnicos, sí parece factible que el buen médico que conocía su arte y su técnica pudo hacer bien a su paciente culto que podía confiar en él. Este es el espíritu que parece encontrarse plasmado en el propio *Corpus*, que fue redactado predominante por autores de clase privilegiada, por lo que esencialmente a este grupo social es hacia el que iba dedicado²⁸⁵. No obstante, también el *Corpus* tiene en cuenta que la asistencia médica pudiera estar destinada a un enfermo pobre, pero la forma de referirlo sugiere que quizás se tratase de un hecho inusual:

“Aconsejo (...) que a veces, se practique gratis la medicina, trayendo a la memoria el recuerdo pasado de un favor o el prestigio presente. Y si llegara la ocasión de atender a quien es extranjero y pobre, ayúdese sobre todo a los de tal condición, pues, si hay amor a la humanidad, también hay amor a la ciencia”²⁸⁶.

Por otra parte, nuevamente el desvelo por el “prestigio presente” aparece en los escritos, demostrando que cualquier actuación profesional debe meditarse previamente orientándola con la brújula de la reputación social, como veremos apenas unas líneas más abajo.

En el punto medio de la asistencia se encuentra el “cuidado resolutivo” y necesariamente eficaz que recibían aquellos enfermos libres pero pobres. Por tanto, el método ilustrativo y pedagógico utilizado en la casta social anterior, aquí fue, si no

²⁸⁵ Así parece deducirse de la lectura de la obra de LAIN al referirse a unos de los trataditos del Corpus, concretamente en *Sobre la medicina antigua* que afirma “los ignorantes de la medicina no pueden saber, en sus enfermedades propias, ni cómo éstas nacen y terminan, ni por qué causas crecen y disminuyen; pero si los que han descubierto estas cosas se las explican, les será fácil instruirse en ellas; porque entonces no se trata para ellos más que de recordar, escuchando al médico, lo que ellos mismos han experimentado. Si el médico no llega a hacerse comprender de los profanos y no pone a sus oyentes en esta disposición de espíritu, no alcanzará a conocer lo que las cosas son” (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 60). Por otra parte, en lo que respecta a su autoría, ya dijimos al comienzo de esta parte que estaba redactado en prosa jonia, que era el medio de comunicación intelectual prestigiado en esa época del mundo griego. (GARCIA GUAL, C., “Introducción General...”, op. cit., p. 9).

²⁸⁶ LÓPEZ FÉREZ, J. A., “Preceptos, 6...”, op. cit., p. 312.

suprimido, sí ciertamente atenuado. Parece que los hombres libres y pobres necesitaban ocuparse de su trabajo y de sus tareas, y no podían desperdiciarlo en seguir complicadas o extensas prescripciones que los médicos pudieran recomendarles²⁸⁷.

-Otro de los aspectos de la consideración del médico hipocrático en la sociedad helénica clásica que consideramos no debemos omitir es la distinción, nuevamente en la historia de la medicina, entre dos tipos o clases de médicos: los cirujanos empíricos y los honorables asclepiadas técnicos. Ya hemos visto como la asistencia médica a los esclavos no se desempeñaba por los exquisitos profesionales, sino por rudos empíricos que, las más de las veces eran meros servidores de los médicos, habían aprendido el oficio observando a sus dueños.

La diferenciación entre el médico que cura heridas de guerra mediante la cirugía y diversos cauterios, y el médico de enfermedades internas, se encuentra presente desde la épica homérica, distinguiendo entre “el que extrae dardos de la carne” y “el que reconoce lo escondido y cura lo incurable”²⁸⁸. Así, aunque la medicina griega, como hemos visto, se desligó desde muy antiguo de las prácticas religiosas y mágicas, perduraron con éxito los santuarios y templos destinados al culto de Asclepio. Por otra parte, el culto subsistió en buenas relaciones con las prácticas de los médicos, que podían enviar a sus enfermos desahuciados a visitar los templos como último recurso²⁸⁹.

Nuevamente, el *Juramento* muestra su inquietud por esta distinción que, como bien sabemos, ha trascendido históricamente a lo largo de los siglos:

“No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra: dejaré esa práctica a los que la realizan”²⁹⁰.

Respecto a esta cláusula se afirma que tiene un carácter estrictamente negativo, prohibiendo de modo lapidario su ejercicio. El caso es que estas palabras suponen una

²⁸⁷ De nuevo la obra del genial PLATÓN es referenciada por LAIN al mencionar el acaecimiento de la enfermedad en un carpintero que acude al médico “y si le va con las prescripciones de un largo régimen, aconsejándole que se cubra la cabeza con un gorrito de lana o cosas por el estilo, pronto saldrá diciendo que ni tiene tiempo para estar malo, ni vale la pena vivir de ese modo, dedicado a la enfermedad y sin poder ocuparse del trabajo que le corresponde” (PLATÓN, República, III, 406d-e; en LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 62).

²⁸⁸ GARCIA GUAL, C., “Introducción General...”, op. cit., pp. 45-46.

²⁸⁹ *Ibíd.*, p. 47.

²⁹⁰ LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., p. 77.

ruptura con el ritmo intelectual que muestra el *Juramento*²⁹¹. Aunque algún autor considera que con esta disposición se hace una alusión a la castración, la mayoría opinan que se refiere a la cirugía en general que estaba ya claramente diferenciada de la medicina interna y sería practicada por un grupo especial de médicos, aunque el asunto es bien discutido entre los estudiosos²⁹².

La cuestión es que el precepto indica que no hará uso del bisturí, por lo que parece referirse a cualquier tipo de maniobra de índole quirúrgico, y menos aún con la que él denomina “el mal de piedra”. La interpretación *ad litteris* parece ésta, no obstante, debemos reconocer que esta afirmación choca con otras cláusulas recogidas en el *Corpus*, fundamentalmente en el tratado *Sobre el médico*:

“En cuanto a las operaciones, todas las que se hacen por incisión o cauterización, se recomiendan por igual la rapidez y la lentitud. (...) En los casos en que la intervención requiere un solo corte, hay que hacer la incisión rápida (...) pero cuando es necesario hacer varios cortes, hay que emplear una intervención lenta. (...) Lo mismo puede decirse de los instrumentos. Recomendamos utilizar cuchillas puntiagudas y cuchillas anchas, no de igual forma para todos los casos”²⁹³.

Por tanto, como puede verse según estas líneas, el médico hipocrático también empleó la técnica quirúrgica, aunque de cirugía menor se tratase y estuviera más especializado y fuera más tendente a teorizar sobre las enfermedades, su pronóstico y su tratamiento dietético o farmacológico. Aunque el *Corpus* incluya aspectos sobre la cirugía, el conjunto que en su obra dedica a la parte quirúrgica ocupa un lugar más bien modesto, y el sistema médico que ha trascendido ha sido el que en él estaba recogido. Por no mencionar la cláusula citada del *Juramento*. Esto es de vital trascendencia

²⁹¹ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 67.

²⁹² LARA se refiere a “algunos autores antiguos vieron en este pasaje una alusión a la castración, de considerables repercusiones sociales”, sin indicar quiénes eran los mismos; por otra parte LITTRÉ afirma la distinción entre cirujanos e internistas, ya que los textos del *Corpus* hablan de las dos funciones del médico; DEICHGRÄBER sí admite esta distinción histórica, y defiende que la operación de vesícula quedaría en manos de los especialistas, y JONES ve una clara incorporación posterior. (LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., pp. 82-83).

²⁹³ GARCIA GUAL, C., “Sobre el médico...”, op. cit., pp. 178-179.

porque el propio *Juramento* y su escueto contenido ha representado durante siglos el ideal ético en medicina, influenciando la deontología médica en occidente²⁹⁴.

Así, la distinción entre médico hipocrático de carácter eminentemente sacerdotal y médico artesano, de formación puramente empírica se afianza en la época de la Grecia clásica; y de ambas figuras van a proceder los dos tipos de clínicos que se mantienen estrictamente diferenciados a lo largo de la historia, la primera corresponderá sociológicamente a una de las figuras más arquetípicas de la profesión y la segunda se ajustará a una ocupación u oficio artesanal durante los siguientes veintidós siglos²⁹⁵.

-El último de los aspectos que vamos a tratar es la importancia, por no decir obsesión, que el médico hipocrático otorga al prestigio y reconocimiento social. Como ya dijimos más arriba, los autores del *Corpus* reflejan la lucha que debieron de mantener en varios frentes para sostener su arte lejos de la magia, la ignorancia o la pedantería²⁹⁶. Por otra parte, también debemos destacar la aportación que los filósofos griegos, esencialmente Platón, hicieron trascender sobre el conocimiento de la figura del médico hipocrático como persona admirable, un intelectual ambulante, experto de una *téchnē* y ávido de captar atención y renombre por su saber especializado²⁹⁷.

Pues bien, centrándonos en este particular objeto de estudio, desde tiempos bien antiguos, tanto en la guerra como en la vida ciudadana, el médico era un demiurgo necesario y apreciado, tanto en sus habilidades manuales, como en el ejercicio constante de su inteligencia²⁹⁸. Por tanto, los médicos estaban “habituados” a ciertas distinciones

²⁹⁴ Piénsese que todavía en 1948 las Asociación Mundial de Médicos adoptó este juramento como base de sus formulaciones deontológicas. (LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., p. 65).

²⁹⁵ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 15-16.

²⁹⁶ LARA NAVA, M. D., “El prestigio del médico...”, op. cit., p. 45.

²⁹⁷ GARCIA GUAL, C., “Introducción General...”, op. cit., pp. 13-14. En el Fedro platónico, Sócrates proclama el método hipocrático para conocimiento y reflexión de la naturaleza: “En lo relativo a la naturaleza, observa qué es lo que dicen Hipócrates y la estricta razón. (...) En primer lugar, ver si es simple o complejo aquello sobre lo que queramos poseer un conocimiento científico, y tener la posibilidad de transmitírselo a otra persona. Luego, si es simple, examinar sus capacidades: cuál es la que tiene por naturaleza para obrar, y en qué, y cuál otra para padecer, y por la acción de qué agente. Por último, si tiene varias partes, tras haberlas enumerado, ver qué es lo que puede hacer por naturaleza y con cuál de ellas, y qué es lo que puede padecer, en qué parte y por qué agente”. (PLATÓN, Fedro, 270d, op. cit., p. 739).

²⁹⁸ “Grandes fueron la estimación y los emolumentos de destacados médicos como Democedes de Crotona; o como Onasilo y sus hermanos, a los que alude una inscripción chipriota de Edalion, prometiéndoles una elevada suma o tierras por atender a los heridos...” (GARCIA GUAL, C., “Introducción General...”, op. cit., pp. 44-45).

por su trabajo y ejercicio, al que por otra parte, ellos tenían en gran estima. El médico hipocrático defiende su arte y su técnica, y quiere que los demás la reconozcan del mismo modo. Ello se materializaba fundamentalmente a través del prestigio profesional. El pensamiento que se transmite en *Sobre la medicina antigua* manifiesta esta idea: la defensa global frente a sus detractores como arte o saber técnico, y debido a la existencia de especialistas y grandes conocedores de su campo, es por lo cual éstos son honrados:

“Hay médicos que son dignos de censura porque se equivocan en un arte que ya existe, un arte del que todos se sirven en momentos cruciales y por el que sus practicantes y profesionales son tenidos en gran estima”²⁹⁹.

Por tanto, la razón de la existencia de los buenos profesionales es ésta: honrar a su *téchnē*, y la única forma de realizarlo es con ese mismo fin, siendo un buen profesional que “aspira a la excelencia”³⁰⁰. Obviamente, este éxito se manifiesta en la curación y en la conservación de la salud que demostraría, al fin y a la postre, que el médico tiene un riguroso control y un especial cuidado sobre su *téchnē*. Un buen profesional se diferenciará de uno que no lo es porque el primero “conoce el método existente de ese arte”, mientras que el que no lo es “rechaza y desprecia éste e intenta investigar con otro método”³⁰¹. Por otra parte, el médico hipocrático, además de saber que la principal forma de obtención de prestigio es el logro del mayor número de éxitos con sus enfermos, existe otro tipo de actitudes que potenciarán el mismo: por una parte su propio aspecto físico y actitud externa, y por otra, su comportamiento y actitud ética y moral. Todas deberán de redundar en un fin común, que no es otro que el deseo y búsqueda de la justa fama.

En lo que respecta a la primera de sus inquietudes, quizás uno de los tratados del *Corpus* que mejor plasme la misma es *Sobre el médico*, concretamente el primer capítulo. Prácticamente da a entender que para ser médico se requiere tener un determinado aspecto físico y no otro, demostrando de nuevo la preocupación en la cultura helénica por “lo bello”.

²⁹⁹ LARA NAVA, M. D., “Sobre la medicina antigua, 1...”, op. cit., pp. 135-136.

³⁰⁰ BORRELL-CARRIO, F., EPSTEIN, R., y PARDELL, H., “Profesionalidad y *professionalism*: fundamentos, contenidos, praxis y docencia”, *Med Clin* (Barcelona), 2006; 127(9), pp. 337-42. Los autores se refieren a la expresión de GRACIA que afirma que la tesis del Juramento “es que los profesionales tienen que aspirar a la excelencia”.

³⁰¹ LARA NAVA, M. D., “Sobre la medicina antigua...”, op. cit., pp. 138-139.

“La prestancia del médico reside en que tenga buen color y sea robusto en apariencia, de acuerdo con su complejión natural. Pues la mayoría de la gente opina que quienes no tienen su cuerpo en buenas condiciones no se cuidan bien de los ajenos. En segundo lugar, que presente un aspecto aseado, con un atuendo respetable, y perfumado (...). Porque todo esto resulta ser agradable a los pacientes”³⁰².

Esta cláusula evidencia la importancia del aspecto físico, pero no sólo para el logro de una mayor consideración social, sino con el fin de recabar una mayor estima por parte de sus pacientes. De nuevo, la atención por la estética, se conjuga con lo ético, tan esencial en la línea de pensamiento griego³⁰³.

En lo que atañe a su propio comportamiento y no al mero aspecto externo, no sólo el tratado *Sobre el médico* habla del mismo, sino que numerosas son las menciones de su inexcusable actitud vinculada esencialmente a la fama y reputación sociales. Ya hemos hablado de la “obsesión” del médico hipocrático por el logro de la misma y los riesgos de perderla. A modo de ejemplo tenemos los siguientes pasajes:

“En cuanto a su espíritu, el inteligente debe observar estos consejos: no sólo el ser callado, sino, además, muy ordenado en su vivir, pues eso tiene magníficos efectos en su reputación, y que su carácter sea el de una persona de bien, mostrándose serio y afectuoso con todos”³⁰⁴ ó

“Los que se ajustan a todo este esquema son así: reconcentrados, sencillos, agudos en las controversias, oportunos en las respuestas, tenaces frente a las objeciones, bienintencionados y afables con los que son afines, bien dispuestos para con todos, silenciosos en los tumultos, resueltos y decididos ante los silencios, ágiles y receptivos a la oportunidad, prácticos e independientes para las comidas...”³⁰⁵, y un largo etcétera.

³⁰² GARCIA GUAL, C., “Sobre el médico, 1...”, op. cit., p. 175.

³⁰³ Ya hemos visto que el griego siempre pensó que la bondad, la belleza y la salud eran propiedades naturales; y que la maldad, la fealdad y la enfermedad eran cosas de algún modo contranaturales; de algún modo “lo bello es bueno”, y viceversa. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 35 y ss.)

³⁰⁴ GARCIA GUAL, C., “Sobre el médico, 1...”, op. cit., p. 175.

³⁰⁵ LARA NAVA, M. D., “Sobre la decencia, 3...”, op. cit., pp. 198-199.

En relación con el “comportamiento adecuado” se encuentra la cláusula, ya mencionada, ubicada en *Juramento* respecto a la interdicción de cualquier actitud licenciosa aprovechando la visita domiciliaria. Este precepto parece encontrarse en relación directa con otra expresión plasmada en el citado *Sobre el médico*, en el que se establece:

“Pues las relaciones entre el médico y sus pacientes no son algo de poca monta. Puesto que ellos mismos se ponen en manos de los médicos, y a cualquier hora frecuentan a mujeres, muchachas jóvenes, y pasan junto a objetos de muchísimo valor. Por lo tanto han de conservar su control ante todo eso”³⁰⁶.

Así, el médico debe evitar las tentaciones y “estar dispuesto en alma y en cuerpo” para ser un hombre profundamente virtuoso. La “ordenación en el vivir” dará fe de un médico honorable, merecedor (al menos hasta que sus curaciones demuestren lo contrario) del crédito popular, y la propia actitud comportamental podrá orientar al público con respecto a la “actitud del espíritu”. Así, expresiones de recomendaciones de un tipo u otro de actitud, comportamiento o pensamiento se encuentran a lo largo de todo el *Corpus*, vinculadas esencialmente a la ganancia y mantenimiento de su deseo de fama y prestigio social. No obstante, el logro de esa fama y reconocimiento también pudieron tener una intención bastante más pragmática: el logro de tener pacientes y, consecuentemente, una mayor ganancia. Pero, así como el lucro económico pudiera ser un móvil bastante poderoso, parece ser que los médicos hipocráticos priorizaron en su escala de valores el prestigio personal por encima de otras cosas, más en relación con el “orgullo personal, con el de pertenecer a una *téchnē* y, probablemente, con el de hacerlo dentro de un grupo o escuela médica”³⁰⁷. En este sentido, podemos traer a colación la cláusula ya mencionada de *Preceptos* que aconseja, llegado el caso, de “practicar gratis la medicina” justificada por “el prestigio presente”.

La preocupación, en suma, del asclepíada hipocrático por su reputación y prestigio está plenamente corroborada a lo largo de múltiples cláusulas del *Corpus*. No puede olvidarse que, a falta de las “penalizaciones jurídicas”, la pérdida del “goce de la vida y del arte” constituye el castigo de la transgresión de los principios considerados como sagrados, tal y como vimos en una de las cláusulas del *Juramento*. La elevada

³⁰⁶ GARCIA GUAL, C., “Sobre el médico, 1...”, op. cit., p. 176.

³⁰⁷ LARA NAVA, M. D., “El prestigio del médico...”, op. cit., p. 50.

responsabilidad o prestigio morales conlleva la consecuente impunidad jurídica, pero la transgresión de las reglas éticas y de comportamiento, acarreará la pérdida de la tan estimada reputación.

2.5. Recapitulación

Con la llegada de la medicina hipocrática llegó el nacimiento de la medicina técnica, lejos quedó la justificación mágica o esencialmente religiosa de la enfermedad, ahora ésta era un proceso natural y como tal debía ser explicada. Pero antes de que la misma se configurase con una visión científica del hombre, su salud y su enfermedad, así como las causas que la provocan, fue precisa la constitución de un pensamiento filosófico de raíces profundamente naturalistas.

Para la mentalidad helénica arcaica, la enfermedad estaba causada por un dios o un espíritu, al igual que en las restantes culturas milenarias, aunque algunas de ellas cerca estuvieron de adentrarse en el pensamiento racional, fundamentalmente la india, la china y la egipcia. Por tanto, Grecia también conoció una medicina de índole puramente credencial, y no debemos ignorar que, la misma, nunca desapareció del todo. No obstante, hubo un momento decisivo en la historia del espíritu griego en que se produjo una reacción contra tal medicina supersticiosa, configurando poco a poco la denominada medicina hipocrática. Pero la misma no hubiera nacido si no es gracias al pensamiento profundamente especulativo e indagatorio que buscaba una explicación natural de los fenómenos, no mágica, y que, en el caso de la medicina, propició el nacimiento de la *téchnē iatriké*: la medicina técnica, ciencia médica o “hacer *algo* a sabiendas de *por qué* y *para qué* se hace”.

Pues bien, el conocimiento de esa incipiente medicina técnica está recogido en el *Corpus Hippocraticum*, a lo largo de sus más de cincuenta tratados, escritos por diferentes autores, escuelas y diferentes épocas. Pero el espíritu global de los mismos, ha trascendido históricamente e influenciado decisivamente en la medicina occidental. La deontología médica no constituye una excepción de esa extensión temporal, pero ha ido mucho más allá, ya que durante siglos ha representado el ideal de comportamiento médico, fundamentalmente la línea de pensamiento recogida en el *Juramento*. De ahí la importancia que le hemos dado no sólo a *Juramento*, sino a otros tratados del *Corpus* que expresan sus más profundas reflexiones en el campo de la medicina hipocrática.

Así, a diferencia de la medicina considerada pre-técnica, la enfermedad se va a ver por primera vez en la historia como un proceso natural. La concepción de la enfermedad como fenómeno puramente fisiológico, tal vez “demasiado fisiológico”, provocará la desvinculación total entre el cuerpo y el alma: como toda enfermedad es un hecho físico, la investigación de sus causas y su posterior tratamiento también van a serlo, influyendo notablemente en la configuración de la enfermedad durante mucho tiempo. El enfermo va a considerarse como ese ser humano con un problema específico y que le sumirá en un estado determinado: un estado de debilidad, no sólo física sino también moral; un estado de dependencia, sumisión e invalidez. El asclepiada técnico va a estudiar, describir y razonar las causas de ese proceso (diagnóstico), recoger la información de los síntomas y consecuencias que le acaecen (pronóstico) y, al fin y a la postre, determinará un tratamiento o indicaciones a seguir por esa persona enferma.

Por tanto, el médico hipocrático, posee un método en ese proceso que conllevará un legítimo fin: la ayuda y asistencia de su enfermo. La enfermedad, que los técnicos helénicos habían descrito como proceso natural y como situación de desarmonía, va a poder ser ahora abordada de un modo preciso y racional. Por tanto, la asistencia que va a dispensar ese estudioso de su arte va a estar plena y doblemente justificada; no sólo porque se destinará al auxilio de un semejante enfermo, sino porque va a ser desarrollada por un especialista de su arte, por un sabio, por un dios de la *physiologia* humana en el mundo terrenal. Así se va a determinar la particular figura del clásico asclepiada técnico hipocrático: como un personaje que no sólo conoce y domina su arte, sino que la razón de su ser y el fundamento de su técnica será ésa, la curación y asistencia de su enfermo.

Y así, el enfermo, que para la mentalidad griega es prácticamente considerado un incapaz, va a necesitar de esa ayuda, de esa atención por su médico. Así, lo que éste le indique, lo que éste le recomiende o aconseje va a configurarse como algo sagrado. Y eso conforma lo que el técnico hipocrático es: un especialista, un sacerdote de la vida mundana, un asistente de su enfermo. Y, en cumplimiento de su elevada virtud moral y ética de auxilio al enfermo, va a desarrollar su actividad médica, su *téchnē iatriké*. Por tanto, el médico, dominante de su arte, con la consciencia de que nadie puede sustituirle, y en el permanente proceso de ayuda a su enfermo, va a indicar lo que le ocurre, por qué le ha acontecido y cómo afrontarlo, asistiéndole en el discernimiento entre el bien y el

mal, como un sacerdote; en el extenuante desarrollo del proceso entre la salud y la enfermedad.

Y eso es lo que el médico hipocrático pretende, o al menos, lo que el *Corpus Hippocraticum* y sus tratados quieren transmitir: que este nuevo especialista no sólo quiere ayudar a su enfermo a recuperar su salud y eliminar la enfermedad, sino que se encuentra por las razones anteriormente expuestas, plenamente legitimado. En cuanto a las consecuencias de sus fracasos como médico, éste, debido a su elevada responsabilidad moral en consonancia con el elevado fin del desempeño de su actividad, no estará sometido a ningún tipo de penalidad jurídica. La pérdida del prestigio, del reconocimiento y fama sociales son un precio lo suficientemente elevado que pagar por el buen médico, de ahí la importancia por el mantenimiento del mismo, por un comportamiento intachable, por una honorable actitud.

Las aportaciones que la medicina técnica, y en el campo que nos atañe, fundamentalmente los de la deontología y comportamiento médicos para con el enfermo son un hecho incuestionable. Si bien adoptó de la fase previa diversos elementos como la indudable autoridad que el médico-sacerdote ejercía en sus adeptos; o la distinción entre esa figura y la del médico empírico o artesano; las contribuciones de la medicina hipocrática son indudables y numerosas. El entendimiento de los fenómenos a través de una causación natural o la metodología científica del pensamiento racional son algunos de sus tributos; pero también el criterio de actuación en aras del bien del enfermo (de beneficencia y de no maleficencia) en el proceso de asistencia médica, la elevada responsabilidad moral en correspondencia con una impunidad jurídica y la importancia de la individualización del tratamiento de la persona enferma como ser individual. Ésas son, si no las aportaciones más notables y evidentes, las que nosotros hemos de considerar en nuestro particular campo de investigación y que van a trascender de un modo innegable y manifiesto a lo largo de los siglos posteriores.

El pensamiento hipocrático fue el que conformó un tipo de asistencia para el enfermo que perduró durante más de veinte siglos: la ayuda al enfermo amparada en su propio beneficio pero sin contar con la opinión de éste. En esos tiempos ni el médico ni tampoco el enfermo mostraron un atisbo de toma de decisiones de este último en el proceso de su enfermedad. Deberán de transcurrir muchos siglos para que al paciente, como sujeto individual, se le otorgue cierta capacidad de decisión, y otros años después

para que se le conceda una autonomía real en el ámbito de su propia salud. A lo largo de las siguientes páginas veremos el proceso a través del cual se fue conformando este logro, aunque antes de llegar al mismo van a ser necesarios otros elementos como el alejamiento entre el médico y su enfermo, y un posterior enfrentamiento.

3. DEL PATERNALISMO HIPOCRÁTICO AL PATERNALISMO BUROCRÁTICO

Como ya hemos dicho, el *Corpus Hippocraticum* y, particularmente, su *Juramento* van a constituir la base y el fundamento de todo el comportamiento médico posterior, de tal modo que van a orientarlo y definirlo. Dentro de esta premisa debemos también incluir a los autores posteriores que, de un modo u otro, tradujeron e interpretaron las obras clásicas de autores como Hipócrates, Platón o Aristóteles. Así, el legado ético de los médicos hipocráticos ejerce una enérgica influencia en las prácticas médicas de los médicos no sólo en esta etapa, sino que, como veremos, va a trascender hasta bien entrado el siglo XVIII. Por tanto, partimos de la herencia transmitida por la medicina hipocrática: la comunicación existente del médico con su paciente va a servir para tranquilizarle, para darle seguridad o para inducirle a seguir sus prescripciones, pero en ningún caso manifiesta la participación del enfermo en la toma de decisiones³⁰⁸. Como en la Grecia clásica, el médico actuará en beneficio y por el bien de su paciente, pero sin contar con su opinión ni las consideraciones que pudiera aportar, y aquel le obedecerá en base a la autoridad que el profesional posee. Por otra parte, la Edad Media, en tanto que “edad intermedia” o “época entre dos épocas”, se ha visto casi siempre como la gran cesura en la historia del pensamiento³⁰⁹, pero, no obstante, en esta época en Europa van a producirse diversos acontecimientos que caracterizarán de modo diferenciado esta etapa de la anterior, en lo que respecta a la relación entre el médico y el paciente, y cuyos difusos límites se sitúan entre los años 500 y 1500 de nuestra era.

Por otra parte, pese a la idea de detención o “retroceso” en el arte médico, no pueden obviarse los tres grandes e innegables logros acaecidos, no sólo desde un punto de vista médico sino también social, como son: la concepción de la ciencia médica como un servicio sanitario público y la generalización de la atención, educación y política sanitarias (a las que el cristianismo contribuyó con su indudable influjo); la evolución

³⁰⁸ KATZ, J.: *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 46-47.

³⁰⁹ SCHIPPERGES, H.: *El jardín de la salud*, Grano del Paraíso, Barcelona, 1987, p. 11.

del antiguo hospital hasta dar lugar a la clínica moderna y, por último, la penetración de la ciencia médica en la Universidad y en el ámbito académico³¹⁰.

3.1. La Edad Media: perpetuidad de la deontología hipocrática

En primer lugar, aunque vamos a tratar de la época medieval en su conjunto, no debemos obviar que puede realizarse una distinción acusada entre dos etapas clásicamente diferenciadas: la Alta y la Baja Edad Media, esta última caracterizada por un resurgimiento y reactivación del pensamiento especulativo, así como un desarrollo intelectual y científico. De las aportaciones que vamos a tratar veremos como todas y cada una de ellas contribuyen de uno u otro modo a la concepción de la atención sanitaria en modo similar a la época anteriormente estudiada. Ahora el enfermo también va a estar privado del diálogo con su médico, al menos a la hora de decidir sobre el proceso de su propia enfermedad.

Si por una particularidad se singulariza la etapa de la Edad Media es por una enorme novedad respecto a la Grecia clásica: el nacimiento y difusión del cristianismo. Esta circunstancia va a afectar profundamente y de modo muy variado a distintos aspectos, no sólo en la forma de entender la atención al paciente, sino además en la concepción de la salud y de la enfermedad. Por otra parte, no debemos obviar que también se ha atribuido al cristianismo “una decadencia de la ciencia médica”, fundamentada en una asistencia estrictamente moral y religiosa, contraria a la medicina científica especializada y retribuida³¹¹. En este sentido, en las obras consultadas sobre historia de la medicina, la Edad Media se considera como un “cierto retroceso o estancamiento” de los avances médicos, perpetuándose la creencia de la enfermedad como desequilibrio de los humores. La contribución en esta época es de otra índole. En estos momentos, el enfermo, como persona, como semejante, es concebido como único e irrepetible³¹².

No obstante la merecida apreciación que las aportaciones medievales realizan a la ciencia médica en el ámbito de la relación entre el médico y su paciente (debido a la idea anteriormente vista de enfermo como semejante humano), no debemos negar que las enseñanzas contenidas en el *Juramento* y en otros textos hipocráticos, suponen una

³¹⁰ *Ibíd.*, p. 12.

³¹¹ GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans l'Occident médiéval*, Éditions du Seuil, Paris, 1976, p. 161.

³¹² BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, *op. cit.*, p. 37.

perdurabilidad de los principios éticos y deontológicos contenidos en los mismos. Así, se recoge la idea ya vista en la medicina hipocrática que afirma que para ser un buen médico es necesario que tenga “el ánimo lleno de misericordia y de humanidad”, y así “no suministrará una medicina perjudicial ni a los enemigos”, ya que “la medicina es la ciencia de sanar, no de dañar”. Así, “en la medicina se dan todas las cosas que se dan en la sabiduría: desprendimiento, modestia, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de toda superstición, excelencia divina”. Estas líneas plasmadas en el texto hipocrático *Sobre la decencia*, como ya vimos más arriba, ha sido el santo y seña del *éthos* del médico durante siglos, y así, el cristianismo moduló pero no alteró la estructura fundamental de la ética hipocrática³¹³.

Con el progresivo desarrollo de la moral cristiana se vuelve casi tradicional el concepto del *Christus Medicus*, aunando dos mensajes éticos, el hipocrático y el cristiano, encuentro que a veces aparece como el integramiento del primero por parte del segundo (aunque no siempre es así) hasta el punto que se podría hablar de impacto más bien que de encuentro³¹⁴. El médico hipocrático tenía como principio esencial en su actuar la ayuda al enfermo, colaborando con la naturaleza en la tendencia de ésta a la curación, fundamentada en el amor a sus saberes técnicos que le permitieron favorecer esa propensión al restablecimiento³¹⁵. El médico medieval cristiano también quiere la curación del enfermo, pero no fundamentado en el amor a su arte, a su técnica, sino esta vez, por el hecho de la benevolencia médica, por la sensación de afecto hacia el herido y el enfermo, por el amor de donación fundada en la hermandad bajo un mismo Padre³¹⁶.

Por tanto, el médico se constituye de nuevo en la figura anteriormente vista: un personaje de elevada condición moral ya que el fin de su existencia se constituye en la atención a su enfermo. En la medicina hipocrática, fundamentada en el amor y en el conocimiento a su arte, y ahora en el afecto que profesa a su enfermo por el mero hecho de tratarse de un ser humano. Luego su indudable e intachable condición moral se

³¹³ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 74-83.

³¹⁴ ZANOBIO, B.: “Las dimensiones éticas de la medicina hipocrática y el encuentro específico con la moral cristiana”, *Dolentium Hominum*, N. 31(Año XI-N. 1), 1996, p. 29.

³¹⁵ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., pp. 49-54.

³¹⁶ BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 37; HERRANZ RODRÍGUEZ, G.: “Los códigos de deontología contemporáneos”, *Dolentium...*, op. cit., p. 33.

engrandeció si cabe, en esta época histórica. Así, la relación íntima entre médicos, pacientes y su Dios, va a dificultar cualquier crítica de las órdenes de los médicos por parte de los pacientes. Durante la “Edad de la Fe”, tales enfrentamientos casi equivalieron a blasfemias. Por otra parte, la autoridad y poder se fundamentaron en la creencia hondamente arraigada de la importancia que la fe tenía en el proceso de curar, lo que conllevó una obediencia y confianza aún mayor en estos médicos medievales.

3.2. El cristianismo: fundamento de la asistencia medieval

En las siguientes líneas vamos a incluir tres elementos que, en nuestra opinión, el nacimiento y difusión del cristianismo aportó en la redefinición del nuevo tipo de asistencia al enfermo en esta época histórica. Como veremos, se hace patente la perpetuidad del paternalismo hipocrático, aunque conformado con un particular y novedoso relieve medieval. Así, los elementos que hemos prestado atención son: por una parte, la introducción de la “proximidad” como fundamento de la atención sanitaria; en segundo lugar y vinculado con el anterior, la configuración del médico nuevamente con un rol “sacerdotal” aunque singularizado con el pensamiento del medieval; y por último, la conformación que el pensamiento medieval otorgó al padecimiento de la enfermedad. De estos elementos, hemos extraído una serie de consecuencias prácticas de las que trataremos en el siguiente epígrafe.

3.2.1. La introducción de la “proximidad” como base asistencial

Quizás el alcance más trascendental que tuvo la introducción del cristianismo aplicado al campo de la medicina fue la consideración de la persona como prójimo. Se trata ahora de un nuevo pensamiento; así, “si la amistad griega fundamentó la medicina hipocrática, se transforma con el cristianismo en un amor de donación fundada en una hermandad común bajo un mismo Padre”³¹⁷.

En este sentido, la “proximidad” consiste en procurar el bien a una persona por el mero hecho de ser un ser humano, es decir, sin necesidad de conocerle y tratarle como persona individual³¹⁸. Esta concepción encuentra su fundamento en la versión formalmente cristiana de proceder, ubicada en tres reglas evangélicas: Ama a tu prójimo como a ti mismo; ama a tu prójimo como si tu prójimo fuese Cristo y ama a tu prójimo

³¹⁷ BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 37.

³¹⁸ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 76.

como si tú mismo fueses Cristo³¹⁹. En parecido sentido, el capítulo dedicado a “*Los monjes enfermos*” de la Regla de San Benito establece que “la asistencia a los enfermos se debe hacer por encima de todas las cosas, porque los que así lo hacen, están prestando su atención al mismo Cristo”³²⁰. Por tanto, en la noción de projimidad subyace la idea de semejanza de cualquier ser humano por el mero hecho de serlo con el mismísimo Jesucristo, y de ahí que se proclame una asistencia de esta índole a cualquier semejante³²¹.

Así, esta concepción lleva una consecuente y necesaria motivación en el actuar sanitario: la compasión y caridad en la asistencia a los enfermos. Este pensamiento se fundamenta en la obra de misericordia inculcada a los cristianos de atender a los enfermos³²². La idea de misericordia y de ayuda al pobre e indefenso se encuentra presente en la mentalidad del hombre desde el siglo II, “una enseñanza sobre una particular actitud que se desprende de las reflexiones cristianas que no forman un cuerpo doctrinal en sí mismas, pero que constituyen la base del espíritu del cristianismo”³²³. Este pensamiento se recoge asimismo en el Nuevo Testamento, el atender a los pobres en base a los principios de misericordia, con el fin de que haya igualdad entre los semejantes³²⁴.

Por tanto, las concepciones de “projimidad” y de misericordia se hayan estrechamente vinculadas: debido a que los hombres por el mero hecho de serlo deben de considerarse “prójimos” e “iguales”, y por base a una actitud de caridad actuaremos

³¹⁹ *Ibíd.*, pp. 75-76.

³²⁰ VIVANCOS, M. C.; VILCHES, F.: *La Regla de San Benito*, Instituto de Estudios Riojanos, Logroño, 2001, pp. 104-105.

³²¹ De aquí proviene la idea del hombre como centro del universo, creado por Dios: “Dios ha hecho el hombre a imagen de la estructura del mundo, de la misma manera que un artista da forma a sus vasijas. Y de la misma manera que Dios ha hecho el enorme instrumento del cosmos según unas proporciones equilibradas, así también ha formado la figura del hombre según unas proporciones más pequeñas. (...) así, haz lo mismo que El hizo, porque agrada a Dios que los necesitados reciban misericordia” (SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., pp. 23-ss).

³²² MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad medieval. Enfermedad. Peste. Muerte*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 2004, p. 19.

³²³ Así, la asistencia de los ricos es pagada por los ruegos de los pobres. El espíritu de misericordia, la obra que provoca la misericordia, es dispensador de riquezas inagotables. (GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans...*, op. cit., p. 29).

³²⁴ “No se trata de que en el caso presente, la abundancia de ustedes suple la necesidad de ellos, para que un día, la abundancia de ellos supla la necesidad de ustedes. Así habrá igualdad, que ustedes sufran necesidad para que otros vivan en la abundancia, sino de que haya igualdad de acuerdo con lo que dice la Escritura: El que había recogido mucho no tuvo de sobra, y el que había recogido poco no sufrió escasez”. (2 Cor., 8, 13-15).

ante ellos de modo igualitario independientemente de quien sea la persona. Así, como bien dice Laín Entralgo “para la benevolencia no puede haber límites naturales, aunque las posibilidades para el gobierno técnico de la naturaleza sean limitadas, siempre será posible hacer algún bien a la persona del amigo o del prójimo y, por tanto, siempre deberá hacerse ese bien”. Con este pensamiento, el medieval se aleja del griego clásico, ya que para éste ir más allá de las posibilidades del arte sería un pecado; mientras que para el cristiano rebasar los límites del arte con la caridad no sólo no es actuar “contra natura” sino que constituye un imperativo moral³²⁵. Esta idea se hace patente en la atención de los enfermos en los monasterios, pero sobre este asunto volveremos unas líneas más abajo.

3.2.2. *La autoridad del médico medieval cristiano*

Otro de los elementos a considerar en la fundamentación de esa asistencia medieval que va a contribuir a una continuidad, aún con rasgos particulares, de la ética médica hipocrática será la consideración de la propia figura del médico. Cuando tratamos sobre el “fundamento y repercusión del carácter sacerdotal del asclepiada hipocrático” ya afirmamos que los médicos hipocráticos y su propia actuación para con sus paciente se erige con un carácter religioso y sacerdotal, situación que estuvo presente a lo largo de los siglos. Los vínculos estrechos entre los médicos y Dios fueron subrayados por médicos de la antigüedad, en tanto que los médicos medievales de orígenes judíos, árabes y cristianos, no hicieron más que reiterarlos³²⁶. Y la reiteración de ese vínculo con Dios se magnifica en la “Era de la Fe”, ya que “todos los que han sido llamados por Dios para conducir a los hombres, para cuidarlos, para sanarlos tienen a Cristo como modelo. Las cualidades de humanidad y conmiseración se ennoblecen en la figura del médico, cuya cualidad moral no reside en devolver la salud, sino en la propia misericordia que comunica a los demás”³²⁷.

Así, volvemos de nuevo a la idea recurrente en la que, no sólo la autoridad que el médico representa proviene del mismísimo Dios, sino que éste simboliza además una innegable aptitud moral. Tan patente y real es esa idea que, a partir del siglo VIII, la asistencia médica va a pasar a manos de los sacerdotes, tanto del clero secular como regular. En realidad, esta práctica ya se había iniciado en los decenios centrales del siglo

³²⁵ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., pp. 76-77.

³²⁶ KATZ, J.: *El médico y el paciente...*, op. cit., p. 47.

³²⁷ SCHIPPERGES, H.: *El jardín de la salud...*, op. cit., p. 24.

VI y va a perdurar hasta finales del siglo XII³²⁸. Se crea así la figura del sacerdote médico, dominante en el ejercicio del arte de curar hasta ese siglo. Obviamente, este hecho guarda estrecha relación con la asistencia médica en los monasterios, pero sobre este asunto volveremos.

Pues bien, del mismo modo que la ayuda al enfermo se entendió como un acto de caridad y misericordia, la figura del que atendía a ese paciente fue conformada como expresión de la voluntad divina. El médico se constituye como un Buen Samaritano, como un ser predestinado a esa función de asistencia. En este sentido, la principal ayuda que puede recibir un necesitado es la misericordia que durante toda la Edad Media queda simbolizada en la parábola del Buen Samaritano³²⁹. Así, “la página evangélica del Buen Samaritano enriquece la herencia hipocrática de la visión trascendente de la vida humana que es don de Dios y llamada a participar en la eterna comunión con Él”³³⁰. Por tanto, se aprecia una relación, una continuidad entre los principios establecidos en los textos hipocráticos, concretamente el Juramento, y el entendimiento cristiano de la medicina medieval. El médico nuevamente adquiere esa índole sagrada y de elevada condición moral.

³²⁸ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 81. Esta práctica se hace uniforme en toda Europa: en Italia en los monasterios benedictinos; en España con diversos obispos emeritenses como Pablo y Masona; en Suiza en el monasterio de San Gall...etc.

³²⁹ En palabras de SCHIPPERGES, Hildegard von Bingen confiere a esa parábola una dimensión cósmica y la interpreta desde el punto de vista de la historia de la redención. (SCHIPPERGES, H.: *El jardín de la salud...*, op. cit., pp. 24-ss). En igual sentido, los participantes de la redacción de la obra colectiva “De Hipócrates al Buen Samaritano”, también han observado este paralelismo. Así, dicha parábola demuestra la buena voluntad, el servicio a quien sufre del último de los personajes citados, y el mandamiento de Jesús de actuar de este modo para con toda persona.

"Un hombre descendía de Jerusalén a Jericó y se encontró con unos bandidos que lo despojaron, lo golpearon y después se fueron, dejándolo medio muerto.

Casualmente, un sacerdote descendía por aquel mismo camino y cuando lo vio, pasó adelante por la otra parte.

También un levita, llegado a aquel lugar, lo vio y pasó adelante.

En cambio un Samaritano, que iba de viaje, pasando a su lado lo vio y tuvo compasión.

Se le acercó, le vendó las heridas, echándole aceite y vino; después, cargándolo sobre su jumento, lo llevó a un albergue y se dedicó a cuidarlo.

Al día siguiente, sacó dos monedas y las dio al albergador, diciéndole: Cuídalo y lo que gastes de más te lo devolveré a mi regreso. ¿Quién de estos tres te parece que ha sido el prójimo de aquel que cayó en manos de los bandidos?"

Aquel respondió: "El que tuvo compasión de él" Jesús le dijo: "Ve y haz tú lo mismo"(Lucas 10: 30-37).

³³⁰ Discurso del Santo Padre a la X Conferencia Internacional, Sed de los buenos samaritanos de los tiempos modernos, De Hipócrates al Buen Samaritano, *Dolentium...*, op. cit., p. 7.

Se instituye así una creencia que considero fundamental en el entendimiento del paternalismo medieval. Tanto los pacientes como sus médicos fundamentan su relación en tres ideas esenciales y que caracterizan la misma: los enfermos deben honrar a su médico, ya que su autoridad proviene de Dios y, consecuentemente, deben tener fe y prometerle obediencia³³¹. Por tanto, el que dedica sus esfuerzos y su buena voluntad a los cuidados de aquellos que sufren demuestra un compromiso en la promoción y protección de la vida. Se muestra aquí un punto clave en la coincidencia de los pensamientos de Hipócrates y el cristiano que va a perdurar durante siglos: “la exclusión de toda discriminación al interior de la noción de la vida”³³².

Así, el médico medieval, con el pensamiento “cristianizante” exacerbado, es visto como ese Buen Samaritano, como un paradigma de actuación moral, ya que, al fin y a la postre, en el desarrollo de su asistencia, va a actuar seguido de las indicaciones de Jesús “Ve, y haz tú lo mismo”. Así, este nuevo personaje, el médico “samaritano”, va a acercarse a su enfermo movido por el más puro amor cristiano³³³, por lo que si el médico hipocrático estaba dotado de una innegable e intachable moralidad, en esta época, estos caracteres aparecen profundamente acentuados. De igual modo que el sacerdote pone su vida al servicio de la divinidad, el médico pone la suya al servicio de sus semejantes. El médico es ahora mucho más parecido a un sacerdote en “el ámbito de lo terrenal y mundano”, mientras que la parcela ultraterrenal y divina quedará reservada al clero *stricto sensu*.

Por tanto, de ahí que las actitudes del enfermo para con el médico deberán integrar la fe, la obediencia y el respeto, puesto que el médico que le asiste, en un propio acto de amor y misericordia, sólo va a querer el bien de su paciente. Nuevamente en la historia de la deontología médica, el bien *absoluto* del enfermo va a coincidir y encajar plenamente con lo que el médico considera que es el bien para ese sujeto sufriente. Y ese sujeto que lo sabe, respetará la opinión del médico y seguirá fiel y silenciosamente sus benefactores consejos e indicaciones.

³³¹ KATZ, J.: *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 47-48.

³³² ANGELINI, F.: “El sentido del recorrido histórico “Ve, y haz tú lo mismo” De Hipócrates al Buen Samaritano”, *Dolentium...*, op. cit., p. 10. El sentido de la defensa a ultranza de la vida humana está profundamente instaurado tanto en el pensamiento cristiano, como en el médico, de ahí la observancia de los paralelismos de la atención sanitaria entre los dos tipos de visiones.

³³³ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 82.

3.2.3. La concepción de enfermedad según el cristianismo

Por último, el tercer elemento que hemos estimado como decisivo en la conformación particular de la asistencia al enfermo en el Medievo europeo es la propia consideración que el pensamiento de la época otorgaba al hecho de enfermar. Se trata de un concepto nuevo, o más bien, una regresión respecto al de la medicina técnica hipocrática. Si esta última logró superar las primitivas concepciones mágicas o religiosas de la enfermedad, introduciendo por primera vez en la historia un pensamiento fisiológico o proceso natural de la enfermedad, la medicina medieval se alejó en cierta medida de dicho logro. En todo caso, tampoco debiera calificarse a esta medicina como pretécnica, empírica o empírico-mágica de modo pleno como en las épocas antiguas estudiadas en la primera parte de este capítulo, pues, perduraron algunos restos de la ciencia helénica y helenística en Italia, las Galias e Hispania³³⁴.

En lo que respecta a la concepción de la enfermedad, el cristianismo también moduló sus contornos, dispensándole una novedosa significación. Así como en el pensamiento helénico se establecía una especie de paralelismo entre la “salud” y la “bondad”, de modo que la salud se conformaba como una disposición natural, mientras que la enfermedad era en cierto modo una disposición antinatural, en el sentido de que el desequilibrio es causa de enfermedad, “fealdad”, y en último extremo también de maldad³³⁵, el cristianismo superó este pensamiento. El bien de la naturaleza (la salud somática y mental, la belleza, el bienestar...) no es una condición necesaria de ese bien, ya que cabe una alta perfección espiritual con una detestable salud física³³⁶. Por otra parte, esto no obsta para concebir la enfermedad como un proceso, sino que ésta se considera como una privación y una carencia, un “*modus deficiens*”³³⁷, por tanto,

³³⁴ CABANES JIMÉNEZ, P.: “La Medicina en la Historia Medieval Cristiana”, *Espéculo: Revista de Estudios Literarios*, No 32, Universidad de Cádiz, 2006, pp. 1-ss.

³³⁵ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 35-ss.

³³⁶ En la benevolencia respecto del amigo debe distinguirse entre el bien de la naturaleza y el bien de la persona, y según el cristianismo, tiene su término real más allá de la muerte y del mundo. Así, santas como Santa Teresa de Jesús o Santa Teresita de Lisieux padecieron enfermedades a lo largo de su vida. (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 76). En parecido sentido, San Francisco de Asís y Hildegarda de Bingen sufrieron de dolorosos padecimientos físicos. Así, Hildegarda padeció desde la infancia casi de modo constante dolorosas enfermedades, de forma que raras veces podía andar, y así como toda la materia de su carne vacilaba de tal manera que ella misma se definirá como “*paupercula forma femínea*” (MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p. 43).

³³⁷ Así, también la muerte se describe siempre negativamente, como “privatio”, como disolución o ruptura, como destrucción y extinción, como la regresión final de la composición viviente. (SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., p. 50).

también en cierto modo es “antinatural”. La diferencia del pensamiento medieval cristiano con el helénico es que si bien ambos veían la enfermedad como una característica contranatural, el segundo vinculaba en cierta manera el cuerpo y el espíritu, o más bien consideraba a éste dentro de la propia fisiología, no pudiendo concebirse el uno sin el otro. El cristiano, por su parte, los escinde de tal modo que considera al espíritu independiente del propio cuerpo, de forma que, como ya hemos dicho anteriormente, una pésima salud física no obsta la más elevada pureza espiritual.

En este sentido, “se aprovecha” este pensamiento para concebir la enfermedad de dos formas: como prueba y como modo de acercamiento a Dios. Así, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte no son percibidas exclusivamente como lógicas consecuencias de la falta o pecado de la humanidad, aunque este pensamiento nunca se abandonó del todo en el Medievo³³⁸. En este sentido, en una obra del ya avanzado siglo XV, “*La vida del cielo*” de Stephan von Landskrona, se habla del auxilio al enfermo en la hora final de su vida, haciendo referencia a la enfermedad como efecto de la falta: “En primer lugar, el enfermo es exhortado a que recuerde si tiene algún pecado secreto o público como castigo del cual Dios pudiera haberle enviado la enfermedad; porque “toda maldad es descubierta”³³⁹.

Por tanto, independientemente de interpretar la enfermedad y la muerte como castigo divino o capricho del azar, el cristiano medieval propuso una primera versión distinta: el sufrimiento como prueba. Como ya vimos al estudiar la medicina hebrea antigua, el cristianismo ya disponía de un buen precedente en el Antiguo Testamento para facilitar una versión o justificación diferente al problema³⁴⁰: El *Libro de Job*. En este sentido, así

³³⁸ La Biblia hace firme desde bien pronto el principio de retribución individual del castigo o sufrimiento. El pensamiento hebreo aparece confuso, ya que para el sufrimiento y la enfermedad no encuentran una respuesta, salvo la fe. En este sentido, Maimónides creía que todo el sufrimiento es el castigo por los pecados anteriormente cometidos. (ARINZE, F., “La pedagogía del sufrimiento en las diversas religiones”, *Dolentium...*, op. cit., p. 195).

³³⁹ Así, la idea subyacente es que a través de la enfermedad, Dios advierte de la necesidad de la conversión para que por el arrepentimiento y la penitencia sanen primero el alma y después el cuerpo. (SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., p. 50). El precursor de este pensamiento del *Ars moriendi* o manual para aprender a morir bien o cristianamente fue Juan Gerson con su obra *De Scientia mortis*, escrito hacia 1403. La máxima de este ejemplar es la asistencia a los moribundos en señal de amistad y caridad cristianas, pero sin olvidar que es necesario que el enfermo se arrepienta de sus culpas para encontrar la salvación. (ADEVA MARTÍN, I., “Cómo se preparaban para la muerte los españoles a finales del siglo XV”, *Anuario de Historia de la Iglesia*, nº 1, 1992, pp. 113-138).

³⁴⁰ MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p. 41; en lo que respecta al Libro de Job, véase de nuevo los textos comentados al estudiar la medicina en el pueblo

como inicialmente se justificó la enfermedad como consecuencia del pecado, en algún momento determinado de la historia, los libros sagrados ponen en crisis el concepto de enfermedad-pecado, concretamente en el libro citado, ya que, por primera vez, parece que se produce una fractura del silogismo tradicional. El texto plantea una cuestión que preocupaba a los pensadores del mundo antiguo: “cómo explicar una justicia divina que pone a prueba a un varón justo arruinándole materialmente y haciéndole víctima de una “úlcera maligna desde la planta del pie hasta la coronilla de la cabeza”³⁴¹. A la postre, el personaje obtendrá el premio a su sumisión: es satisfecho con su nueva prosperidad y “vivirá ciento cuarenta años, en que vio a sus hijos y nietos hasta cuarta generación”³⁴². Así, el *Libro de Job* es una crítica a la doctrina tradicional de la retribución, el sufrimiento tiene un valor de prueba de fortalecimiento del espíritu, lo que se plasma en este texto es una crítica a la sabiduría tradicional, que no sabe encontrar razón al sufrimiento injusto del hombre³⁴³. En todo caso, lo que este libro trasluce es que el sufrimiento padecido por cualquier hombre justo se muestra a primera vista como incomprensible a los seres humanos. Pero que dicho padecimiento no es sino un modo de poner a prueba la fe del hombre y que, si así es superada, se le devolverá a ese hombre justo (*Job*) la justicia transgredida³⁴⁴.

De esta concepción de la “enfermedad como prueba” se pasa necesariamente a una consecuente acepción: la de “enfermedad como un modo de acercamiento a Dios”. Si la enfermedad de modo injusto se acepta dócil y comprensivamente, el padeciente será mucho más digno de ayuda para la glorificación de Dios³⁴⁵. En este sentido, el propio Francisco de Asís, tal y como expresan sus biógrafos, logró ese acercamiento con Dios gracias a “una enfermedad que visitó su corazón”, ya que previamente a la misma su vida había estado invadida de vanidades y excesos mundanos³⁴⁶. El Santo padeció a lo

hebreo antiguo: BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 32; Job, 1: 1-22; Job, 2: 1-13.

³⁴¹ “El Adversario se alejó de la presencia del Señor, e hirió a Job con una úlcera maligna, desde la planta de los pies hasta la cabeza”. (Job, 2: 7).

³⁴² *Ibidem*, 42: 15-16.

³⁴³ MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p. 42. Así, la teoría de la retribución representada por los sabios queda en crisis cuando la teología hace una abstracción independiente de la vida real de los hombres. (CROATTO, J.S., “El libro de Job como clave hermenéutica de la teología”, *Revista Bíblica*, Vol. 43, 1981, pp. 33-45).

³⁴⁴ CROATTO, J.S., “El libro de Job como clave...”, op. cit., p. 11.

³⁴⁵ MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p. 42

³⁴⁶ “En efecto, cuando por su fogosa juventud hervía aún en pecados y la lúbrica edad lo arrastraba desvergonzadamente a satisfacer deseos juveniles e, incapaz de contenerse, era incitado con el veneno de la antigua serpiente, viene sobre él repentinamente la venganza;

largo de su vida graves, dolorosos y frecuentes padecimientos físicos, a los que “nunca se preocupó curar”, como si de una penitencia se tratase. Sus propios biógrafos afirman que la razón principal de sus sufrimientos era que “en sobrellevarlos hay una gran recompensa”³⁴⁷. En directa relación, y aprovechando esa posibilidad de acercamiento a Dios, o más bien como medio de la misma, la enfermedad humana también fue observada como un signo de distinción, tal y como se muestra en las Escrituras, y el propio Jesucristo se presenta como Médico³⁴⁸. De nuevo la figura de San Francisco vuelve a ocupar un relevante lugar, ya que al Santo se le atribuyen algunas curaciones milagrosas, presentándose ante el enfermo como el mismo Jesús-Médico, y dotando así al padeciente de cierto signo de dignidad. Esto mismo va a ocurrir con distintas figuras de santidad dentro del cristianismo.

Esa es la conformación que el pensamiento medieval hizo de la enfermedad y del sufrimiento, una prueba de fe y una forma de acercamiento a la glorificación divina, quizás porque ante tanto mal, no encontraron otra justificación más que la fe. Lo que realmente nos atañe es que los que atendieron a esos pacientes no sólo se dedicaron a la curación de los mismos, sino a su acompañamiento, a su consuelo y a una ayuda para la superación “espiritual” del mal, y todo por el bien de esos prójimos enfermos.

3.3. La materialización de la asistencia medieval: exaltación del criterio del bien del enfermo

En nuestra opinión, esa asistencia a los enfermos en la época medieval occidental se caracterizó por tres novedosos rasgos respecto a la tradición hipocrática: la asistencia de los aquejados en los monasterios, el olvido de la “naturalidad” de las propiedades de las cosas y del propio proceso de salud-enfermedad manifestado en la incorporación de la

mejor, la unción divina, que intenta encaminar aquellos sentimientos extraviados, inyectando angustia en su alma y malestar en su cuerpo, según el dicho profético: “*He aquí que yo cercaré tus caminos de zarzas y alzaré un muro*” (Os 2,6). Y así, quebrantado por larga enfermedad, como ha menester la humana obstinación, que difícilmente se corrige si no es por el castigo, comenzó a pensar dentro de sí cosas distintas de las que acostumbraba”. (DE CELANO, F.T., “Vida Primera de San Francisco”, *San Francisco de Asís. Escritos. Biografías. Documentos de la época*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1998. Compuesta tres años después de la muerte del Santo, por gentileza de www.fratefrancesco.org (Última consulta: 26/03/14).

³⁴⁷ DE CELANO, T., *Vida Segunda de San Francisco, 1253, San Francisco de Asís. Escritos. Biografías. Documentos de la época*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1998. p. 86, en www.fratefrancesco.org (Última consulta: 26/03/14).

³⁴⁸ “Se le acercó un leproso (a Jesús), que se arrodilló ante él y le suplicó: “Si quieres, puedes limpiarme”. Sintiendo compasión, Jesús extendió la mano y lo tocó diciendo: “Quiero, queda limpio”. Al instante se le quitó la lepra y quedó sano”. (Marcos, 1:40-42).

superstición y la fe, y por último la integración del consuelo en el proceso de auxilio a los pacientes. Estos hechos no obstan para que los primigenios valores de la deontología médica establecidos en la época hipocrática se mantengan, es más, en cierto modo, y gracias a los mismos, aparecen reforzados. Si bien se produce un retroceso científico, el principio de actuación “en aras del bien del enfermo” se manifiesta de un modo mucho más exacerbado.

3.3.1. *Medicina monástica y primeros hospitales: equidad virtual en la asistencia*

La práctica de la medicina monástica tiene lugar en la primera etapa de la Edad Media, concretamente durante los siglos VI al XII, en los que se ejerció la misma centrada en los monasterios, lo que no obstó una coexistencia con el ejercicio llevado a cabo por los médicos laicos, principalmente judíos. Esta práctica de la asistencia al enfermo por parte de los religiosos o simples fieles, puede ser considerada como la materialización del deber cristiano esencial ya contemplado líneas más arriba: la obra de misericordia de asistir a los enfermos³⁴⁹. No obstante este encomiable propósito, nunca estuvo bien vista la medicina por parte de la Iglesia, y fue prohibida siglos después, concretamente en el XII³⁵⁰, como luego veremos.

En lo que respecta al desarrollo de este tipo de medicina, puede afirmarse que hasta bien entrado el siglo XII, o acaso comienzos del XIII, no pudo existir ni existió una mentalidad técnica. En este sentido, fueron casi exclusivamente clérigos regulares o seculares quienes de hecho cumplieron ese importante menester³⁵¹. Por tanto, los médicos sacerdotes llevaron a cabo la práctica de la medicina en las enfermerías de los propios monasterios, o excepcionalmente, en su domicilio, llevando a cabo unos rudimentarios diagnóstico y tratamiento. De la caridad cristiana nació la primera atención global para enfermos, necesitados y peregrinos, distinguiendo a los cristianos

³⁴⁹ MITRE FERNÁNDEZ, E., *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p. 19.

³⁵⁰ DEL VALLE GARCIA, M., “Edad Media y enfermedad”, *SEDENE*, N°26, Segundo Semestre 2007, pp. 9-26.

³⁵¹ Así, Casiodoro funda el “*Vivarium*” para el cultivo de las ciencias(490-583), San Isidoro con las *Eymologiae* la enciclopedia básica de la primera Edad Media(570-636), Benedicto Crispo (†725), Beda el Venerable (674-735), Alcuino (735-804), Walafriid Strabo, abad de Reichenau, compone su poema sobre las plantas medicinales (*Hortulus*)(†849) etc. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 85; SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., pp. 249-250).

del resto de los hombres. Esa atención era desconocida por los antiguos, que no observaron la asistencia plural³⁵².

Por otra parte, la asistencia al enfermo en los monasterios anticipa lo que será la filosofía de la red hospitalaria de las ciudades, en la que, junto a los enfermos, tienen también acogida los pobres y los peregrinos. Por tanto, nos encontramos ante tres tipos de personajes a los que suele aplicarse un rasero similar: el peregrino es una suerte de enviado de Cristo, y el pobre (al menos desde la óptica más mística y trascendente) puede adquirir también la categoría de representación del Salvador³⁵³. En este sentido, la regla benedictina destila el pensamiento del “deber de la hospitalidad como un deber universal”, añadiendo que “todo huésped debe ser acogido como si se tratase del mismo Cristo, pero especialmente se ha de cuidar del pobre, del peregrino y del viajero”³⁵⁴.

Debe afirmarse que las comunidades cristianas primitivas atendieron a los enfermos porque éstos eran englobados en el epígrafe general de *asistencia a los pobres*; aunque hubo determinadas instituciones diferenciadas dedicadas a la atención de unos u otros³⁵⁵.

No obstante, la práctica totalidad de los establecimientos levantados desde principios del siglo V para el cuidado de los enfermos dependían de un modo u otro de los monasterios masculinos y femeninos. Así, la tradición de una medicina ligada a

³⁵² “Para deshacerse de los pobres y de los infelices, los antiguos tuvieron dos soluciones que el cristianismo no conoció: ¡el infanticidio y la esclavitud! (...) Cristo funda la Iglesia y de ella es la piedra angular; desde hace veinte siglos ella, con su magisterio garantizado, vigila sobre la humanidad y la guía. (...) Inmediatamente después de ser fundada, hay solución de continuidad entre la obra de Cristo y de la Iglesia naciente: la Iglesia busca y recoge al enfermo como hacía Cristo. (...) Conforme la Iglesia logra libertad de acción, surgieron los hospitales, leproserías, lazaretos, donde hacían voluntariado los monjes y simples cristianos” (CREMONA, C.P., “La atención al enfermo en los Padres de la Iglesia”, *Dolentium...*, op. cit., pp. 37-40).

³⁵³ A estos tres tipos puede añadirse una cuarta categoría, los viejos, que suelen acumular sobre su desvalimiento natural alguna de las otras carencias. (MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., pp. 21-22).

³⁵⁴ GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans...*, op. cit., p.60.

³⁵⁵ Desde el año 313, la Iglesia pudo organizar a mayor escala la asistencia a pobres y enfermos; por todas partes surgieron progresivamente instituciones que recibieron distintos nombres, según la cualidad de los atendidos: *Nosocomios*, para los enfermos; *Jerontocomios*, para ancianos; *Xenodoquios*, para peregrinos; y *Orfanotrofios*, para niños huérfanos. (ALVÁREZ GÓMEZ, J., “La asistencia a los enfermos en la historia de la Iglesia”, *Dolentium...*, op. cit., pp. 45-47); “los monasterios fueron desde los primeros siglos del medioevo los guardianes de ese mínimo de rutina médica, no sólo como dispensadores de caridad cristiana, sino por conservar en sus bibliotecas algunos manuscritos de autores clásicos” (MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p.23).

instituciones monásticas atravesará prácticamente todo el Medievo. En los monasterios se enseñaba la medicina y se crearon jardines botánicos con toda clase de plantas medicinales; amplios recetarios creados por la larga experiencia se juntaron a los tratados de medicina³⁵⁶. El monasterio no sólo estaba nutrido de monjes a los que se permitía seguir con su antigua profesión de médicos, sino además de un cuerpo de laicos dedicado a tareas médico-quirúrgicas y de un personal médico contratado a partir del siglo XV³⁵⁷. Así en esta época se van a hacer más frecuente las figuras que enlazan el sacerdocio con la medicina: el sacerdote médico será la dominante en el ejercicio del arte de curar³⁵⁸.

Por otra parte, no debemos obviar una realidad innegable en esa pretendida y encomiable atención equitativa y universal. En este sentido, por eso hemos denominado este epígrafe como “equidad virtual en la asistencia”. Nos referimos a la asistencia diferenciada en el “hospedaje” monacal: la distinción entre ricos y pobres es notablemente percibida a partir del siglo IX y se prolongará hasta el siglo XIV incluso en las instituciones monásticas, diferenciando entre la limosna o voluntad que debían dar los pobres y el diezmo que proporcionarían los ricos³⁵⁹.

Otra demostración de esa virtual equidad de atención al enfermo fue el trato diferenciado que sufrieron unos pacientes particulares: nos referimos a la asistencia dispensada a los leprosos. En este sentido, el enfermo de lepra va a expresar mejor que nada el rechazo mayoritario que la enfermedad producía en la sociedad cristiana, pasando a ser el marginado por excelencia³⁶⁰. Aunque en épocas anteriores ya se llevó a la práctica, en el siglo X se generaliza la costumbre de expulsar a los leprosos de las comunidades y de declararlos civilmente muertos, con la finalidad de restringir el

³⁵⁶ ALVÁREZ GÓMEZ, J., “La asistencia a los enfermos en la historia...”, op. cit., p. 46.

³⁵⁷ MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p.23.

³⁵⁸ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 81.

³⁵⁹ Así, las costumbres clunienses del siglo XI distinguen dos dependencias una de ellas llamada *elleemosynarius* (l’aumônier o limosneras) destinada a los hombres que acuden a pie; y otra denominada *custos hospitum* (l’hôtelier o de hospedaje), reservada para aquellos que llegan a caballo. (GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans...*, op. cit., p. 61). Con otra opinión, LAIN ENTRALGO afirma que “dentro de la enfermería monástica, la atención era igualitaria, todos los pacientes eran igualmente tratados” (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 86-87).

³⁶⁰ Al leproso se le veta su acceso al sacerdocio y aunque en principio su enfermedad no fuera causa para la disolución del matrimonio, en la práctica así ocurría, dada la severidad de los estatutos. (...) La *separatio* del enfermo del resto de la comunidad se rodea de un ceremonial solemne: se celebran verdaderos funerales, seguidos por la toma por el leproso de un hábito característico (MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., pp.62-63).

contacto con las personas sanas³⁶¹. No obstante, dichas medidas fueron atenuadas en parte en el siglo XII, concretamente en el Concilio de Letrán (1179), en el que se establecía que “allí donde hubiera un número de afectados suficiente para llevar su vida en común se les permita tener su iglesia y su cementerio”³⁶². Así, a pesar de ese universal rechazo hacia estos enfermos, los leprosos también gozaron de la asistencia motivada por el estímulo caritativo cristiano.

Por tanto, la asistencia monástica al enfermo tuvo de nuevo un carácter pretécnico o más bien, cuasi-técnico. La medicina se convierte en un oficio caritativo: el tratamiento médico era ante todo un acto de amor, misericordia y piedad, por lo que el trato en sí mismo considerado podría tacharse de exquisito desde el punto de vista espiritual y psicológico. Así, puede observarse cómo la actuación en aras del bienestar, del bien del propio enfermo, aparece, al menos teóricamente, de un modo radical: ¿qué actitud es más benevolente por sí misma que la actuación impulsada por un simple impulso de compasión? Por tanto, esa primorosa atención poseía en sus entrañas un arma de doble filo, o más bien incorporaba dos aspectos: uno positivo y otro negativo; el primero suponía que esa atención era exquisita e idealmente empática, integrando de un modo inédito hasta ahora el consuelo en el cuidado de los enfermos; pero esa atención caritativa, dotada de una rudimentaria técnica, incardinó un elemento obsoleto, ya conocido en la medicina pre-técnica: la búsqueda de los remedios sobrenaturales y las supersticiones pseudo-religiosas como recursos más eficaces que los farmacológicos y los quirúrgicos³⁶³.

3.3.2. *La incorporación de la superstición y la fe en la asistencia médica medieval. Retroceso de la técnica.*

Así, una lógica y razonable consecuencia de ese desempeño de la atención médica por parte de esos médicos “sacerdotes” en los hospitales anexos al edificio monacal fue la incorporación de elementos constitutivos de la fe y de las creencias religiosas. Como ya dijimos, la idea de que los fenómenos actúan en virtud de su propia naturalidad o fisiología fue prácticamente olvidada en los primeros siglos del Medievo, imponiéndose

³⁶¹ SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., p. 66.

³⁶² El papa Alejandro III en base al precepto apostólico “hay que honrar más a los miembros que más sufren” fue el que dio algunas disposiciones para paliar la suerte de los leprosos. (MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p. 64).

³⁶³ CABANES JIMÉNEZ, P., “La Medicina en la Historia Medieval...”, op. cit., p. 2.

un pensamiento general: “la convicción de que el curso regular de los fenómenos naturales puede ser preternaturalmente abolido o alterado en cualquier momento”³⁶⁴.

A primera vista, la integración de este elemento no parece aportarnos demasiado a la hipótesis de nuestro objeto de estudio, el paternalismo médico o la actuación médica en aras del bien del enfermo, pero si modificamos la perspectiva, comprobamos que también este factor resulta interesante. Sólo debemos colocarnos desde la óptica del enfermo, ya que no debemos negar que su particular posición histórica contribuyó a la perennidad a lo largo de los siglos de esta caracterización de la relación entre el médico y su paciente. Nos referimos a la fe y la confianza absolutas que el enfermo depositó en ese médico “sacerdote”, y que la autoridad y la obediencia reforzaron por su parte³⁶⁵.

Esta situación se encuentra justificada por una serie de realidades. La ciencia médica en la Alta Edad Media no pasaba de ser una medicina popular bastante primitiva e integrada, no entre las artes liberales, sino entre las “*artes mechanicae*” junto con la agricultura, la cocina, el arte de tejer y el arte de cazar pulgas³⁶⁶. Pero, ¿cómo se llegó a esta coyuntura tan diferenciada de la época helénica clásica? Tras la caída del imperio romano y con la disminución de su prestigio se produjo el descontento generalizado de la mayoría de súbditos que trabajaban en condiciones de esclavitud, donde surgían grandes epidemias que diezmaron a la población. En esas circunstancias en las que los recursos humanos quedaron netamente sobrepasados, la medicina cayó fácilmente en manos de charlatanes, astrólogos y aventureros, que aprovecharon la penuria e ignorancia de las gentes que habían perdido la confianza en la ciencia médica al comprobar su impotencia para contener las epidemias³⁶⁷. De este modo se abrieron así las puertas a la superstición y la esperanza depositada en el poder sobrenatural, refugio habitual de los que sufren penosas desventuras y de los que poseen gran fe. El culto a

³⁶⁴ Un pensamiento acorde con este tipo de convicción sería “si yo no soy culpable del crimen del que se me imputa, y para demostrar mi inocencia pongo mi mano en el fuego, éste no quemará mi mano” (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 84).

³⁶⁵ Solo con la fe se aseguraría la obediencia tan necesaria para dar eficacia a la terapia. (KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 49-50).

³⁶⁶ SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., p. 12

³⁶⁷ PÉREZ MÉNDEZ, P., VARELA TEMBRA, J.J., “Evolución y desarrollo de la medicina medieval en Occidente”, *Oceánide* n°1, 2009, en: <http://oceanide.netne.net/articulos/art1-2.php> (Última visita: 27/03/14)

los santos, la posesión de amuletos y reliquias e incluso los “toques reales” fueron diferentes formas de superstición, aunque no las únicas³⁶⁸.

Así, cuando se cree en la eficacia sobrenatural y gratuita de una práctica religiosa hace ociosos los remedios de carácter natural y la mentalidad técnica es incapaz de salir airoso³⁶⁹. Esta situación va a perdurar hasta bien entrado el siglo XII o acaso hasta comienzos del XIII. Por tanto, ese ejercicio caritativo de la asistencia medieval va a conllevar necesariamente las prácticas más o menos supersticiosas acordes con la mentalidad de la época³⁷⁰.

Por otra parte, además de las supersticiones de las curas milagrosas fundamentadas básicamente en la fe religiosa, la medicina también habría de medirse con otros competidores a los que hubo de convertir en aliados, reforzando así su carácter predominantemente creyente. Así la astrología y su regulación iba a determinar las diferentes partes del cuerpo del mismo modo que las complexiones del ser humano estaban relacionadas con las constelaciones de los planetas³⁷¹. Por otra parte, en relación

³⁶⁸ El culto a los santos protectores es otro medio de prevención en la Edad Media contra las enfermedades: para evitar la “mala muerte” se invoca a Santa Bárbara, San Cristóbal, San Adrián, San Antonio... y un largo etc. (GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans...*, op. cit., pp. 163-164); el uso de amuletos se utilizó para prevenir y combatir enfermedades; y en muchas ocasiones, la Iglesia, impotente para erradicar estos ritos paganos, optó por cristianizarlos; en lo que respecta a los toques reales, el hombre medieval creía que algunas enfermedades podían ser curadas por la imposición de manos del rey. (DEL VALLE GARCIA, M., “Edad Media y...”, op. cit., pp. 9-10).

³⁶⁹ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 85. “Existen innumerables historias que imputan al cristianismo la decadencia de la medicina. Preocupados únicamente por los problemas éticos y religiosos, los cristianos hacen de la asistencia de las enfermedades un deber moral. Esta teoría fundamentada en la benevolencia de una colectividad sería absolutamente contradictoria con la noción de la medicina especializada y retribuida”. (GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans...*, op. cit., p. 161).

³⁷⁰ Manifestaciones de esa oposición a las curas naturales y en defensa de las curas milagrosas LAIN trae a colación las palabras de San Martín en el siglo VI: “¿Qué logran los médicos con sus instrumentos? Más pertenece su oficio procurar el dolor que aliviarlo. (...) Nuestro amado santo, en cambio, sólo un instrumento de acero posee, su voluntad, y sólo una pomada, su virtud sanadora”. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 89).

³⁷¹ “Así, el sol regulaba el costado derecho y el corazón; la luna el lado izquierdo y el estómago; Júpiter los pulmones, el hígado y los miembros.”(GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans...*, op. cit., p. 161). La Astrología estuvo tan extendida que llegó a enseñarse en las Universidades bajomedievales, y los mismos reyes tenían astrólogos a los que consultaban antes de tomar decisiones importantes. (DEL VALLE GARCIA, M., “Edad Media y...”, op. cit., p.10).

con la astrología y como vía de sanación, se encuentra la alquimia, de la que también se obtuvo provecho en la época medieval³⁷².

Por último, no debemos obviar que parte del patente retroceso o estancamiento de la ciencia médica se debió también a la escisión absoluta entre medicina y cirugía, provocando una degradación de esta última. Para el cristianismo de entonces el cuerpo del hombre era una vil prisión del alma, por lo que el organismo humano no merecía mayor estudio. Por otra parte, la medicina medieval tuvo un marcado carácter especulativo, la teoría médica constituía lo sustantivo, la labor “manual” era desdeñada. Esta situación quedó plenamente instaurada cuando el edicto del Concilio de Tours (1162) prohibió la práctica quirúrgica a los clérigos, quedando en manos de los barberos³⁷³.

Así, la asistencia médica medieval se caracterizó por su desarrollo principalmente en los monasterios (o en instituciones monásticas vinculadas), el empirismo terapéutico y el retroceso científico consecuente, con el añadido de una acentuada superstición milagrera. No obstante, debemos de sumar positivamente un punto a favor de esa atención fundamentada en la caridad cristiana, sin la cual, quizás, no hubiera surgido: nos referimos a la incorporación del consuelo en la relación entre el médico y su paciente.

3.3.3. *La incorporación del consuelo en la asistencia médica medieval*

La falta de técnica en la asistencia medieval al enfermo fue en parte suplida por un puro sentimiento de la caridad y por la incorporación de modo novedoso del consuelo espiritual o psicoterapéutico hasta este momento desconocido³⁷⁴. En una sociedad teocéntrica como la del medievo, el cuerpo era considerado una envoltura efímera, intrascendente, que encubría el verdadero tesoro que daba razón de ser al individuo: el alma. Así, desde finales del siglo VI a finales del X, la medicina fue una labor reservada

³⁷² En la alquimia se valoraron las piedras en virtud de la influencia que sobre ellas ejercen los signos del zodiaco y sus distintas fases, los planetas y la posición de las estrellas. Los lapidarios medievales constituyen una fuente de información al respecto, tanto sobre las cualidades positivas atribuidas a determinadas piedras como negativas. (MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad...*, op. cit., p. 32).

³⁷³ PÉREZ MÉNDEZ, P., VARELA TEMBRA, J.J., “Evolución y desarrollo de la medicina medieval...”, op. cit., p. 3. La cúpula romana había considerado abominable la práctica de la cirugía, condenándola irónicamente con la frase “La Iglesia aborrece el derramamiento de sangre” (DEL VALLE GARCIA, M., “Edad Media y...”, op. cit., p.11).

³⁷⁴ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 86.

especialmente a los “sacerdotes” médicos. Éstos, no estudiaron la naturaleza y la sintomatología del cuerpo con rigor científico, los religiosos fueron ante todo, médicos del alma³⁷⁵.

Si bien la medicina hipocrática no se mostró indiferente frente a los padecimientos de los enfermos, tal y como muestra el propio *Corpus Hippocraticum* en alguno de sus textos, no fue hasta la introducción del cristianismo cuando se afrontó de una manera diferenciada el sufrimiento ajeno. Recordemos nuevamente algunas de las palabras de la medicina hipocrática para poder contrastarlas con las de la medieval cristiana. Así, en el libro *Sobre la ciencia médica o De arte*, su autor afirma:

“La medicina tiene por objeto librar a los enfermos de sus dolencias, aliviar los accesos graves de las enfermedades, y abstenerse de tratar aquellos que ya están dominados por la enfermedad, puesto que en tal caso se sabe que el arte no es capaz de nada³⁷⁶”.

Por su parte, el autor de *De flatibus* establece taxativamente que “el médico, en los dolores ajenos, sufre penas propias”³⁷⁷. De este modo, parece que el médico hipocrático “se apropiaba” en cierto sentido del dolor del enfermo, y de este hecho resultaba que el médico sufriera él mismo por dicho dolor. Así, la apropiación por parte del médico de ese dolor ajeno, le llevaba a sufrir, convertía el dolor de otro en dolor propio, y esto no se trataba de una consecuencia imprevista, sino conscientemente asumida dentro del propio objetivo de la asistencia médica³⁷⁸.

Los estudiosos de la medicina en tanto que técnica racional aplicada, se involucraron con el padecimiento del enfermo doliente hasta un punto determinado, tal y como expresan las palabras citadas de *Sobre la ciencia médica*: hasta donde las leyes de la naturaleza le permitían eliminar o mitigar el sufrimiento del enfermo, mediante la aplicación del arte médico. Es decir, el médico hipocrático podía llegar en el tratamiento y en la *compasión activa* hacia el enfermo sólo hasta donde juzgaba que su técnica podía ser eficiente. Por tanto, la ética y la religiosidad del médico hipocrático le

³⁷⁵ CABANES JIMÉNEZ, P., “La Medicina en la Historia Medieval...”, op. cit., p. 1.

³⁷⁶ GARCIA GUAL, C., “Sobre la ciencia médica, 8...”, op. cit., p. 122

³⁷⁷ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 68-69.

³⁷⁸ CONDE, J., “El sufrimiento y el sentido de la vida”, *Dolentium...*, op. cit., p. 128.

impidieron pasar de ahí: al ser humano se le consideraba sólo naturaleza y a tal convicción había que atenerse³⁷⁹.

En este sentido, la concepción personal del ser humano, incluido el doliente incurable, fue ajena al pensamiento griego; emergió con el cristianismo, el cual traspasó los límites del naturalismo hipocrático y dotó a la asistencia de los dolientes de una inusitada perspectiva: la actitud de misericordia como actitud humana universal ante el sufrimiento consistente en la decisión de aproximarse espontáneamente a quien lo padece³⁸⁰.

El médico del Medievo se constituye así en un personaje que atiende no sólo el cuerpo (aunque fuere de modo rudimentario), sino además el espíritu, y éste sólo puede ser considerado con la práctica de una suerte de psicoterapia verbal o psicológica de carácter moral y religioso³⁸¹. Aunque de modo muy primario y sin antecedentes previos que imitar, el médico medieval supo, o percibió por sí mismo, la eficacia terapéutica de la comunicación verbal con el enfermo de un modo personalizado, procurando el bien de sus pacientes, no sólo del cuerpo, sino también del alma³⁸². Con esta nueva concepción de la asistencia, se considera al individuo enfermo no solo como cuerpo padeciente, sino asimismo, como mente y espíritu sufrientes. La radical fisiología naturalista hipocrática aparece en parte superada, aun a costa de un retroceso científico. Habrá que esperar entonces varios siglos para que los dos elementos (cuerpo y mente) del ser humano sean percibidos de un modo equilibrado.

³⁷⁹ Según la patología hipocrática ciertas enfermedades surgían por necesidad de la naturaleza y ante ellas el empleo de la técnica médica no sólo resultaba inútil, sino hasta pecaminoso, ya que equivalía a ir *contra naturam*, eran enfermedades incurables. Otras que surgían como consecuencia del puro azar, constituían junto con los padecimientos que acarreaban, el objeto propio del arte de curar y aliviar. (Ibídem, pp. 128-129).

³⁸⁰ En este sentido, se trata de la viva manifestación del triple mandamiento cristiano ya citado: a) Ama a tu prójimo como a ti mismo; b) Ama a tu prójimo como si él fuese Cristo; c) Ama a tu prójimo como si tú mismo fueses Cristo. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., pp. 75-76; CONDE, J., "El sufrimiento...", op. cit., p.129).

³⁸¹ El terapeuta de la Edad Media tuvo muy en cuenta la condición personal del paciente y los deberes religiosos en ellas radicados. Esta consideración religiosa de la personal individualidad del sujeto enfermo era rigurosamente extratécnica, y tenía que correr a cargo de un sacerdote. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 101).

³⁸² Aunque esta individualización del tratamiento se llevó a cabo de modo primario e intuitivo, puede atribuírsele al médico medieval, cuestión por otra parte, no vuelta a tantear hasta entrado el siglo XX). (Ibídem, pp. 101-103).

3.4. El origen de la profesión médica

A partir del siglo XI la medicina y el pensamiento medieval sufrieron el comienzo de su transformación, momento que fue propiciado por diversos motivos, favoreciendo la conversión del “oficio de curar” en “arte de curar” y, por tanto, la mutación en medicina científica³⁸³. Algunos de los motivos que se aunaron para hacer posible dicho cambio fueron: por una parte la transformación de mentalidad y la madurez intelectuales, propiciadas por una auto-exigencia de los intelectuales; y por un proceso de racionalización por otra. Otro elemento que favoreció esa metamorfosis fue el desarrollo de la “arabización” y el descubrimiento por parte de los intelectuales europeos de las obras de autores como Avicena, y más tarde, Averroes. Por último, el cuarto motivo que propició esa “tecnificación de la medicina” fue el proceso de secularización del conocimiento³⁸⁴. Sobre estos asuntos volveremos a referirnos unas líneas más abajo.

Toda esta sucesión de acontecimientos va a propiciar la transmutación desde ese paternalismo médico denominado hipocrático a uno más legalizado o politizado, que emulando al profesor Gracia, denominaremos burocrático³⁸⁵. Así como el primero se cimentaba en hacer el bien por y para el paciente, pero sin contar con la opinión del mismo, basado en una autoridad legitimada en la propia figura personal del médico, de modo progresivo vamos a pasar a una fundamentación con una base legal y burocratizada. Veamos ahora cuáles fueron los hechos que coadyuvaron esta transformación y cómo se caracterizaron los mismos.

3.4.1. La maduración intelectual de la sociedad medieval. Contextualización del origen de la profesión médica.

A finales del siglo XI se produce una maduración intelectual y política en la sociedad medieval occidental propiciada principalmente por el resurgimiento urbano de las ciudades. Previamente a este desarrollo apenas existían tres clases sociales: la clase que ora (los clérigos), la que protege (los nobles) y la que trabaja (los siervos), que

³⁸³ *Ibidem.*, p. 95; CABANES JIMÉNEZ, P., “La Medicina en la Historia Medieval...”, *op. cit.*, p. 2.

³⁸⁴ *Ibidem* p. 3. En este sentido, la escuela de traductores de Toledo fue uno de los fenómenos científicos de mayor envergadura en la que participó una minoría intelectual castellana y extranjera asentada en su territorio de modo mayor o menormente permanente. (GARCIA BALLESTER, L., *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Ediciones Península, Barcelona, 2001, p. 82).

³⁸⁵ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, *op. cit.*, pp. 86-ss.

correspondían a una verdadera especialización de los hombres³⁸⁶. A partir de este momento, la medicina fue pasando de modo paulatino de las manos de los clérigos a las de laicos ilustrados, sin modificar la concepción del trato hacia el enfermo en forma de paternalismo médico visto hasta ahora. No obstante, lo que sí va a sufrir una transformación es la base sobre la que se apoya esa forma de relación con el paciente y, si bien en un principio se cimentaba sobre la autoridad moral que el médico ostentaba, con la llegada de la medicina científica y la profesionalización de ésta va a encontrar fundamento en el orden impersonal que es la ley³⁸⁷.

La base de todo comienza por el conocimiento, la admisión del mismo y su posterior divulgación. Pero esta situación no hubiera podido darse sin la existencia de las ciudades. Hemos dicho que los clérigos pertenecían a la clase social que tenía como misión orar, pero el trabajo del espíritu constituía sólo una de sus actividades, en múltiples ocasiones los clérigos (y sobre todo los monjes) pudieron hacer las tres funciones mencionadas a la vez³⁸⁸. Pues bien, a partir del siglo XI y durante mucho tiempo después, va a producirse el “primer gran golpe”, cuando las villas nacieron como “islas” dentro de un mar feudal y desarrollaron una especie de organización social que era antagónica a un feudalismo basado en la servidumbre³⁸⁹. Así, aunque sin duda siempre hubo ciudades en occidente, los restos de las ciudades romanas del bajo

³⁸⁶ “El siervo, si cultivaba la tierra era también artesano; el noble, soldado, era también propietario, juez, administrador. Los clérigos (sobre todo los monjes), eran a menudo todas estas cosas a la vez. El trabajo del espíritu constituía sólo una de sus actividades. No era un fin en sí mismo, sino que estaba ordenado con el resto de su vida y se volvía a Dios en virtud de la regla”. (LE GOFF, J., *Los intelectuales en la Edad Media*, Gedisa, Barcelona, 1986, p. 25).

³⁸⁷ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 86-ss.

³⁸⁸ LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., p. 26.

³⁸⁹ El segundo gran golpe ocurrió en la Baja Edad Media/Alta Edad Moderna, cuando el viejo e ineficaz sistema de gremios y artesanos fue sustituido por otro sistema capitalista: la burguesía y el proletariado habían nacido. (MACKAY, A.: “Ciudad y campo en la sociedad medieval”, *Studia histórica. Historia Medieval*, Vol. 2, 1984, pp. 27-54). En cuanto a las causas fundamentales que propiciaron el nacimiento de esas villas, núcleos urbanos o ciudades, múltiples estudios y teorías apoyan la razón de su origen, y debido al objeto de nuestro estudio no vamos a adentrarnos en ellas. A modo de ejemplo podemos citar: el aumento demográfico y de la esperanza de vida entre los siglos XI y XIII; la novedosa introducción de las técnicas agrarias y de labores propiciando mayor extensión de las tierras cultivadas; la importancia de las variaciones climáticas entre los siglos X y XIII; o el surgimiento de conglomerados urbanos alrededor de los castillos o de los monasterios. (Puede consultarse: GUGLIELMI, N., “La ciudad medieval”, *Revista Electrónica de Fuentes y Archivos*, número 2, 2011, pp. 18-54, en: www.refa.org.ar) (Última visita: 27/03/14).

imperio sólo encerraban dentro de sus murallas un puñado de habitantes alrededor de un jefe militar, religioso o administrativo³⁹⁰. Aparece así una nueva clase social en un precoz siglo XI, aunque el fenómeno no alcanza una amplitud suficiente hasta bien entrado el siglo XII. En el tradicional escenario rural y belicoso del Medievo se introduce un nuevo escenario que pudiera calificarse ya de urbano, en el que los personajes ostentan nuevas pautas de comportamiento y que responden al tipo social con un nuevo calificativo: los *burgueses*³⁹¹. Por tanto, con las ciudades o incipientes unidades urbanas, nace este nuevo grupo social, el cual tiene su razón de ser y su centro de operatividad en la nueva sociedad surgida en la embrionaria villa medieval. Con el término burgués surge la oposición a la previa sociedad de señores y campesinos sobre los que planea la poderosa influencia de la Iglesia. Esta nueva población goza de una libertad de desplazamiento y de movilidad, así como de especialización profesional y de un elevado grado de articulación interna. Destaca la importancia de la economía artesanal, controlada por las autoridades urbanas, desempeñando asimismo funciones de carácter cultural así como político-administrativas³⁹².

En este sentido, los burgueses son los representantes de unas nuevas formas de actividad productiva, desligadas del laboreo de las tierras y del pastoreo del ganado como fuente primaria de obtención de riqueza y vinculadas al ejercicio profesional del comercio y de la industria. También cuentan con una nueva forma jurídica, ya que el estatuto de las comunidades burguesas se configura a través de la liberación de cargas y prestaciones señoriales con un derecho privilegiado y contrapuesto al derecho feudal y señorial³⁹³.

³⁹⁰ En realidad se trataba fundamentalmente de ciudades episcopales que agrupaban a unos pocos laicos alrededor de un clero algo más numeroso, sin otra vida económica a que un pequeño mercado local destinado a las necesidades cotidianas. (LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., p. 26). En parecido sentido, “la ciudad en el Bajo Imperio quedó inerte ante las presiones de una política estatizada (...) entrando en un cono de sombra y con ella las formas culturales que tenían allí un lógico asiento (...) convirtiendo una Europa en ruralizada y barbarizada que saldrá de su sopor hacia fines del siglo X y comienzos del XI. (GUGLIELMI, N., *La ciudad...*, op. cit., pp. 18-19).

³⁹¹ En una misiva que el conde de Angou dirige a los oficiales de los dominios condales, se hace ya referencia al término “burgués” de modo sin no hostil o despectivo, si de cierto aire de prevención. (RUIZ DE LA PEÑA SOLAR, J.I., “La ciudad, marco de renovación de la sociedad europea medieval”, en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.) *Aspectos generales y cuestiones riojanas: I Semana de estudios medievales*, Instituto de Estudios riojanos, Nájera, 2001, pp. 65-ss).

³⁹² GUGLIELMI, N., “La ciudad...”, op. cit., p. 20.

³⁹³ RUIZ DE LA PEÑA SOLAR, J.I., “La ciudad, marco de renovación...”, op. cit., p. 67.

Pues bien, a esta revolución de las estructuras políticas y económicas se va a agregar otra, la revolución cultural e intelectual, que es donde debemos ubicar el fenómeno objeto de estudio: la profesionalización de la medicina y su consiguiente burocratización. Al igual que los obradores artesanales especializados, surgen las escuelas, como talleres de los que emanan las ideas, que, como mercancías, deben ser comercializadas³⁹⁴. La honorabilidad que adquirió la profesión médica durante el período bajomedieval fue fruto de dos elementos, por una parte uno intelectual, con la incorporación de la medicina a la Universidad (sobre este asunto volveremos unas líneas más abajo, en el epígrafe referido a las Universidades), y por otra parte, otro elemento social. La rápida difusión geográfica que logró la medicina tuvo el respaldo tanto de las Instituciones como de las organizaciones corporativas y de la sociedad en general, que lo vio como algo que podría ser aplicado a la vida diaria de las gentes. La burguesía urbana, que marcó un estilo de gobierno en las ciudades, convirtió la salud en un problema político y mercantil³⁹⁵. Esta situación no es más que el preludeo del entendimiento de la práctica de la medicina como arte liberal, pero sobre este asunto hablaremos en el siguiente epígrafe.

3.4.2. *Los hospitales medievales: culminación de la asistencia monacal y preludeo de los centros de asistencia burgueses*

Como vimos más arriba, concretamente en el sub-epígrafe dedicado a la práctica de la Medicina monástica, ésta tuvo lugar en la primera etapa de la Edad Media, durante los siglos VI al XII. Así, a modo de ejemplo, en los siglos XI y XII hubo alrededor de 1000 monasterios benedictinos extendidos a lo largo de Europa, cada uno con su enfermería. Todos ellos ofrecían a los peregrinos “el privilegio de lecho y el de mesa”, así como el cuidado a los enfermos y heridos³⁹⁶.

³⁹⁴ Así, el hombre de oficio, el intelectual, tiene conciencia de la profesión que debe asumir, reconociendo la relación entre ciencia y enseñanza. Ya no cree que la ciencia debe ser atesorada, sino que está persuadido de que debe ser puesta en circulación. (LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., p. 69).

³⁹⁵ GARCIA BALLESTER, L., *La búsqueda de la salud...*, op. cit., p. 205.

³⁹⁶ BARRAGÁN, H. L.: “Lineamientos de la historia de la enfermedad...”, op. cit., p. 43. Gráficas son las palabras que unen el ideal religioso de la hospitalidad con la liturgia de la caridad a tenor de lo ordenado por la regla de San Benito “*debemos ocuparnos con preeminencia de los enfermos: debemos servirles como si de Jesucristo se tratara y a El en verdad servimos en sus cuerpos, puesto que ha dicho “estuve enfermo y vosotros me cuidasteis” y también “lo que hayáis hecho a alguno de estos pobreza a mí me lo habéis hecho”* (GALLENT, M., “Historia e historia de los hospitales”, *Revista d’História Medieval*, nº7, 1993,

En este sentido, tanto la acumulación del conocimiento grecolatino como el cuidado de los enfermos tuvo un particular lugar de encuentro común: las dependencias de los monasterios dedicadas a este menester. Por otra parte, además de lugar inicial de acumulación de conocimiento y atención de menesterosos, también en esos lugares se llevaron a cabo la investigación y el estudio de las propiedades de las diversas drogas empleadas para la confección de los fármacos necesarios en la práctica médica. Podría por tanto afirmarse que los centros monásticos fueron pues los primeros hospitales para enfermos, pobres, viajeros o peregrinos³⁹⁷.

A partir del siglo XII diversos concilios eclesiásticos dictaron prohibiciones al ejercicio médico y, sobre todo, quirúrgico de los monjes, comenzando la época secular medieval de la práctica médica en las ciudades³⁹⁸.

La otra etapa corresponde a la Medicina escolástica, que abarca desde el siglo XII hasta el Renacimiento, si bien la misma no hubiera existido sin una época, que podemos considerar intermedia o “puente” entre ambas, y que comprende los siglos XI y XII. Durante esos dos siglos se llevó a cabo un proceso de intensa traducción del árabe al latín de numerosos textos médicos, que provocará la recepción en el Occidente latino, tanto de la medicina griega, aunque a través de la árabe, como de la medicina islámica. Este período denominado de Medicina escolástica proviene por tanto de la asimilación e interpretación de los textos traducidos en el período anterior, tanto médicos como filosóficos, y produce consecuentemente la eclosión de la medicina escolástica en el

p. 185). En este sentido, el eje fundamental sobre el que gira la medicina medieval es el concepto de atención (cura), y que, se extiende no sólo a la “cura animae”, sino también al de “cura corporis”. (SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., pp. 184-ss).

³⁹⁷ GALLEN, M., “Historia e historia...”, op. cit., p. 186.

³⁹⁸ Las prohibiciones fueron más terminantes durante el siglo XII, y el Concilio de Clermont de 1130 prohibió finalmente la práctica de la medicina a los monjes, por estimar que era impropia de la vida monástica. A partir de entonces puede considerarse que el período de la medicina monástica se da por terminado. (SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. A.: *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*, Masson, Barcelona, 1998, p.116). En lo que respecta a los posibles motivos de esta prohibición puede consultarse la obra de LAÍN: “*gratia lucri medicinam addiscunt...; pro detestanda pecunia sanitatem pollicentes*” (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 87). En parecido sentido: “(...) La práctica de la medicina nunca estuvo bien vista por parte de la Iglesia: el papa Inocencio II prohibió el ejercicio de la medicina a los eclesiásticos en el Concilio de Clermont (1130) y lo ratificó en Letrán (1139), pese a la defensa de figuras de prestigio como el obispo de Sevilla, San Isidoro, quien en sus Etimologías, dedica todo un volumen a recoger todo el conocimiento médico de la época. (DEL VALLE GARCIA, M., “Edad Media y...”, op. cit., p. 11).

ámbito de las Universidades medievales, dando lugar al galenismo “arabizado”³⁹⁹. Por otra parte, a partir del siglo XII crece el nivel intelectual de los autores, coincidiendo con una secularización de la sociedad y de la cultura occidentales, coexistiendo con las reticencias de la jerarquía eclesiástica a la práctica médica en las dependencias monacales. Por tanto, la etapa de la medicina escolástica en lo que respecta a su aspecto “intelectual” se encuentra en una mayor relación con la aparición de las Universidades. Por lo tanto, nos remitimos al epígrafe dedicado a las mismas.

Podríamos afirmar que, en nuestra opinión, la etapa de la Medicina monástica origina dos vertientes diferenciadas y marcadas por dos elementos. Uno, la acumulación y el cultivo de los saberes médicos dentro de los ambientes monásticos; y otro, la propia atención al pobre o enfermo por motivos de simple caridad. Del afán de conocimiento de los diversos escritos médicos va a surgir la Medicina escolástica, mientras que de esa incipiente atención global llevada a cabo en los monasterios van a florecer los primeros hospitales medievales.

Pues bien, en lo que respecta a la aparición de esos primitivos hospitales, el espíritu que fundamentó la rudimentaria presencia de estas instituciones se inspiró, como hemos atisbado, en el servicio y en la atención a los semejantes, propiciado por un ánimo de pura misericordia. Por tanto, inicialmente no constituyeron más que una prolongación de esa asistencia medieval desarrollada en las dependencias del monasterio de la que hemos hablado más arriba. En este sentido, también en los primeros hospitales (a diferencia de los modernos), se ofrecía ayuda a los pobres, a los enfermos, a los miserables y a los desgraciados. Así, como desde la Grecia clásica venía ocurriendo, la ayuda médica al enfermo se ordena socialmente en tres niveles diferenciados: los pobres, en el hospital; las clases medias, en su domicilio o en el de su médico; las clases altas, en su domicilio o en el del “especialista” o el magnate de la medicina. Esta idea perduró a lo largo de los siglos siendo modificada en tiempos más bien recientes⁴⁰⁰. Así, el hospital primitivo aparece como casa de Dios y casa de enfermo, sirve tanto como lugar de práctica del amor al prójimo como de servicio litúrgico. Seguramente, servía

³⁹⁹ ALONSO GUARDO, A., “Algunas observaciones sobre la edición de textos latinos medievales de medicina”, Proyecto de investigación *Diccionario latino de ginecología y andrología: Antigüedad, Edad Media y Renacimiento (III)*, 2011, pp. 15-26.

⁴⁰⁰ “Hasta hace bien poco, la mayoría de la gente, especialmente si estaban enfermos, habría luchado por no ingresar en un hospital. El hospital se asociaba con la pobreza y con la muerte”. (GALLENT, M., “Historia e historia...”, op. cit., p. 182). En parecido sentido: LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 118.

también para la salvación del alma de los fundadores que querían asegurarse un puesto en el paraíso a través de las oraciones de los pobres y enfermos⁴⁰¹.

Por tanto, el concepto de ayuda en una situación de necesidad es la idea subyacente en la que se apoya el entendimiento de los sistemas de asistencia de Occidente que se organizan para dar lugar al sistema hospitalario. El Hospital fue entendido como una institución para la práctica de la caridad y no como un lugar de curación, es decir, se cuidaba no sólo a los enfermos, sino a todo ser humano necesitado de alojamiento, a cualquier persona necesitada de ayuda⁴⁰². Por tanto la vinculación actual hospital-medicina no era tal en la época medieval en la que surgieron los primeros hospitales. Los servicios de atención se hicieron paulatinamente más y más complejos y se advirtió prontamente la necesidad de contar con una institución fuerte y estable que fuera capaz de reunir todos estos servicios en un sistema organizado⁴⁰³.

En este sentido, podría afirmarse que, a partir de los celos por parte de la Iglesia respecto a la práctica de la medicina por los monjes, se da fin a la medicina monástica y se abre un segundo período que abarca desde los inicios del siglo XII hasta el primer cuarto del siglo XIV. Durante el mismo primó la medicina escolástica, por una parte, y una proliferación de las fundaciones hospitalarias, produciéndose una pérdida del monopolio didáctico-monástico que conllevó una laicización progresiva de la medicina. Por todo ello, las instituciones sanitarias fueron abandonando el modelo hospitalario de las grandes abadías y comenzaron a funcionar más acordes con la nueva concepción o ideología de la salud⁴⁰⁴.

Las principales razones que desbordaron la asistencia en los monasterios fueron los movimientos seculares de la alta Edad Media, las cruzadas y las peregrinaciones, abriendo un nuevo sistema asistencial mucho más especializado y diversificado. Entre todos ellos se entremezclaron diferentes instituciones, tales como las órdenes

⁴⁰¹ SCHIPPERGES, H.: *El jardín de...*, op. cit., p.188.

⁴⁰² DIAZ PÉREZ, A., "Práctica y enseñanza de la medicina en los siglos XIII al XIV", en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.) *La vida cotidiana en la Edad Media: VIII Semana de estudios medievales*, Instituto de Estudios riojanos, Nájera, 1998, pp. 402-403.

⁴⁰³ Así, la antigüedad clásica proporcionaba una palabra clave que ha perdurado hasta nuestros días, el concepto de "oikos", casa, que se refiere a la economía doméstica, cuya función no es de los señores, sino de los servidores. Así, toda "oikonomia", en tanto que organización doméstica y administración, es también la atención, el cuidado, la hospitalidad. (SCHIPPERGES, H.: *ibídem*, pp. 187).

⁴⁰⁴ GALLEN, M., "Historia e historia...", op. cit., p. 187.

hospitalarias caballerescas, las organizaciones de atención a los peregrinos a lo largo de su viaje o los hospicios para los huérfanos⁴⁰⁵. Estos nuevos centros fueron creados a partir de las iniciativas de miembros de la nobleza, por iniciativas particulares laicas o eclesiásticas (episcopales) y fueron dirigidas por órdenes no estrictamente monásticas⁴⁰⁶.

A partir del siglo XIV va a comenzar el tercer momento de evolución, en el que el hospital va a depender cada vez más de las instituciones municipales y burguesas, y de modo más bien progresivo que no radical va a producirse un proceso secularizador tanto de las instituciones sanitarias como de las profesiones médicas⁴⁰⁷. Por último, ya a mediados del siglo XV se va a dar una verdadera medicalización de los centros hospitalarios, pero esta etapa ya corresponde a la época moderna de la que trataremos posteriormente.

3.4.3. *La Universidad: incipiente desvinculación de la medicina y del poder eclesiástico. Origen de la materialización del paternalismo burocrático.*

El nacimiento de la incipiente institución universitaria en el siglo XIII no hubiera tenido lugar sin un movimiento intelectual y cultural, pero también político y social que removi6 Europa hace ocho siglos. Como hemos visto, la ciudad, la vida urbana, se constituy6 en el eje sobre el que giraron las principales actividades econ6micas, comerciales y culturales, propiciando el crecimiento y la importancia del modo de vida urbana frente al anterior estilo rural. Se ha afirmado que, previamente a ese renacimiento urbano a partir del siglo XII, hubo un denominado “renacimiento

⁴⁰⁵ Con el auge de las peregrinaciones, se construyeron hospitales a lo largo de la ruta jacobea como los de Peregrinos (Santo Domingo de la Calzada), de San Marcos (Le6n) o de los Reyes Cat6licos (Santiago de Compostela), hoy convertidos en paradores nacionales. La Orden de los Hospitalarios de San Juan, surgida a la sombra de las Cruzadas, fund6 hospitales en Tierra Santa, tras la toma de Jerusal6n en 1099, donde acudía gran n6mero de fieles en peregrinaci6n. (...) La p6rdida de los santos lugares hizo que las 6rdenes regresaran a Occidente, fundando hospitales por toda Europa. (DEL VALLE GARCIA, M., “Edad Media y...”, op. cit., p. 13). “Entre los siglos XI y XII este sistema (la organizaci6n de la asistencia por los m6dicos de los monasterios) fue ampliado y enriquecido, desbordado por los movimientos seculares y sobre todo por la peregrinaci6n de los nuevos sabios hacia las nuevas ciencias”. (SCHIPPERGES, H.: *El jard6n de...*, op. cit., p. 191).

⁴⁰⁶ En este per6odo se promulgaron y fijaron los estatutos hospitalarios que regulaban y delimitaban detenidamente su organizaci6n, disciplina, etc... (GALLENT, M., *Historia e historia...*, op. cit., p. 186).

⁴⁰⁷ GALLENT, M., *ib6dem*, p. 186; SCHIPPERGES, H.: *El jard6n de...*, op. cit., pp. 200-ss.

carolingio” a finales del siglo VIII y primera mitad del siglo IX, pero este resurgimiento cultural no es ni ínfimamente comparable al que acaeció cuatro siglos después⁴⁰⁸.

El entendimiento de este proceso debe de ser ubicado considerando de modo necesario el movimiento del renacimiento y desarrollo urbano que hemos tratado en el primer subepígrafe de este apartado. Por otra parte, sin ese desarrollo urbano y cultural, sin esa maduración política e intelectual, tampoco la medicina como ciencia hubiera logrado el proceso de transformación objeto de nuestro estudio: de la relación con el paciente, fundamentado en una autoridad moral, a esa relación cimentada en una burocrática. Pues bien, la vuelta al pensamiento fisiológico y naturalista, materializado en esta época en el pensamiento escolástico, es el que va a propiciar la construcción de la cimentación para la transformación definitiva, el renacimiento propiamente dicho y la introducción de la modernidad en los subsiguientes siglos (a partir del XIV hasta el XVI)⁴⁰⁹.

Pues bien, en esta época existían dos instituciones donde se aprendía formalmente; por un lado las escuelas abaciales y por otro las escuelas catedralicias. Las primeras formaban parte de las abadías, encontrándose aisladas de las ciudades, por lo que, como

⁴⁰⁸ Algunos autores han precisado que el denominado “renacimiento carolingio” no debe ni tan siquiera merecer el calificativo de “renacimiento”, debido al número limitado de destinatarios de ese movimiento cultural y los artífices que propiciaron el mismo. Así, “En esencia, se trataba de una cultura latina, bíblica y humanística que se había transmitido en los círculos minoritarios de la aristocracia eclesiástica. (...) Para ello recurrió a los clérigos, que presentaban mayor preparación y potencialidad intelectual” (GARCIA TURZA, J., “La transmisión cultural hispana y el renacimiento carolingio” en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.) *La enseñanza en la Edad Media: X Semana de Estudios Medievales*, Instituto de Estudios Riojanos, Nájera, 2000, p. 18). En parecido sentido: “Ese período no presenta ninguno de los rasgos que parece implicar la idea de renacimiento. (...) Renacimiento para una élite cerrada y numéricamente muy escasa destinado a dar a la monarquía clerical carolingia un pequeño semillero de administradores y políticos”. (LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., p. 27).

⁴⁰⁹ En pleno siglo XII, el gran promotor de ese movimiento “escolástico”, que llegará a revolucionar el método y los contenidos de la enseñanza en general y de la enseñanza filosófico-teológica en particular, será Pedro Abelardo (1079-1142). (SOTO RÁBANOS, J.M., “Las escuelas urbanas y el renacimiento del siglo XII” en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.) *La enseñanza en la Edad Media: X Semana de Estudios Medievales*, Instituto de Estudios Riojanos, Nájera, 2000, p. 220). Por otra parte, “el método privilegiado que se utilizó para argumentar y enseñar en esta época es el método escolástico, que consistía básicamente en plantear una tesis, que es la afirmación de algo, y una antítesis, que es la negación de la anterior, y a través de la reducción al absurdo de uno de los términos, se comprueba ya sea la tesis o la antítesis” (MARTIN CAMACHO, J. *El saber en las escuelas catedralicias y en las escuelas abaciales en los siglos XIII y XIV*, 2000, p. 5, en: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo04.pdf>). (Última visita: 27/03/14).

hemos visto en el primer subepígrafe, consecuentemente bastante ajenas a los avances de la sociedad global. En lo que respecta a las segundas, las escuelas catedralicias, éstas se encontraban formando parte de las catedrales y eran de inserción urbana, por lo que al encontrarse formando parte de la ciudad van a ser más flexibles y receptivas al flujo de información así como al intercambio de libros, saberes y conocimientos⁴¹⁰. Algunas de estas escuelas urbanas conseguirán gran protagonismo y, de ser simplemente escuelas de enseñanzas básicas y medias, pasarán a ser centros intelectuales, cuyos maestros no se conformarán con impartir una instrucción pasiva y afirmativa, sino en los que se cultivarán la reflexión personal y los debates. En otras palabras, pasarán a ser centros donde tendrá mayor vigencia la argumentación racional⁴¹¹. Es a partir de estas incipientes escuelas urbanas, catedralicias, episcopales o capitulares de donde surgirán las primeras Universidades que las sustituirán de modo progresivo.

Estas instituciones docentes, el *Studium generale* (futuras Universidades), fueron originariamente el resultado de un movimiento asociativo ciudadano propio de la nueva organización urbana. No van a crearse por la decisión unilateral de un individuo, sino por el deseo conjunto de un grupo de maestros que se unieron para enseñar a otro grupo (los estudiantes) que acordaron pagar consecuentemente unas concretas enseñanzas⁴¹². Se trata de auténticas asociaciones gremiales, especiales organizaciones corporativas, porque el siglo XII es precisamente el siglo de las corporaciones. En cada ciudad donde existe un oficio que agrupa a un número importante de miembros, éstos se organizan para defender sus intereses e instaurar un monopolio en su beneficio⁴¹³. Y en el caso de las primeras Universidades sucede lo mismo: un grupo de jóvenes deseosos de aprender una determinada profesión (por ejemplo, la abogacía) acudía a alguno de los hombres destacados para que les enseñase el oficio. Se formaron así relaciones muy similares a las establecidas por los contratos entre los aprendices y los maestros de los gremios⁴¹⁴.

⁴¹⁰ MARTIN CAMACHO, J., *Ibíd.*, p. 4.

⁴¹¹ SOTO RÁBANOS, J.M., “Las escuelas urbanas y el renacimiento...”, *op. cit.*, p. 216.

⁴¹² GARCIA BALLESTER, L., *La búsqueda de la salud...*, *op. cit.*, p. 104.

⁴¹³ Esta es la fase institucional del desarrollo urbano que materializa en comunas las libertades políticas conquistadas y en corporaciones las posiciones adquiridas en el dominio económico. (LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, *op. cit.*, p. 71).

⁴¹⁴ LUNA DÍAZ, L. M., “El surgimiento de la organización corporativa en la Universidad medieval”, *Historia de la Universidad colonial: avances de investigación*, Real Universidad de México, estudios y textos, Vol. 1, 1987, en: <http://www.depa.fquim.unam.mx> (Última visita: 27/03/14).

Por vez primera ya no se piensa que la ciencia, que el conocimiento deban de ser atesorados, sino que los que la practican consideran que debe de ser comunicada⁴¹⁵. Este cambio de pensamiento es de suma importancia, ya que se traslada al ámbito intelectual un asunto que hasta ese momento se aplicaba únicamente a aspectos puramente tangibles. Las organizaciones gremiales son desarrolladas por las actividades comerciales y artesanales, y la actividad intelectual se suma a su potencial comercialización. El maestro también tiene una mercancía que vender: su ciencia. En este punto se asume la conciencia corporativa de la Universidad y la clave de las disputas entre centros monacales y escolares⁴¹⁶. En este sentido, también los libros comienzan a tener un valor de intercambio⁴¹⁷. Por ello, en la primera mitad del siglo XII, la mentalidad de los contemporáneos va a dar mayor importancia a la persona del maestro en vez de al lugar donde enseña, la escuela va a ser secundaria al profesor⁴¹⁸.

Otro rasgo de esas incipientes Universidades medievales fue el intento de autonomía e independencia, al igual que todas las organizaciones gremiales corporativas, aunque como es evidente, la sociedad europea medieval del momento no escapaba del control de la Iglesia: debía de ser ella (el papado) quien, en último extremo (como *auctoritas universalis*), aprobase la nueva institución y controlase el currículum⁴¹⁹. No obstante, las Universidades adquieren su autonomía luchando tanto contra los poderes eclesiásticos como contra los poderes laicos. En lo que respecta a los primeros, originariamente, la enseñanza es una función eclesiástica, y los universitarios son clérigos. El obispo (posteriormente denominado canciller), como jefe de las escuelas, se resiste a abandonar el monopolio, aunque ya entrado el siglo XIII, la Universidad quedó sustraída a la jurisdicción episcopal⁴²⁰. Progresivamente, tanto las enseñanzas

⁴¹⁵ LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., p. 69.

⁴¹⁶ Esto es debido a que de acuerdo con la concepción cristiana, la ciencia es un don de Dios. Gratuitamente había sido otorgada y gratuitamente debía dispensarse. No obstante, para el siglo XIII, el comercio de la enseñanza es un hecho plenamente aceptado. (LUNA DÍAZ, L. M., “El surgimiento de la organización corporativa...”, op. cit., p. 2).

⁴¹⁷ MARTIN CAMACHO, J. *El saber en las escuelas catedralicias...*, op. cit., p. 4. En lo que respecta a la comercialización de los libros se trata de una cuestión de suma importancia y curiosidad. Para los monjes Benedictinos los libros serán objetos a custodiar que pocos podrán tener acceso, pero para los maestros de las escuelas serán objeto de circulación, por lo que deberán modificarse y convertirse en objetos más livianos, fáciles de transportar y económicos (LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., pp. 87-89).

⁴¹⁸ SOTO RÁBANOS, J.M., “Las escuelas urbanas y el renacimiento...”, op. cit., p. 222.

⁴¹⁹ GARCIA BALLESTER, L., *La búsqueda de la salud...*, op. cit., pp. 106-107.

⁴²⁰ Se producirá un cambio radical, al pasar el obispo a presidir oficialmente la Universidad a través del canciller; para sucesivamente conservar únicamente funciones honoríficas a, en una

impartidas, como la procedencia de los maestros y de los escolares, advertía ya de una fuerte impregnación laica, que contrastaba abiertamente con el clericalismo de los siglos anteriores⁴²¹. No obstante, los universitarios encontraron un estrecho apoyo en el papado, quien al fin y a la postre fue el que favoreció la independencia y la autonomía de estas instituciones. Por otra parte, las Universidades también tuvieron que enfrentarse a los poderes laicos, tanto al poder real, como al comunal; pero finalmente, lograron salir victoriosas mediante su inflexible cohesión y su implacable determinación mediante la materialización de la “huelga” y la secesión. Tanto los poderes civiles como los eclesiásticos, ante la amenaza del empleo de estas armas, sin contar con las elevadas ventajas económicas, así como la insigne fuente de prestigio que representaban, decidieron no combatirlos⁴²². Así, la aceptación del modelo corporativo e independiente de organización de la *universitas*, permitirá definir un espacio frente a la Iglesia y las autoridades públicas seculares y también de cara al resto de la sociedad. Mediante esta forma de organización se controló el otorgamiento de los grados académicos, que aseguraban el monopolio del gremio sobre su actividad profesional⁴²³.

El último aspecto objeto de nuestro interés es la consideración sobre las consecuencias que en el ámbito de la profesión médica tuvo la aparición de las Universidades. Creo que resulta bastante simbólico que las llamadas Facultades superiores se redujeran a Derecho, Medicina y Teología, y, “fuera de estas tres ciencias”, no cabía hablar de “profesiones”, sino de “oficios”⁴²⁴. Así, cuando un

última fase quedar absorbido por la propia Universidad, y ser ésta misma quien lo elegirá, pasando a ser un mero funcionario de ésta. (LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., pp. 72-73). Obviamente, debe destacarse que, aunque la Iglesia rápidamente dirigió y quiso hacer suya la nueva situación, el *Studium generale* no fue una institución originalmente eclesiástica: fue el resultado del mercado libre propio de las nuevas ciudades europeas, algo libremente decidido por los burgueses libres con la complicidad y protagonismo de la realeza y del estamento eclesiástico, no impuesto desde arriba por la Iglesia. (GARCIA BALLESTER, L., *La búsqueda de la salud...*, op. cit., p. 106).

⁴²¹ CASTILLO GÓMEZ, A., “En el viñedo del texto. Libro y lectura en la Universidad medieval”, *Cuaderno del Instituto Antonio de Nebrija*, nº 5, 2002, p. 226.

⁴²² “La pugna que enfrentó a la Iglesia de París y su Estudio dio como resultado la pérdida del ejercicio real de esa jurisdicción por parte de la iglesia local. (LUNA DÍAZ, L. M., “El surgimiento de la organización corporativa...”, op. cit., p. 7); en parecido sentido En París la Universidad adquiere definitivamente su autonomía después de los sangrientos sucesos de 1229, que enfrentan a estudiantes y policía real. En 1231 se reconoce solemnemente la independencia de la Universidad en París y en Oxford, en 1214 se dan los primeros pasos para la autonomía. (LE GOFF, J., *Los intelectuales...*, op. cit., pp. 73-74).

⁴²³ LUNA DÍAZ, L. M., “El surgimiento de la organización corporativa...”, op. cit., p. 3.

⁴²⁴ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 84.

estudiante ingresaba en la Facultad de Medicina había ya recibido una instrucción académica preparatoria después de haber pasado por la Facultad de Artes⁴²⁵.

Pues bien, se produjo una aceptación plena del nuevo modelo universitario y del nuevo médico de un modo paulatino, tanto como el proceso de basar la práctica médica en la parte natural de la filosofía, concretamente en la filosofía aristotélica, que dio origen a una nueva forma de concebir la medicina y a un nuevo modo de enfocar la enseñanza médica, que culminó con el modelo universitario de médico que aspiraba a dotar de base racional su práctica médica o quirúrgica⁴²⁶. Se trata por tanto del fundamento de la medicina racional posterior.

Por otra parte, ese nuevo tipo de médico, ya profesional, fue apoyado por el nuevo grupo burgués (mercaderes, artesanos, profesiones liberales, rentistas) junto con la propia nobleza y la Iglesia, que le dotaron de su propia posición social y prestigio. Esta situación no hubiera sido tal si el propio médico no hubiera satisfecho las expectativas sobre salud y enfermedad que la sociedad y los individuos esperaban de él. Se produjo una adecuación entre un deseo de salud de los ciudadanos y la medicina convertida en ciencia con una serie de médicos y cirujanos técnicamente capaces⁴²⁷. La titulación que les otorgaba la nueva institución universitaria confirió a los médicos bajo-medievales una novedosa autoridad y prestigio. Los individuos que finalizaban sus estudios en esa Facultad superior de medicina medieval podían tacharse de profesionales. La medicina durante esta época bajomedieval obtuvo respetabilidad intelectual y social. Posteriormente se establece la obligatoriedad del título oficial para el ejercicio de la medicina, con lo que los médicos titulados ya pueden tacharse sin trabas de profesionales. Es el comienzo de la burocratización de la profesión, aunque su verdadera institucionalización surgirá a partir del siglo XVI, con el desarrollo de la medicina liberal. En ese momento la forma de desempeñar la profesión va a cambiar, aunque la relación entre el médico y el enfermo no van a transformarse del mismo modo. La profesión médica se va haciendo más laica, la práctica clínica se seculariza y

⁴²⁵ Un médico educado según los métodos en boga en el siglo XIII deberá haber pasado un año en Artes y tres en Medicina antes de alcanzar el grado de Bachiller; una vez esto se le permitía dar lecciones a los más jóvenes y superar a su vez un ejercicio práctico para obtener así el título de Licenciado. Si se demostraba la práctica durante dos veranos y transcurrían seis meses, después de someterse a dos exámenes, se obtenía el grado de Doctor. (DÍAZ PÉREZ, A., "Práctica y enseñanza de la medicina...", op. cit., p. 403).

⁴²⁶ GARCIA BALLESTER, L., *La búsqueda de la salud...*, op. cit., p. 200.

⁴²⁷ *Ibidem*, pp. 200-202.

ese antiguo sacerdote-médico se convierte en un profesional-médico. Pero esos antiguos preceptos morales heredados de la ética hipocrática y mantenidos en la medieval van a mantenerse enaltecidos en el momento de la secularización de la práctica clínica con la aparición de las Universidades. La medicina no va a ser un oficio más, no tiene carácter mercantil ni artesanal, por lo que de acuerdo con sus más legítimos y altruistas fines debe ser tratada de modo especial. El enfermo seguirá siendo ese ser sumiso que atenderá dócilmente las instrucciones de su médico pero esta vez, no ante un sacerdote, sino ante un profesional.

3.5. Recapitulación

Si con la medicina hipocrática se logró que la ciencia médica superase esa mentalidad pre-científica o pre-técnica, en la época medieval se produjo un retroceso cultural, que conllevó cierto retraso en el campo de la medicina. No obstante, también en esta época se llevaron a cabo importantes y prodigiosos adelantos no sólo médicos, sino también sociales; como la concepción de la ciencia médica como servicio social, propiciando de este modo la aparición de los hospitales y las primeras Universidades medievales.

Por otra parte, en la Edad Media se afianza la deontología médica hipocrática surgida en la Grecia clásica, la sumisión del enfermo en el proceso de salud-enfermedad y el indudable imperio del médico sobre su paciente se perpetuó en el medievo, dotándolo de vigencia a lo largo de muchos siglos. No obstante, la llegada del cristianismo confirió a esa ética hipocrática un particular relieve. El ser humano se concibió como alguien irrepetible, importante y esencial, y el proceso de salud-enfermedad se observó de un modo diferenciado a la anterior época estudiada. Con el cristianismo y sus innegables principios morales se introdujeron los fundamentos de la actuación por motivos de misericordia y de humanidad, que extendieron sus ramas al campo de la asistencia al enfermo.

Si la medicina sufrió un importante retroceso a nivel científico, este hecho quedó en parte suplido, o al menos, en cierto modo mitigado, con la exquisita atención espiritual que se dispensó a los enfermos en los monasterios. La práctica de la medicina en esta época se llevó a cabo principalmente por los “sacerdotes” médicos en las dependencias monacales por lo que estuvo impregnada del pensamiento cristiano. En este sentido, la asistencia al paciente estaba motivada por un puro amor al ser humano, estimulado por

la misericordia, la piedad, por lo que la elevada autoridad moral de esos médicos se sintió enaltecida: ¿qué es más loable que la práctica de una asistencia fundamentada en el más virtuoso amor cristiano?

En este sentido, consideramos que hubo tres elementos que, en nuestra opinión, el nacimiento y difusión del cristianismo aportó en la redefinición del nuevo tipo de asistencia al enfermo en esta época histórica. El primero de ellos, es la “proximidad” que consiste en procurar el bien a una persona por el mero hecho de su naturaleza humana, es decir, sin necesidad de conocerle y tratarle como persona individual. Así, la asistencia médica se encontraba motivada, al menos inicialmente, por la piedad y la misericordia, fundamentados en que el destino de la misma iba a ser el beneficio de un ser humano semejante.

Otro elemento que caracterizó la asistencia medieval a los enfermos consistió en la consideración que se tuvo de la propia figura del médico. Ya vimos que en la Grecia antigua la autoridad religiosa o sacerdotal del asclepiada técnico no fue puesta en duda. En la época medieval, la autoridad que el médico representa se engrandece si cabe. La asistencia médica va a estar proporcionada por esos nuevos personajes, los médicos-“sacerdotes”. Así, esta atención va a provenir, no de los médicos-filósofos como en la época antigua, sino del mismísimo Dios, a través de los médicos-“sacerdotes” que, como el Buen Samaritano, van a desempeñar esta tarea.

El último de los elementos que caracterizó la asistencia médica medieval fue la propia concepción que se tuvo del proceso salud-enfermedad. Si bien en la Grecia clásica se logró superar la etapa de medicina pre-técnica de las civilizaciones antiguas, en la época medieval se produce un retroceso científico y cultural, por lo que podemos hablar de medicina cuasi-técnica. Así como en el pensamiento helénico se establecía una especie de paralelismo entre la “salud” y la “bondad”, de modo que la salud se conformaba como una disposición natural, mientras que la enfermedad era en cierto modo una disposición antinatural, en el sentido que el desequilibrio es causa de enfermedad, “fealdad”, y en último extremo también de maldad. Por su parte, el cristianismo superó este pensamiento, ya que cabe una alta perfección espiritual con una detestable salud física. Por otra parte, el hecho de enfermar se vio en cierto modo como una prueba: el sufrimiento tiene un valor para el fortalecimiento del espíritu. El sufrimiento padecido por cualquier hombre justo se muestra a primera vista como

incomprensible pero dicho padecimiento no es sino un modo de poner a prueba la fe del hombre, y que si así es superada, se le devolverá a ese hombre justo la justicia transgredida. Por tanto, una vez puesta la prueba del sufrimiento y consecuentemente superada, este hecho servirá finalmente como una forma de acercamiento a Dios.

Pues bien, vistos los elementos que fundamentaron la asistencia medieval, se va a producir una consecuencia incuestionable: el criterio de actuación en aras del bien del enfermo va a verse exacerbado. Esta cuestión va a quedar patente en la propia materialización de esa asistencia en los monasterios. En ellos se dispensará una atención generalizada y global, no sólo destinada a los enfermos, sino a cualquier persona que, de un modo u otro, se muestre necesitada. La medicina monástica va a ir evolucionando en cierto modo hacia la especialización con la creación de los primeros hospitales medievales.

Por otra parte, el retroceso de la ciencia médica y la práctica de la medicina monástica van a conllevar necesariamente una lógica y razonable consecuencia, que no es otra que la incorporación de elementos constitutivos de la fe y de las creencias religiosas. Desde la propia óptica del enfermo, el proceso de curación va a estar profundamente influenciado en la fe o en la confianza absoluta del paciente hacia su médico. Junto con la integración de esos elementos supersticiosos, va a añadirse la incorporación del consuelo como una especie de asistencia psico-espiritual que va a suplir en cierto modo el retroceso técnico y los rudimentarios medios de diagnóstico y tratamiento.

Esta situación comienza a transformarse a partir del siglo XII, convirtiendo el “oficio de curar” en “arte de curar”. La profesión médica va a desvincularse progresivamente de las dependencias monacales y del desempeño de los “sacerdotes” médicos, para ir poco a poco sufriendo un proceso de laicización. Para ver los primeros brotes de este desarrollo, va a ser necesaria una extensa y trabajosa transformación de mentalidad y de madurez intelectuales y por un proceso de racionalización por otra. La aparición de las ciudades, la creación de las corporaciones como entidades con autonomía propia reivindicativas de sus derechos, y, fundamentalmente, la aparición de las primeras Universidades van a propiciar que esa autoridad moral que ejercía el médico durante casi veinte siglos va a ser progresivamente sustituida por una más politizada o legal, es el momento de la profesionalización de la medicina. La secularización y consecuente

burocratización de la profesión médica va a modificar el modo de ejercicio de la misma pero no la relación entre el médico y su paciente. La autoridad del médico va a seguir ejercitándose sobre su paciente, y éste, al igual que en épocas anteriores, va a continuar adoptando la posición sumisa de la relación. La única diferencia es que la medicina transforma el fundamento de ese estatus adquirido de dominación positivamente privilegiada. Si anteriormente se basa en el carisma personal del médico, pasa a adquirir un estatus de monopolio basado esta vez en los marcos normativos⁴²⁸.

⁴²⁸ JONSEN, A.R., *Breve historia de la ética médica*, Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 59; citado en ÁLVAREZ MONTERO, S., *Una ética de las profesiones desde la práctica médica*, Tesis para la obtención del Doctorado, Madrid, 2013, p. 654.

4. DE LA MEDICINA LIBERAL A LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS⁴²⁹

Ya hemos visto que al finalizar la Edad Media las cosas van a comenzar a cambiar, la forma del ejercicio de la medicina va a transformarse, surgiendo paulatinamente los médicos como profesionales de su arte. Quizás el elemento religioso y social más importante en la época moderna es la secularización del pensamiento y cultura occidentales. Esta transformación de la mentalidad de la sociedad va a influenciar de modo radical el pensamiento médico y científico, modificando el modelo de asistencia al enfermo que existía en el Medioevo. En este sentido, la medicina también se seculariza, independientemente que sus practicantes sean o no cristianos. La práctica de la asistencia médica al enfermo no va a suponer, a diferencia de la anterior etapa, un ejercicio de asistencia espiritual, de esencial fusión con el espíritu de misericordia y de ayuda al prójimo, sino que va a estar caracterizada por una serie de elementos que, sorprendentemente, van a propiciar un futuro cambio. La evolución de la situación del enfermo en la relación clínica va a estar debida y vinculada necesariamente a la propia transformación del pensamiento y cultura occidentales.

4.1. La época moderna como instauración del paternalismo burocrático.

La llegada de la época moderna al mundo occidental supuso una transformación progresiva y paulatina de las instituciones políticas, económicas, sociales, culturales e ideológicas existentes en el medioevo. No obstante esta loable renovación, en el campo de la medicina y, concretamente, en el que más nos afecta, la asistencia y atención al enfermo, estuvo caracterizada por principios si no iguales, si parecidos, al menos en su sentido sustancial. Es decir, el pensamiento arraigado en la Grecia clásica de que la actuación médica debe estar orientada a hacer el bien del paciente pero sin contar con la opinión del mismo, no va a desaparecer en esta época. En lo que respecta a las razones que fundamentaron la carencia de información (o la manipulación de la misma) por parte de los médicos para con sus pacientes, fueron variadas, oscilando desde la

⁴²⁹ En estos subepígrafes vamos a tratar un dilatado período de tiempo que abarca desde el siglo XVI hasta bien entrado el siglo XIX. Aunque a finales de la Edad Media, y sobre todo desde el siglo XVII, el pensar científico sufrió una profunda transformación, fue sobre todo desde el siglo XIX cuando los adelantos médicos provocaron un cambio radical de la profesión médica. Así que vamos a hablar del conjunto de caracteres que calificaron de modo global una época, siendo de destacar que el siglo XIX es aquella etapa histórica en la que se culminan y son más tangibles los elementos estudiados. Es decir, a partir de ese momento, podemos afirmar que comienza otra etapa con otros caracteres diferenciados respecto a etapas anteriores, en lo que respecta a nuestro objeto de estudio.

necesidad de delicadeza y contemplación para con el enfermo, hasta la consideración de que éstos eran indignos de participar en la toma de decisiones⁴³⁰.

Es en esta etapa histórica donde podemos concretar la instauración de la verdadera profesión médica. La medicina, al igual que la sociedad moderna sufre un proceso de secularización. Si hasta entonces el enfermo iba a depositar su fe en ese médico religioso que, en cierto modo, representaba la voluntad de Dios en su persona, ahora esa confianza ciega va a ser destinada a la autoridad que ostenta el propio profesional sanitario con una competencia legalmente establecida.

En lo que respecta al nacimiento de la profesión, antes debemos de precisar una serie de elementos que van a consolidar el concepto de la misma, haciendo que los caracteres que la singularizan hagan diferenciarla del de una mera ocupación.

En toda la etapa anterior se produce una dominación moral o carismática del médico para con su paciente, pero a partir de un momento, la dominación va a tornarse en legal o burocrática, e históricamente podemos ubicar el momento a finales de la Edad Media y comienzos del mundo moderno. Así, la obediencia se impersonaliza, de modo que se va a obedecer a quienes ejercen su autoridad a través de las leyes, es decir, se va a obedecer no a las personas, sino al orden impersonal que es la ley⁴³¹. En este sentido, Max Weber distingue muy bien las distintas formas de dominación⁴³²: por una parte, la dominación mediante una constelación de intereses (especialmente mediante situaciones de monopolio); por otra, mediante la autoridad (poder de mando y deber de obediencia). Así, el autor afirma que el tipo más puro de la primera forma es el dominio monopolizador de un mercado, mientras que el modelo de la segunda es el poder

⁴³⁰ En este sentido, un revolucionario de su época fue el médico, sacerdote y filósofo francés Samuel de Sorbière, que sostuvo un pensamiento ambivalente en lo que respecta a la idea de hacer revelaciones más amplias a los pacientes. A él se refiere Katz en su obra, demostrando que en ciertas ocasiones, este facultativo se mostró de acuerdo con la participación de los pacientes en la toma de decisiones, contrastando en este sentido con sus predecesores, que creían que los enfermos eran indignos de participar en la toma de decisiones, o bien, que creían que consideraciones competidoras tales como la importancia de la fe y dar seguridades de alivio, excluían tales prácticas. Sorbière apreció que a los pacientes no les haría daño conocer las imperfecciones de la medicina, y este modo de pensar fue una total novedad en su época. (KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 51-55).

⁴³¹ Esta obediencia por tanto nunca va a ejercitarse de un modo absoluto e incondicional, ya que se halla limitada al ámbito de competencia que a quien detenta el mando le otorga la ley. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 86).

⁴³² WEBER, M., *Economía y sociedad, Esbozo de sociología comprensiva, II*, Fondo de cultura económica, México-Buenos Aires, 1964, pp. 696-ss.

ejercido por el padre de familia, por el funcionario o por el príncipe. El primero se basa, en su aspecto puro, principalmente en las influencias que, a causa de cualquier posesión (o de los precios fijados en el mercado), se ejercen sobre el tráfico formalmente libre de los dominados. El último se basa en el hecho de recurrir al deber de obediencia con absoluta independencia de toda suerte de motivos e intereses⁴³³. En este segundo tipo podríamos encuadrar el poder ejercido por el médico hacia sus pacientes en la etapa tradicional vista hasta ahora, mientras que, en el momento en que la práctica médica tiende a monopolizarse, hablaremos de un dominio más politizado.

4.2. El nacimiento de la profesión médica. Elementos constitutivos.

No obstante, para que esto ocurriese será preciso que la medicina se conformara como un monopolio, es decir, que la actividad médica se constituyese como una profesión. En este sentido, puede afirmarse que hay instituciones “negativamente privilegiadas”, que sólo pueden incrementar su poder con técnicas de apertura, mientras que otras son “positivamente privilegiadas”, dado que para conseguir el mismo no necesitan aumentar su tamaño, sino muy al contrario, disminuirlo, impidiendo la entrada de los no privilegiados. En este último modelo podemos encuadrar la profesión médica, que para aumentar su poder utiliza tácticas “de cierre” o monopolísticas, opuestas a la competencia⁴³⁴. Por tanto, profesión y monopolio van de la mano y se encuentran estrechamente unidas y vinculadas, ya que una profesión no es más que una situación de

⁴³³ Así, aunque sobre este asunto nos referiremos más adelante, ya que no es más que la evolución del proceso estudiado, pudiera afirmarse que existe un tránsito gradual y que pudiera aplicarse a las diferentes organizaciones e instituciones sociales; que va desde el hecho de la dependencia de hecho a la esclavitud formal de la Antigüedad, a la dependencia del artesano en las Edades Media y Moderna; finalmente el trabajo sometido a una reglamentación autoritaria. Desde aquí existe a su vez otro tránsito gradual en el que el subordinado se encuentra en una situación de “igualdad de derechos”, así como una “aceptación voluntaria” de lo ofrecido. (WEBER, M., *Ibíd.*, pp. 696-ss). En este sentido, el autor afirma: “Esto significa que los jefes naturales, no eran personas que ocupaban un cargo, ni gentes que desempeñaban una profesión (...) el éxtasis de los chamanes se debe asimismo a una epilepsia constitucional, cuya posesión y corroboración representa la Facultad carismática. (...) En virtud de este don y, en virtud de la misión divina que en él radica (Dios), ejercieron todos su arte y su dominación. Esto ocurrió tanto con *los médicos* y profetas como con los jueces, caudillos militares o jefes de grandes expediciones de caza” (*Ibíd.*, pp. 847-848).

⁴³⁴ Entre las profesiones “negativamente privilegiadas” podrían citarse por ejemplo una empresa que será tanto más fuerte cuanto más produzca y venda; o un sindicato, que aumentará su fuerza en proporción al número de afiliados que posea. En cambio, entre las “positivamente privilegiadas” están el Estado como antonomasia, ya que su poder consiste en el monopolio de la ley y la violencia, o las Iglesias. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 86).

privilegio y dominio sobre un bien determinado, que en la medicina no es otro que la tan ansiada recuperación de la salud.

Pues bien, para que esta situación se dé, serán precisos una serie de elementos que van a caracterizar la profesión médica (y en realidad cualquier otra profesión)⁴³⁵. No debemos olvidar que las profesiones surgieron en base a la unión de los individuos que se entregaron a ocupaciones comunes y sintieron la necesidad de agruparse en “asociaciones”. La finalidad original de las mismas no fue la regulación de las prácticas de sus propios miembros, sino más bien el control de las prácticas profesionales y, a la vez, la exclusión de todos los demás grupos en el ejercicio de prácticas similares⁴³⁶.

Jeffrey Lionel Berlant hace hincapié en que las características del proceso de monopolización son aplicables a la medicina practicada por un grupo legalmente privilegiado, de carácter monopolista, que ha ejercido un estricto control de mercado a fin de excluir la competencia a otros grupos. Así, veamos las características que este autor establece para aplicarlas posteriormente a los elementos que hemos considerado como objeto de nuestro estudio: 1) la creación de mercancías; 2) la separación del funcionamiento de los servicios de la satisfacción de los intereses de los clientes; 3) la provocación de la escasez; 4) la monopolización del suministro; 5) la restricción del número de miembros del grupo; 6) la eliminación de la competencia externa; 7) la capacidad de fijar honorarios por encima del valor del mercado teóricamente competitivo; 8) la unificación de precios; 9) la eliminación de la competencia interna; y 10) el desarrollo de la solidaridad y la cooperación dentro del grupo⁴³⁷.

Consideramos destacables tres elementos que en las siguientes líneas vamos a tratar: la existencia de una regulación de los conocimientos teóricos y la consecuente

⁴³⁵ Estos elementos los hemos fundamentado en el trabajo de FERNÁNDEZ PÉREZ, el cual ha estudiado a diferentes autores a los que cita, entre los que destacamos a Flexner, Burrage y Millerson. (FERNÁNDEZ PÉREZ, J., “Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión”, *Revista electrónica de Investigación Educativa*, Vol. 3, N°1, 2001, pp. 24-36). Es de destacar que al contrastar los diversos autores algunos hacen hincapié en la retribución económica, mientras que otros prestan su atención al elevado contenido de entrega y sufrimiento y otros a la formación especializada. Por ello consideramos adecuado hacer un compendio de los elementos que hemos considerado mayormente relevantes en nuestro objeto de estudio.

⁴³⁶ KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., p. 90.

⁴³⁷ BERLANT, J. L., “Medical ethics and professional monopoly”, *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 437, No 1, 1978, pp. 49-61; GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 87-88.

apreciación de la capacitación mediante unos exámenes; el desempeño de la profesión médica en un lugar u otro que conllevaría un estatus social de autonomía íntimamente vinculado con el mismo; y por último, la aprobación de un código de conducta que garantice la integridad moral y la deontología profesional de los integrantes de dicha actividad médica.

4.2.1. *La formación educativa y el control de la capacitación*

El primer elemento que consideramos como esencial y sin el cual la actividad médica no hubiese progresado a la categoría de profesión es la regulación de la formación y de la educación, garantizando la competencia a los individuos mediante la realización de unos exámenes consecuentes y cualificados. Ya dijimos que las primeras Facultades consideradas como superiores y que surgieron en la Edad Media fueron las de Teología, Medicina y Derecho. En este sentido, los historiadores aceptan que la medicina consigue ese nivel de profesión a finales de la Edad Media o comienzos del mundo moderno. La apertura de las Facultades de medicina, así como la promulgación de las primeras leyes que obligaban a sufrir exámenes cualificados antes de iniciar el ejercicio profesional, habrían sido los dos hitos fundamentales en el logro de una medicina auténticamente “profesionalizada”⁴³⁸.

Pues bien, en realidad había múltiples caminos para llegar a ejercer la “medicina” en la Europa moderna: el aprendizaje con un maestro, el estudio académico, la experiencia y la propia tutela⁴³⁹. No obstante, debemos afirmar que no es hasta bien avanzado el siglo XIX cuando la profesión médica se encuentra plenamente delimitada. Hasta ese momento, durante varios siglos, la actividad curadora fue desempeñada por personajes variados: “profesionales con título universitario, empíricos hábiles en el ejercicio de concretas prácticas terapéuticas y personas, hombres o mujeres, que prestigiaban sus saberes no librescos con ingredientes mágicos y recursos supersticiosos e invocaciones demoníacas o milagreras”⁴⁴⁰. No obstante, vamos a centrarnos en los verdaderos profesionales que, con pleno reconocimiento social, actuaron durante esta época, es decir, aquellos médicos y cirujanos que adquirieron su capacitación teórica en las

⁴³⁸ *Ibídem*, p. 87.

⁴³⁹ LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800*, Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, 2001, p. 100.

⁴⁴⁰ GRANJEL, L.S., *La medicina española del siglo XVII*, Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca, 1978, p. 61.

Universidades, acreditándola con los títulos de bachiller, licenciado o doctor; aunque sin olvidar la existencia acreditada de un “pluralismo médico”⁴⁴¹.

Pues bien, a pesar de que los médicos formados académicamente procedían de las Universidades europeas, también existieron múltiples profesionales que ejercían con escasa o ninguna formación oficial (y eran aceptados como médicos); otros aprendían mediante la práctica (como los cirujanos, comadronas y muchos “médicos prácticos” o sin título) o incluso como autodidactas. Pero, en el ámbito que nos afecta, la enseñanza médica de la Universidad medieval progresó entre otros aspectos en su metodología: durante el siglo XIII, debido al escaso número de textos médicos disponibles, los profesores debían de enseñar oralmente a sus alumnos en base a los textos hipocráticos o galénicos⁴⁴². Así, el aspecto más destacado e innovador de la enseñanza médica posterior al siglo XV fue la existencia de textos médicos para los alumnos, de este modo, los estudiantes ya no tenían que depender exclusivamente (o casi exclusivamente) de la palabra hablada; ya en los siglos XVI y XVII, el alumnado disponía de libros de medicina⁴⁴³.

Es de destacar que junto con el estudio académico en las Universidades que disponían de cátedras de medicina había centros universitarios menos prestigiados que también otorgaban títulos médicos sin disponer de enseñanzas de tal saber. Esta situación fue denunciada por las Universidades. Así, la pragmática firmada por Felipe III en 1617 ordena que “no se pueda dar el grado de Bachiller en ninguna Universidad a ningún estudiante, si no fuere en las tres Universidades principales (Salamanca, Valladolid o Alcalá), o en las que por lo menos haya tres cátedras, de Prima, Vísperas y la tercera de Cirugía y Anatomía”⁴⁴⁴. No obstante, los fines de esta pragmática no debieron de alcanzarse plenamente, y así lo atestiguan posteriormente una disposición

⁴⁴¹ “En una sociedad como la europea durante la Edad Moderna, se estudia tan sólo los hospitales, los médicos universitarios o las diferencias entre la asistencia que conseguían los ricos y la de los pobres (...) consideramos que además de estos aspectos, para tener una adecuada visión histórica de los recursos asistenciales, hay que tener en cuenta la presencia de otras formas de medicina. Nos referimos al fenómeno del denominado pluralismo médico. (LÓPEZ TERRADA, M.L., “Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII”, *DYNAMIS*, Vol. 22, 2002, pp. 85-120).

⁴⁴² El aprendizaje se trataba ante todo de una cuestión de escuchar, los textos eran pocos y caros, y los estudiantes tenían que memorizar mucho. Se enseñaba a los alumnos a aplicar sutiles instrumentos de indagación escolástica y a pensar analíticamente. También se hacía hincapié en la repetición. (LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., p. 103).

⁴⁴³ *Ibíd.*, pp. 104-105.

⁴⁴⁴ GRANJEL, L.S., *La medicina española del siglo XVII*, op. cit., p. 44.

real de 1622 y otro documento de 1630. En estos se denuncian “la gran falta de buenos médicos” y la “decadencia en la educación universitaria” atribuyéndolos al “abandono del saber tradicional, grecoárabe, y por persistir los protomédicos en realizar los exámenes de capacitación con los textos que para tal fin escribió Luis Mercado, obligándoles a saberlos de memoria”⁴⁴⁵.

Quizás una de las mayores novedades introducidas en los estudios universitarios de las Facultades médicas fuera la introducción de la enseñanza práctica, estrechamente vinculada con los avances científicos de la medicina, y esto no ocurrió hasta bien avanzado el siglo XVIII. Así, la práctica del arte y la observación junto a la cama del enfermo se convertirá en una de las principales partes de la enseñanza⁴⁴⁶. Estos aspectos guardan estrecha relación con el apartado que dedicaremos al “cierto distanciamiento que se produce entre el médico y su paciente”, por lo que a él nos remitimos.

Por otra parte, también en estrecha vinculación con este “nacimiento de la clínica” se encuentra la fusión por fin definitiva entre la medicina y la cirugía⁴⁴⁷. En nuestro país un Decreto de octubre de 1843 busca imponer una definitiva fusión de las carreras de médicos y cirujanos, al tiempo que se suprimen los centros de enseñanza y se articula un plan de estudios a cumplirse en siete años. En este sentido, la formación de médicos-cirujanos quedaba reservada a los centros docentes de Madrid y Barcelona, cuyas Facultades otorgaban el título de bachiller al quinto año y el de doctor al concluir el período de formación universitaria. Por otra parte, se crea la figura de “práctico en el arte de curar” en Colegios con capacidad para otorgar titulaciones de cirugía menor, obstetricia y medicina elemental, cuyos estudios se realizarán en cuatro cursos. A pesar de las sucesivas reformas legislativas sobre estos planes de estudios, se mantiene la

⁴⁴⁵ Se achaca la decadencia de los saberes médicos en esta época al olvido de la tradición grecoárabe e imposición de las Instituciones de Luis Mercado en la realización de las pruebas que el Tribunal del Protomedicato exigía superar para conceder la autorización al ejercicio médico. Para corregir estos males, la pragmática del 1617 propone una reforma en la que ordena que en las Universidades se lea la doctrina de Galeno, Hipócrates y Avicena...” inculcando la dogmatización de la medicina y propiciando la resistencia de los médicos españoles a aceptar como válidas las conquistas de la medicina moderna. (GRANJEL, L.S., *La medicina española del siglo XVII...*, op. cit., p. 44).

⁴⁴⁶ LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., p. 106.

⁴⁴⁷ Hasta ese momento, la formación de los cirujanos era de tipo gremial, controlada y reglamentada por el Colegio de Cirujanos, cuya función también era el control del ejercicio profesional. Bajo el nombre de cirujanos se agrupaban categorías y tipos de prácticos muy diferentes; desde médicos universitarios que daban clases de cirugía en la Universidad y escribían tratados de la disciplina, hasta simples barberos y flebotomistas. (LÓPEZ TERRADA, M.L., “Las prácticas médicas extraacadémicas...”, op. cit., p. 94).

distinción entre los dos tipos de médicos: de primera y de segunda clase hasta el año 1857, en el que la Ley Moyano, por fin, unifica de modo definitivo la formación de los dos tipos de facultativos. No obstante, cabía la posibilidad de que con cinco años de estudios, y la consecuente titulación de bachiller, se pudiera ejercer la profesión en aquellas poblaciones de menos de cinco mil habitantes. Pero esta reforma duró poco y con la Revolución de 1868, y la promulgación de la absoluta libertad de enseñanza, se favoreció la creación de centros “libres” de formación médica en los que se llegó a impartir una docencia actualizada y enriquecida con disciplinas, tanto básicas como clínicas, que no habían conseguido aún reconocimiento académico en las Facultades Universitarias⁴⁴⁸.

Pues bien, en el particular campo que nos atañe, incluso antes de mediar el siglo XIX, se advierte en ciertos sectores de la clase médica española un clima de preocupación suscitado por la cada vez más acuciante situación de cierto grado de “intrusismo profesional”. La frontera entre los que actuaban con efectiva capacitación y quienes eran meros empíricos poseedores de habilidades y destreza (en ocasiones superiores a los profesionales con estudios y graduación) era progresivamente más llamativa. Así, los médicos usaban sus “credenciales como caballeros doctos” para diferenciarse “de otros de categoría social inferior”⁴⁴⁹. No obstante, pronto se hizo evidente el distanciamiento entre los eruditos conocimientos que se dispensaban en las Facultades de Medicina y el efectivo nivel de los saberes médicos, así como la capacitación requerida para un específico quehacer curador⁴⁵⁰.

Por último, lo que es de esencial subrayado es que un amplio sector médico recabó de modo muy precoz características esenciales del proceso de monopolización en el desempeño de su actividad: por una parte, la prohibición de la libre concurrencia o el libre mercado, ante la proliferación de profesiones sanitarias que se solapaban con la de

⁴⁴⁸ Así, con la Ley Moyano, todas las Facultades podían otorgar títulos con igual validez, excepción del meramente honorífico título de doctor que quedaba reservado a la Universidad de Madrid, elevada así el rango de Universidad Central. (GRANJEL, L.S., *La medicina española contemporánea...*, op. cit., pp. 44-46). Quizás el título de “doctor” que equivocadamente se confiere en la actualidad a los médicos licenciados (aunque sean especialistas) proviene de esta regulación.

Evidentemente, la libertad de enseñanza y posterior existencia una treintena de profesiones con actividad sanitaria reconocida y particularizada capacidad de acción curadora provocó la proliferación de títulos en los que el intrusismo fue inevitable, o al menos la coexistencia de títulos con actividades médicas solapadas. (Ibídem, p. 48).

⁴⁴⁹ LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., p. 113.

⁴⁵⁰ GRANJEL, L.S., *La medicina española contemporánea...*, op. cit., p. 49.

los “doctos *per se*”; en segundo lugar la restricción del número de miembros del grupo (mediante el control de la entrada y del ejercicio); y por último, la eliminación de la competencia externa y el combate del intrusismo⁴⁵¹.

4.2.2. *El desempeño de la profesión médica. El reconocimiento social.*

Además de la concreta limitación al ejercicio médico instaurada en la época moderna y contemporánea, consistente en la titulación consecuente tras haber cursado los precedentes estudios en las Facultades de Medicina, no hemos mencionado que en otras épocas, el desempeño del ejercicio de la medicina estuvo acotado por restricciones de diverso calado. En este sentido, históricamente además de los “médicos titulados” con pleno reconocimiento social, existieron otros profesionales cuya autorización para el desempeño de su cometido estaba específicamente estipulado, aunque no poseyeran “formación libresca” y sí meramente empírica. Así, los barberos-sangradores cumplían una serie de cometidos específicos, teniendo reconocida su intervención a través de disposiciones legales, poseyendo cierto reconocimiento social; las parteras o “comadres” que ejercían su función con prácticamente total libertad de ejercicio; o la familia de los empíricos cuyo ejercicio médico propició no pocos enfrentamientos con los profesionales con título universitario⁴⁵².

En todo caso, pronto se hizo patente un distanciamiento entre la erudición de los conocimientos dispensados en las Facultades de medicina y las verdaderas necesidades prácticas a la hora de ejercitar la medicina. Así, los médicos universitarios veían sus conocimientos alejados y desacordes con la eficacia práctica que otros empíricos podían proporcionar. En esta idea se basó la fundación de los centros de “enseñanza libre”, con la lícita pretensión de completar las insuficiencias de la formación ofrecida por las instituciones oficiales de docencia⁴⁵³. Muchas de las disposiciones legales españolas

⁴⁵¹ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 87.

⁴⁵² Una pragmática de los Reyes Católicos en 1500 confería a los barberos-sangradores el derecho a poseer una “tienda para sajar”, la autorización para sacar dientes y muelas y poner ventosas y sanguijuelas. No obstante, en no pocas ocasiones debieron de extralimitarse de sus funciones, ya que alguna disposición del siglo XVII prevé que dicho comportamiento será “castigado conforme a derecho”. (GRANJEL, L.S., *La medicina española del siglo XVII...*, op. cit., pp. 63-65).

⁴⁵³ Los más afamados centros de enseñanza médica privados fueron los que se fundaron en Madrid, con los ingresos que le proporcionaba como cirujano Rafael Martínez Molina destacó el “Instituto Biológico”, destinado a completar la insuficiente enseñanza oficial, en la que el mismo participaba como catedrático; o la “Escuela Práctica Libre de Medicina y Cirugía”, con

aprobadas desde el primer tercio de la pasada centuria buscaron no tanto imponer nuevas normas en la formación de profesionales, como acomodar su capacitación a las crecientes necesidades sociales en materia sanitaria⁴⁵⁴.

Lo que los médicos titulados tuvieron siempre claro, y así lo reivindicaron desde un principio, fue el reconocimiento de la autoridad exclusiva a la hora de desempeñar su tarea.⁴⁵⁵ Mientras perduraron en la profesión sanitaria rangos distintos, fue inevitable el enfrentamiento y las sucesivas reclamaciones de derechos que unos y otros consideraban conculcados, y que vinieron a incrementar el clima de recelos y reproches con respecto a la actividad de quienes poseyendo titulaciones inferiores o siendo meros empíricos se adentraban en el ejercicio de cometidos curadores que les estaban legalmente vedados. Así, ya avanzado el siglo XIX, en nuestro país se aprobaron importantes y decisivas disposiciones normativas que tienen como fin enjuiciar y vigilar la práctica profesional; tarea encomendada en primer lugar a los Jurados médicos, o incluso a instituciones creadas por los propios médicos, y más tardíamente a los Colegios de Médicos. Dichas instituciones tenían como fin la orientación a la consecución de mejoras en el cumplimiento de la actividad profesional y a la dignificación de su cometido social⁴⁵⁶.

La idea fundamental que subyace entre todas estas reivindicaciones y pugnas, es que los médicos, de forma muy temprana, crearon una élite pequeña pero poderosa, unidos en la búsqueda común de la autoridad y del poder sobre los ciudadanos ordinarios. Así, los doctores en Medicina salidos de las Universidades se veían a sí mismos como los únicos practicantes “verdaderos” de la medicina. En este momento el público acabó por aceptar la decisión legislativa de escoger un grupo sobre todos los demás⁴⁵⁷. No

los fondos de Pedro González Velasco. (GRANJEL, L.S., *La medicina española contemporánea...*, op. cit., pp. 46-49).

⁴⁵⁴ *Ibíd.*, p. 57.

⁴⁵⁵ KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., p. 90. Esta situación fue realmente patente en los gremios compuestos por cirujanos, que tenían un carácter polifuncional y no meramente económico, proporcionaban sociabilidad, seguridad social y al mismo tiempo eran instituciones de enseñanza. Al mismo tiempo regulaban los precios, controlaban el acceso a los puestos y aseguraban que cada maestro contara con ingresos adecuados. (LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., pp. 118-127).

⁴⁵⁶ Entre tales instituciones pueden nombrarse la “Sociedad Médica Matritense”, el “Instituto Médico Español” o el “Instituto Médico General de España”, cuyas funciones no conseguirían pasar de ser un testimonio legal sin efectividad real alguna. (GRANJEL, L.S., *La medicina española contemporánea...*, op. cit., pp. 58-59).

⁴⁵⁷ KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 91-92.

obstante, que un determinado médico salido de la Universidad tuviera éxito dependía no sólo de la opinión de los enfermos que acudían a él para la resolución de su problema sanitario, sino también de los propios médicos coetáneos. Evidentemente, los criterios de los enfermos acerca de la curación o paliación de sus dolencias por parte de unos u otros (y que determinaba al fin y a la postre el éxito del médico respecto a un mayor o menor número de pacientes) iban a centrarse en dos cuestiones fundamentales. Por una parte, el despliegue de procedimientos diagnósticos o terapéuticos determinados y propios de un concreto tipo de sanadores con el fin de equilibrarlo para recobrar o mantener el estado de la salud: el examen de pulso y orina, las sangrías, purgas y prescripciones del sueño y de la dieta. Por otra parte, en la prescripción y el uso de remedios medicinales reconocidos por su acción sobre el organismo enfermo y evaluados en términos de eficacia, de novedad, de exclusividad o especificidad⁴⁵⁸. Así, debemos hacernos la siguiente pregunta, ¿tenía el enfermo en cuenta el prestigio profesional y la categoría intelectual (los médicos con enseñanza universitaria se habían ido colocando entre la élite intelectual) como criterios para decidir quién los curaría?, es decir, ¿la gente prefería a los médicos o a otros sanadores artesanales? En este sentido, debemos afirmar que Europa no se “medicalizó” hasta bien entrado el siglo XIX, en el sentido de que su primera opción clara fuera acudir a los médicos. Hasta entonces, la gente en general no creía que los médicos estuvieran especial o exclusivamente capacitados para tratar la enfermedad⁴⁵⁹.

En lo que respecta al sueldo y subsiguiente prestigio vinculado al desempeño de la profesión, en los momentos de mayor alcance de la profesionalización de la medicina, existían profesionales con bien diferenciados niveles científicos, de prestigio y de

⁴⁵⁸ Así, por una parte se encontraban los galenistas, por otra los partidarios de la medicina *chymica*, y por otra los que defendían la libertad de filosofar en medicina. En este sentido, en la obra que referenciamos la práctica médica de Zapata fundamentó su éxito y su prestigio en la utilización de medicinas menos desagradables y más eficaces para los pacientes. (PARDO TOMÁS, J., *El médico en la palestra. Diego Mateo Zapata (1664-1745) y la Ciencia Moderna en España*, Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo, Castilla y León, 2004, pp. 316-ss.).

⁴⁵⁹ Gráficas son las palabras del *Diary* de Jacob Bicker-Raye extraídas de la obra de Lindeman que traen a colación el asunto del que tratamos, y obsérvese que se ubica a finales del siglo XVIII: “Hoy (11 de noviembre de 1772) ha muerto el maestro carpintero Hermanus Mulder. Era un gran artista por su habilidad en colocar dientes en la boca de las personas (...) también inventó una máquina muy flexible y hueca en el centro como un tubo, que podía emplearse para extraer la orina a un hombre cuando estaba obstruido. La compraron médicos y cirujanos de todo el país, y él ganó mucho dinero” (LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., p. 219).

salario lo que impide englobarlos en un único grupo. De un lado, existían los médicos asalariados por los Ayuntamientos, que ejercían la “beneficencia domiciliaria” y los que trabajaban en los hospitales públicos, cuya atención estaba dirigida al proletariado urbano y a buena parte integrante de las llamadas clases medias. De otro, existía una minoría de médicos y cirujanos, vinculados al ejercicio de quehaceres especializados, que pudieran imponer favorables contrapartidas económicas a la prestación de servicios. Esta realidad aumenta conforme se incrementa en número y en capacidad adquisitiva la clase burguesa, en proporción con los cambios que trajo consigo la industrialización. Así el ejercicio médico profesional permitió amasar fortunas, escalar puestos sociales y conquistar el poder político y prestigio junto con una indisputable popularidad. No obstante, la forma de pago era similar en el medio rural y en el urbano, constituyendo un contrato libre de seguro conocido como “igualada” y que, como denuncia algún médico de la época, se trataba de un “sueldo ridículo”⁴⁶⁰. Por otra parte, el trabajo de “asistir enfermos” no era una “ocupación” a tiempo completo y, muchas veces, no aportaba la mayor (ni siquiera una buena parte) de los ingresos del profesional⁴⁶¹.

Pues bien, a mediados del siglo XIX comienza la transformación de la medicina, etapa que coincide con el monopolio médico. Después de las pugnas de los médicos académicos contra otros profesionales empíricos con el fin de acotar su campo de actividad, se logró dicho monopolio. Con la edad de la ciencia y los progresivos y sorprendentes adelantos médicos abanderando la promesa de que “la ciencia acabaría con la enfermedad”, el público se inclinó a alejarse de otros sanadores y permitió que los alópatas, se hicieran cargo de las necesidades sanitarias⁴⁶². Así, los profesionales sanitarios, con todos su saber atestiguado y respaldado por la sapiencia científica pudieron ejercer su actividad sanitaria en aras del bien del enfermo, pero sobre este asunto volveremos en el siguiente epígrafe.

⁴⁶⁰ Tal y como referencia Granjel en su obra hablando de las “memorias” del doctor Espina y Capo, sobre los médicos que cumplían su misión en Madrid en el siglo XVIII, “éstos buscaban la dignidad de su cometido en su atuendo, vistiendo levita y sombrero de copa”. En lo que respecta al salario, el mismo médico cita “donde existía la “igualada” era en las casas de los grandes de Españas, con sueldos ridículos, a veces y casi siempre menores al del jefe de la caballeriza y, sobre todo, al del cocinero” (GRANJEL, L.S., *La medicina española contemporánea...*, op. cit., pp. 68-69).

⁴⁶¹ Así, “el doctor Daniël Van Buren, prestaba servicios como médico en un asilo-hospital, y también tenía una flota de barcos y barcazas, dedicándose al comercio fluvial como contratista, con lo que obtenía casi todos sus cuantiosos ingresos”. (LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., p. 223).

⁴⁶² KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., p. 104.

4.2.3. *El código de conducta originario de la profesión médica.*

El tercero de los elementos constitutivos de la profesión médica que hemos considerado es la apreciación de la existencia de un código de conducta que garantice la integridad profesional y el comportamiento ético de los integrantes de esa primigenia profesión médica.

A lo largo del siglo XVIII, un buen número de médicos, influidos por el espíritu de la Ilustración y por una visión de progreso humano universal gobernada por el principio de la razón, afirmaron que debía ilustrarse a la gente respecto a cuestiones médicas. Juan Gregory (al que volveremos a citar en el Capítulo Segundo de esta obra) fue su principal partidario y, fuertemente influenciado por el pensamiento de David Hume, sus principios morales aún continúan vigentes: “toda vida moral se basa en la simpatía (comprensión moral e intuitiva) del yo con los sentimientos morales del otro. Y, así de la simpatía surge el deber cardinal del galeno de aliviar el sufrimiento y curar la dualidad de cuerpo-alma”. En la obra de Gregory *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*, habla sobre las cualidades morales que debe tener el médico tales como la asistencia, el decoro, la discreción, la humanidad, la paciencia y la tolerancia⁴⁶³. Sin embargo, esta corriente de pensamiento no defendió la participación del paciente en la toma de decisiones, sino que creyó que los pacientes, una vez que hubieran apreciado la verdadera naturaleza de la medicina y su gran promesa para aliviar el sufrimiento, harían causa común con los médicos y aceptarían su autoridad⁴⁶⁴.

Otra línea de pensamiento se asentó no en la “enseñanza ilustrada” ni en el “reparto de conocimientos entre médicos y pacientes”, sino en el espíritu cristiano-caritativo y en la atención de los pacientes menesterosos, fundamentado en el nacimiento de diversos hospitales pequeños atendidos por voluntarios. El doctor Thomas Percival fue el encargado de preparar un proyecto de conducta profesional en estas instituciones y hospitales de caridad, que fue la base del *Medical Ethics, or a Code of Instituts and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, texto

⁴⁶³ FERNÁNDEZ DE CASTRO-PEREDO, H., “Ética médica en la literatura del siglo XIX”, *Gaceta Médica de México*, Vol. 141, No. 4, 2005, pp. 323-334.

⁴⁶⁴ Así John Gregory (1724-1773), profesor de medicina en la Universidad de Edimburgo, en 1772 defendió con vigor la educación de los legos en los campos de salud y de la enfermedad. Creyó que los legos debían de obtener algún conocimiento de medicina, e instó a sus hermanos a educar al público en general, o cuando menos, a sus miembros más instruidos. (KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 56 y ss.).

publicado en 1803, que incluyó el término de ética médica usado por primera vez expresamente en la literatura de la moralidad y deontología médicas. Así, los cuatro capítulos (deberes en el hospital; conducta profesional privada; relaciones con boticarios; deberes relativos a la norma jurídica) del libro de Percival formaron un sistema general de ética médica, conducta y relación entre colegas potencialmente normado por los principios de etiqueta ya conocidos: urbanidad, rectitud y la noción moral de ser un caballero en el trato tanto con sus colegas como con sus pacientes⁴⁶⁵.

El contenido fundamental que subyace en este libro es un código de conducta o un “esquema de conducta profesional relacionada con los hospitales y otras instituciones médicas de caridad”. Percival se preocupó de instar a sus colegas a que atendieran al bienestar de sus pacientes y a que les dieran buena atención, en el sentido de que el médico debe de ser “ministro del enfermo” (“*minister to the sick*”). Gráficas son las palabras que inician el primer capítulo de su obra, recomendando en la actuación “unir ternura con firmeza, y condescendencia con autoridad, de tal modo que inspire el pensamiento de los pacientes con gratitud, respeto y confianza⁴⁶⁶”.

Obvia reseñar la importancia de esta obra, en la que se tiene en cuenta que para el médico son tan importantes los sentimientos (*feelings*) y las emociones (*emotions*) de los pacientes como los síntomas de las enfermedades. Así, pueden citarse ejemplos a lo largo de la obra: el interrogatorio que deberá de realizarse con un tono de voz adecuado; las mujeres deberán ser exploradas con delicadeza escrupulosa; o que el médico deberá de facilitar el cumplimiento de los deberes morales y religiosos de los pacientes⁴⁶⁷. El autor se preocupa sobre manera por el bien y los intereses de la persona enferma y de la sociedad.

No obstante aunque el bienestar de la persona enferma parece ser el eje sobre el que gira la obra de Thomas Percival sentando una serie de principios de amplia significación ética para la sociedad y la humanidad, obvió otra serie de derechos de los pacientes, en

⁴⁶⁵ FERNÁNDEZ DE CASTRO-PEREDO, H., “Ética médica...”, op. cit., p. 325.

⁴⁶⁶ “Hospital Physicians and surgeons should minister to the sick (...) they should study, also, in their deportment, so to unite *tenderness* with *steadiness*, and *condescension* with *authority*, as to inspire the minds of their patients, with gratitude, respect and confidence”. Las palabras mostradas en cursiva aparecen así en la propia obra de Percival. (PERCIVAL, TH., *Medical Ethics; or, a Code of Institutes and Precepts adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, Manchester, S. Russell, 1803, p. 9).

⁴⁶⁷ *Ibidem*, pp. 10-12.

particular respecto a la libertad y autonomía de los mismos. Esta cuestión se hace patente al plantear la comunicación de la verdad a los pacientes, que Gracia denomina “paternalismo juvenil” basado en la idea de que el médico dirá la verdad al enfermo siempre, salvo en aquellos casos de pronóstico infausto, es decir, en las cuestiones graves o mortales; en tales situaciones, se lo comunicará a los parientes y allegados, que serán quienes tengan que decírselo al enfermo⁴⁶⁸. La obra de Percival muestra la profunda inquietud en la que el autor se muestra inmerso en lo que respecta a la comunicación de los “pronósticos sombríos”, aconsejando incluso la información oportuna al paciente, si es absolutamente necesario. Sin embargo, es “preferible y recomendable encomendar a otra persona esta tarea, cuando tenga el suficiente juicio y delicadeza”, excusándose el propio médico de la misma amparado en la idea de que “el médico debe ser el ministro de la esperanza y el consuelo de los enfermos”⁴⁶⁹.

Es esta obra y no la de Gregory la que trascendió a los códigos éticos y de deontología médica posteriores. En este sentido, la *American Medical Association* del año 1847 adoptó de modo íntegro en su propio Código Ético (el *National System of Medical Morals*) el de Percival, y tras él, la mayor parte de los códigos nacionales de deontología médica adoptaron la doctrina paternalista en su versión percivaliana⁴⁷⁰.

⁴⁶⁸ Así, los antiguos defendieron un “paternalismo infantil”, según el cual al enfermo hay que tratarle como a un niño pequeño. Por el contrario, los modernos se inclinan por un “autonomismo adulto”, que afirma la obligación moral de tratar al enfermo como un ser adulto y autónomo, y por tanto, siempre hay que decirle la verdad. Frente a ambos, Percival defiende una postura intermedia, lo que podríamos denominar “paternalismo juvenil”. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 91).

⁴⁶⁹ Percival añade que “el médico con estos cordiales administrados al espíritu alicaído, tal vez suavice el lecho de la muerte, se reavive la vida que se acaba y se contrarreste la influencia deprimente de aquellas enfermedades que arrancan la fortaleza del filósofo y el consuelo de los cristianos” (“*he may smooth the bed of death; revive expiring life; and counteract the depressing influence of those maladies, which rob the philosopher of fortitude, and the Christian of consolation*”). (PERCIVAL, TH., *Medical Ethics...*, op. cit., p. 32; KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 64 Y 65).

⁴⁷⁰ En el artículo primero de dicho código establece “El médico debe ser, por ello, ministro del enfermo, convencido de la importancia de su trabajo, y consciente de que el alivio, la salud y las vidas de aquellos encomendados dependen de su habilidad, atención y fidelidad. Debe procurar, además, en su servicio, unir la ternura con la firmeza y la condescendencia con la autoridad, de modo que muevan las mentes de sus pacientes a la gratitud, el respeto y la confianza” (“*Physicians should, therefore, minister to the sick with due impressions of the importance of their office; reflecting that the ease, the health, and the lives of those committed to their charge, depend on their skill, attention and fidelity. They should study, also, in their deportment, so to inspire the minds of their patients with gratitude, respect and confidence*”). (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *Code of Medical Ethics*, New York Academy of Medicine, New York, 1848, p. 13; GRACIA, D.: *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 94-95).

El paternalismo “institucional” o “burocrático”, tiene lugar porque la ética deja de ser una cuestión primariamente individual para transformarse en colectiva, de tal modo que es la asociación profesional la encargada de vigilar el cumplimiento del código y de castigar las infracciones; además, el médico oculta el conocimiento al paciente (en aras de su mayor beneficio) de todo aquello que pudiera resultarle negativo, dejando a otras personas (“de suficiente juicio y delicadeza”) que lo hagan. Esta situación durará casi un siglo más, y realmente las cosas no empiezan a cambiar hasta la redacción de los *Principles of Medical Ethics* en 1957.

4.3. Manifestaciones del ejercicio de la medicina liberal en la sociedad occidental secularizada. Evolución en el paternalismo burocrático.

Si por algo se caracterizó la época histórica moderna es por la secularización de la sociedad y de la cultura occidentales, como ya hemos afirmado líneas más arriba. En este sentido, el hombre occidental moderno va a atenerse a las posibilidades y recursos de su propia naturaleza: a su propia razón, a su propia imaginación o a su propia voluntad; en otras palabras, ha querido eliminar de su existencia histórica todo lo que sea o pretenda ser “sobrenatural”⁴⁷¹. En los aspectos que nos interesan, es decir, en la práctica de la medicina desde el punto de vista de la asistencia al paciente, el fundamento último que la inspira y los caracteres que van a particularizar la relación clínica, la secularización de la sociedad y de la propia medicina, van a proporcionar una serie de rasgos característicos de los que vamos a tratar en las siguientes líneas.

En este sentido, vamos a contemplar tres aspectos que caracterizarán esta época de la historia de la medicina, prestando atención a los integrantes y al carácter de la propia relación clínica subyacente. Así, nos centraremos en primer lugar en el punto de vista contemplado desde la visión del médico como novedoso ministro de la ciencia y de la tecnología y en segundo lugar desde el del enfermo como mero objeto a resultados de esta revolución científica, provocando en este sentido un novedoso modo de ejercer la medicina que conlleva cierto alejamiento entre los integrantes de la relación clínica. Por

⁴⁷¹ Así, el proceso de secularización se inicia a finales del siglo XVII y progresa rápidamente durante los siglos XVIII y XIX. El hombre secularizado se hace deísta o materialista en el siglo XVIII, y positivista, agnóstico, anarquista o marxista en los siglos subsiguientes. El suceso comienza afectando a los círculos intelectuales de la aristocracia y la alta burguesía; y ya bien avanzado el siglo XIX llegarán a secularizarse las masas populares. (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 109).

último, dicho distanciamiento entre sus integrantes, va a propiciar una posterior integración y una subsiguiente rebelión del sujeto enfermo o revolución en el campo de la biomedicina. Sobre este último aspecto (la rebelión del sujeto enfermo) trataremos en el segundo capítulo de esta obra.

4.3.1. *La capacidad técnica ilimitada: el gobierno del científico*

La etapa histórica en la que la actividad médica se profesionaliza (de la que ahora estamos tratando) coinciden no sólo la secularización de la sociedad y la cultura occidentales, sino además (o más bien de modo “retroalimentativo”) con un proceso revolucionario de la medicina propiamente dicha⁴⁷². Este período se conoce como “edad de la ciencia” y coexiste con la edad del monopolio médico, suponiendo una transformación radical de la medicina: la ilusión y creencia de que la ciencia acabaría con la enfermedad contribuyó a que el público confiara casi ciegamente en los médicos y científicos titulados abandonando la tendencia hacia otros sanadores⁴⁷³. Esta situación de la que hemos hablado y que no se da hasta bien entrado el siglo XIX, es el proceso conocido como la “medicalización de la sociedad occidental”, en el sentido de que la primera opción clara a la hora de la curación de una enfermedad es la consulta a los médicos.

En este sentido, el pensamiento que, durante la Grecia antigua y el medievo afirmaba que la capacidad del hombre frente a la naturaleza sería limitada, y que en ésta existen una serie de límites infranqueables a los cuales el ser humano debe claudicar y contra los cuales no puede luchar, se muestra por vez primera incierto. Así, ya de modo muy rudimentario va a aparecer durante la Baja Edad Media el pensamiento de la existencia de un poder humano sin límites sobre la naturaleza. El médico, como científico, va a ver

⁴⁷² Con el “modo retroalimentativo” nos referimos a una idea subyacente: ¿Qué fue primero, secularización de la medicina? O, ¿Una medicina secularizada como consecuencia de una revolución científica y tecnológica? Podríamos afirmar que la una promueve la otra y viceversa, quizás sin una mente “abierta”, no fundamentada en lo “sobrenatural” o “revelado”, la ciencia biomédica no hubiera conseguido su transformación; pero sin dicha transformación, tampoco la medicina se hubiera secularizado. Por tanto, la interdependencia entre uno y otro proceso muestra un hecho abierto, vivo y progresivo.

⁴⁷³ Así se creó una vacuna contra la rabia; se estableció la etiología bacterial de muchas enfermedades, lo cual hizo abrigar la esperanza de hallar la cura de males como la tuberculosis y la peste, tradicionalmente temibles y mortíferas; se conoció la importancia de la asepsia quirúrgica y se descubrió el valor anestésico del éter, con prometedores y hasta el momento inimaginables posibilidades en el campo de la cirugía. (KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 103-104).

ahora su saber como una constante realización de hazañas que le permiten penetrar asintomáticamente en la realidad del hombre y gobernarla técnicamente “desde arriba”⁴⁷⁴. No obstante, aunque los avances científico-técnicos generaron en principio bienestar, tanto para el paciente como para el médico, también propiciaron ciertas inquietudes ético-morales y dudas de su idoneidad, cuestión que se mantiene (o incluso se exagera) hasta nuestros días ante cualquier innovación técnico-científica que suscite una afectación ética o moral⁴⁷⁵. En realidad podemos afirmar que ésta es la motivación inicial en el auge y nacimiento de la Bioética, cuestión de la que trataremos como asunto principal en el Capítulo Segundo de esta obra. Pues bien, esta creencia y confianza en la ciencia como instrumento a través del cual se lograría el triunfo de la salud sobre la enfermedad va a conllevar una ambiciosa manera de entendimiento de la propia concepción de las enfermedades y de su curación, que va a afectar decisivamente en la relación clínica, así como en la consideración que de los médicos (alópatas) tenía la sociedad⁴⁷⁶.

En este sentido, siguiendo a Laín, durante los siglos XIX y XX existen diversas presunciones respecto a la enfermedad y su consecuente tratamiento⁴⁷⁷. Se afirman tres

⁴⁷⁴ Desde Roger Bacon la idea de la utopía técnica es el primer signo visible de la nueva actitud, y desde entonces hasta ahora, el pensamiento de que “mañana será posible lo que no es posible hoy” o la creencia de que la técnica es un progreso indefinido se convierte en el eje del pensamiento de todo científico y de la sociedad en general. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 116).

⁴⁷⁵ A modo de ejemplo, un avance científico-técnico que generó cierta cuestión ético-moral fue el caso de la anestesia a la reina, que empezó a darse a las parturientas. Así, en dos de los partos de la Reina Victoria I de Inglaterra, se le colocó una mascarilla donde goteó cloroformo para varias inhalaciones de la paciente. El problema se suscitó en el momento de la lectura de la Biblia, la cual establecía que “el Señor le mandó a Eva que toda mujer pariera con dolor”; ¿cómo contravenir un mandato divino aceptando la anestesia para mitigar los dolores del alumbramiento? (FERNÁNDEZ DE CASTRO-PEREDO, H., “Ética médica...”, op. cit., p. 324).

⁴⁷⁶ Durante el siglo XIX (y anteriormente), se dieron gran variedad de sanadores, pero es a partir de ese siglo cuando comenzaron a dominar el panorama médico tres grandes grupos de sanadores en el ámbito anglosajón, principalmente: entre los practicantes domésticos, los thomsianos (partidarios del uso de hierbas estimulantes, eméticos y de aplicación del calor). Por otra parte, entre los médicos con educación universitaria destacaron los homeópatas, que eran los practicantes de medicina más científicos, ya que eran partidarios de los ensayos experimentales; y los alópatas. Estos últimos triunfaron sobre los homeópatas mediante el establecimiento de un mayor número de escuelas de medicina y, en respuesta de las teorías dogmáticas pero científicas de los anteriores, defendieron la indagación libre y abierta así como la observación y el eclecticismo, entregándose de este modo a la experiencia clínica. Los pacientes y la sociedad en general valoraron positivamente su actuación, inclinándose progresivamente hacia los alópatas a la hora de optar por un medio de curación de sus enfermedades (KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 99-102).

⁴⁷⁷ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 117.

postulados: 1. No existen enfermedades incurables “por necesidad”, ya que, aunque en el presente lo parezcan, la medicina del futuro encontrará su curación; 2. Tampoco existen enfermedades de aparición necesaria, ya que todas, en principio son evitables; y 3. El progreso de la técnica permite penetrar en la realidad de la enfermedad de modo global: mediante un diagnóstico y mediante un tratamiento.

En lo referente a su tratamiento, se va a producir una evolución natural que va desde la utilización de los principios activos contenidos en los remedios naturales, hasta la producción artificial (en laboratorio) de sustancias con uso terapéutico, más eficaces incluso que las primeras. Se va a producir así, la modificación artificial de la naturaleza del paciente por parte de otro ser humano, el médico.

La consecuencia parece a todas luces evidente: el médico científico, como dueño y señor de la naturaleza, con el instrumento que le proporciona su saber técnico-científico va a poder dominarla, va a poder moldearla a su gusto (dentro de las propias limitaciones que la ciencia le permita), así como a la propia naturaleza enferma del paciente. Éste, si antes creía y confiaba en el médico en base a su autoridad moral, fundamentada en ciertos conocimientos técnicos, ahora dicha fe ciega se exagera, cimentada en la convicción de que “la ciencia y el saber científico todo lo pueden”. Este modo de entender la atención médica va a repercutir en la concepción que se tenga del propio enfermo. Sobre esta cuestión trataremos inmediatamente en el siguiente subepígrafe.

4.3.2. El ser humano como objeto científico. La medicina hospitalaria como precursora del alejamiento de los integrantes de la relación clínica

Como hemos visto más arriba, durante la denominada edad de la ciencia, que coincide con el monopolio médico, el médico de formación universitaria va a sentirse como el tutor o moldeador de la naturaleza, en base a un conocimiento científico cada vez más acreditado y prestigioso. Esta situación va a traer una consecuencia inmediata sobre la propia concepción que se tiene del ser humano enfermo. La llegada a esta situación es el fruto de una evolución y transformación en la propia asistencia al enfermo. En este sentido, puede afirmarse que la historia natural en la evolución de la relación médico-enfermo va desde la denominada “medicina a la cabecera del enfermo” a la “medicina hospitalaria”. Una tercera etapa podríamos denominarla “medicina de

laboratorio”, que conforma la parte final del proceso. Así, en la primera fase, el paciente es el que en cierto modo “controla” la consulta médica: el enfermo es el que actuaba como un patrón que pedía al médico que acudiera a su cabecera, y generalmente era éste el que acudía a ver al enfermo. En este sentido, el médico se basaba principalmente en el relato del enfermo para tomar decisiones en lo que respecta a la diagnosis, la prognosis y la terapia, y empleaban sus cinco sentidos en los exámenes, sin la ayuda y amplificación de los instrumentos que no fueron introducidos hasta el siglo XIX⁴⁷⁸.

Hasta el siglo XVIII, o incluso el XIX, la asistencia médica continuaba su división tradicional de “medicina para ricos” y “medicina para pobres”, la primera tenía lugar en el domicilio del propio paciente, y la segunda en los hospitales. Así, los hospitales tradicionales, eran esencialmente instituciones de asistencia para los pobres, pero al mismo tiempo, era una institución de separación y exclusión, debido a que el pobre, como enfermo, era portador de enfermedades, y por lo tanto, un potencial propagador de éstas. Hasta el siglo XVIII, el personaje “paradigmático” del hospital no era el enfermo que había que curar, sino el pobre que ya estaba moribundo. Se trataba de una persona que necesita de asistencia material y espiritual, que había de recibir los últimos auxilios y los últimos sacramentos. Ésta era la función esencial del hospital hasta la época reseñada⁴⁷⁹. Pues bien, ¿Qué es lo que paulatinamente va sucediendo en la asistencia dispensada en los hospitales que va a propiciar la consiguiente transformación? Y, ¿cuáles son las consecuencias de la misma respecto a la consideración del propio sujeto enfermo?

Como anteriormente hemos afirmado, los avances científicos, así como los descubrimientos bacteriológicos y la aparición de una medicina basada en la anatomía

⁴⁷⁸ En este sentido, debido a la extraordinaria importancia que se daba al relato del paciente (y por supuesto, a que muchos pacientes vivían lejos de sus médicos) no es infrecuente la consulta médica por correspondencia. Este sistema se hizo aún más frecuente durante el siglo XVIII, con la ampliación de la alfabetización y la mejora de los servicios postales y las redes de transportes. Así, los propios pacientes, e incluso sus familiares y amigos, escribían a los médicos sobre sus enfermedades, y éstos consultaban con sus colegas los casos rebeldes o interesantes. ”. (LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., pp. 257-262).

⁴⁷⁹ En aquellos tiempos se decía que el hospital era un lugar para morir. El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo, sino a conseguir su propia salvación. Era un personal caritativo (religioso o laico) que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran la salvación eterna. Por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba. (FOUCAULT, M., “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”, *Educación Médica y Salud*, Vol. 12, No. 1, 1978, pp. 22-23).

patológica y en la patología, de la segunda mitad del siglo XIX van a influir sobremanera en la asistencia a los pacientes. Por otra parte, además de los adelantos científicos, también van a producirse mejoras en la construcción, en los cuidados y en la práctica médica, que van a transformar los hospitales tradicionales convirtiéndolos en centros de enseñanza, cuidados, tratamiento y curación⁴⁸⁰.

En este sentido, el enfermo acude al hospital convencido de que va a recibir una asistencia sanitaria integrada por tres elementos: un diagnóstico excelente (ya que los médicos del hospital solían estar entre los mejores del país⁴⁸¹); un tratamiento necesariamente limitado por las limitadas posibilidades económicas del establecimiento; y una cuidadosa necropsia, en caso de que el paciente llegara a fallecer. Así, en principio, el enfermo era visto por los médicos que prestaban sus servicios hospitalarios como un objeto científicamente cognoscible y modificable, al tiempo que, (debido a la pérdida de la atención individualizaba que otorgaba la “cabecera”), desconocido⁴⁸². Este pensamiento es de trascendental importancia para comprender el momento en el que el médico va a ver al enfermo no como era tradicionalmente, como una *persona* padeciente, sino como un *objeto* más de su actividad científica, como un elemento cuantificable, físico, material y cognoscible dentro de la propia naturaleza investigadora. Esta situación aparece con el nacimiento de la “clínica”, que, según la tesis de Foucault, es entendida como “el inicio de la penetración reglada de la mirada del médico en el espacio corporal del que fue paciente, mediante la autopsia” o “cuando el cuerpo que oculta la enfermedad comenzó a hacerse “transparente” a la mirada del médico mediante la autopsia.⁴⁸³ Así, las características que suelen asociarse a la génesis de la medicina clínica son la enseñanza junto al lecho del enfermo (como de un caso práctico se tratara), la experimentación médica (aunque siempre en esta época entendida

⁴⁸⁰ LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., pp. 132-135.

⁴⁸¹ “El gran médico del hospital, el más preparado cuanto mayor sea su experiencia en esas instituciones, es un invento de fines del siglo XVIII” (FOUCAULT, M., “Incorporación del hospital...”, op. cit., p. 31).

⁴⁸² Siguiendo a Laín, esta es una de las formas de atención hospitalaria durante el siglo XIX, denominada por el autor “*tipo Skoda*”, egregio clínico vienés. La otra especie tratada es la de “*tipo San Martín*”, en honor a un eminente profesor de cirugía en el Madrid de finales del siglo XIX. Esta forma de ver la atención sanitaria, no sólo se preocupa por la concepción científico-natural de la medicina, sino que además tiene en cuenta la condición humana del paciente que es atendido, como una persona doliente y compasible. (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., pp. 118-122).

⁴⁸³ PERA, C., *El humanismo en la relación Médico-Paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina*, Fundación Salud, Innovación, Sociedad, Barcelona, 2001.

con restricciones), la observación clínica y la valoración estadística. Los médicos “practicaban” con sus pacientes hospitalarios en una denominada “ciencia segura”, y procuraban “equilibrar el conservadurismo adecuado en la práctica con un espíritu adecuadamente innovador”⁴⁸⁴.

No obstante, además de esa mentalidad científico-técnica y de la concepción de la enfermedad como un proceso natural susceptible de curación, va a ser la introducción de una serie de mecanismos disciplinarios en el espacio hospitalario la que va a permitir finalmente la medicalización de éste. Intentaremos explicar esta idea siguiendo el pensamiento de Foucault. Los hospitales de un modo paulatino y con fines diversos (como las razones económicas, la evitación de la propagación de epidemias y el precio atribuido al individuo) fueron sometidos a una fiscalización disciplinaria. Bien es verdad que, sin la transformación de la práctica de la medicina en esta época (en la medida en que la enfermedad es concebida como un fenómeno natural que obedece a leyes naturales), la introducción de una reglamentación hospitalaria cada vez más rigurosa no hubiera sido plenamente eficaz. En este sentido la intervención médica se traslada por vez primera al ámbito hospitalario y, por otra parte, también se instaura una disciplina hospitalaria, materializada en actuaciones tales como: la vigilancia, la individualización y la distribución de enfermos según patología o cuidados; así como la consideración de circunstancias que de un modo u otro van a influenciar el estado de salud de los enfermos, como el agua para beber, el régimen, o la temperatura del medio⁴⁸⁵.

⁴⁸⁴ Esta es la teoría de Susan Lawrence que Lindeman expone en su obra: Los patrocinadores locales eran reacios a entregar “sus pacientes” al capricho de médicos fanáticos y cirujanos carniceros. Los administradores eran también bastante sensibles a las quejas de los pacientes sobre el trato brutal, por lo que los médicos “no experimentaban con los pacientes”, sino que “experimentaban juiciosamente con los pacientes”, o si no, ¿Cómo podría avanzar la medicina? (LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., pp. 155-156).

⁴⁸⁵ Así, si se admite la hipótesis de que el hospital nace de las técnicas de poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio, podrán comprenderse varias características que poseyó dicha institución: 1. Por una parte la localización del hospital (hasta entonces ubicado en un lugar marginal) y la distribución interna del espacio; 2. La transformación del sistema de poder en el seno del hospital, ya que desde que éste es concebido como un instrumento de cura, el médico va a asumir la responsabilidad principal en la organización hospitalaria, señalando de este modo la implantación del poder médico; 3. La organización de un sistema de registro permanente y completo, en la medida de lo posible, como la identificación del enfermo, el registro de ingresos y altas, el diagnóstico médico, etc. (FOUCAULT, M., “Incorporación del hospital...”, op. cit., pp. 28-33).

En todo caso, el influjo de la ciencia médica y el método clínico va a suponer un triunfo aceptado casi sin reservas. Como contrapunto se van a producir dos realidades negativas: la persona enferma quedó expuesta directamente a la mirada de los médicos y fue objeto de una reglamentación e inspección cada vez más inflexibles y, por otra parte, se produce una cierta “derrota” (y consecuente alejamiento entre los elementos conformadores de la relación clínica) de los pacientes, ya que el poder de los médicos sobre éstos quedaba consolidado⁴⁸⁶.

4.3.3. *El alejamiento de los integrantes en la relación clínica. El contrapunto: la incipiente introducción del sujeto en el pensamiento médico.*

Vistas las dos ideas contenidas en los subepígrafes anteriores se produce una necesaria consecuencia: si el médico científico va a contemplar la naturaleza a partir del siglo XIX “desde arriba” y se auto-considera capaz de gobernarla con su conocimiento y esta capacidad va a conformar al sujeto enfermo como un objeto más dentro de ese conocimiento científico, entre el médico y el paciente se va a producir cierto alejamiento. Por una parte, el médico, con una competencia exacerbada en el ámbito hospitalario va a considerarse como el único plenamente capaz de ordenar y reorganizar la situación del enfermo. Tradicionalmente administraba su conocimiento de un modo privado, particularizado para su enfermo pero, en estos momentos, la potestad de reglamentación se extiende a diversos enfermos que, como elementos anónimos integran un todo, que no es más que la institución hospitalaria. Además, aunque no lo hemos considerado, no debemos obviar que el sentimiento dadivoso, benevolente o vocacional que, al menos en principio, propiciaba la actividad médica de modo tradicional, va a ser sustituido o complementado (contemplado desde un punto de vista menos pesimista) por un afán de lucro o prestigio (además del puramente didáctico o científico). Por su parte el enfermo ve coartada su libertad, y acudirá a la consulta del médico hospitalario con una actitud generalmente resignada y aceptadora. Quizás sea esta una visión un tanto pesimista de lo que la introducción de la medicina clínica y la instauración del hospital medicalizado producen en la propia relación clínica, pero sin ésta no hubiera tenido lugar la reivindicación de la libertad posterior.

Con el nacimiento de la clínica y la introducción de la autopsia, “los médicos penetraron en el interior del cuerpo muerto del enfermo y compararon las lesiones

⁴⁸⁶ LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en...*, op. cit., p. 134.

halladas en sus entrañas con los síntomas que habían recolectado minuciosamente en vida del paciente, iniciándose la construcción objetiva de las enfermedades o método anatomoclínico⁴⁸⁷. El ser humano enfermo (y el fallecido) se transforma así en objeto de la ciencia y del conocimiento científico. Aquí no hay lugar para la relación interpersonal entre médico y paciente, ya que es el cuerpo y no la psique el que atrae de manera absolutamente predominante la atención del médico científico, incluso la comunicación entre uno y otro se hace cada vez más liviana. Es lo que hemos denominado alejamiento entre los integrantes de la relación clínica.

Pues bien, llegado un momento se produce una situación insostenible entre dos realidades: por una parte la patología científica que postulaba la metódica reducción del enfermo a la condición de puro “objeto natural” y, por otra, una práctica que exigía la utilización de datos psicológicos y sociales tocantes a la realidad del enfermo como persona. Dicha colisión va a hacerse más patente en aquellos modos de enfermar que mejor revelan la condición personal del enfermo: las neurosis⁴⁸⁸. Fue V. von Weizsäcker el que introdujo una de las mayores novedades en la medicina actual: la introducción del sujeto en medicina. El enfermo había sido considerado hasta entonces como un objeto, pero a partir de un determinado momento el enfermo empieza a ser coautor de su propia terapia, por supuesto no de modo consciente, sino inconsciente. Esta idea va a provenir de Freud, el cual postula que hay que incorporar formalmente el psicoanálisis a la medicina interna⁴⁸⁹. Se produce la aproximación histórica entre el psicoanálisis y la medicina interna, y el enfermo deja de ser visto como objeto (aunque sea objetivable) y es visto y tratado como sujeto⁴⁹⁰.

No obstante, previamente a este logro, va a producirse históricamente un movimiento emancipatorio que se inicia en el ámbito religioso con la reivindicación de la libertad de conciencia por parte del protestantismo, y en el ámbito político con las revoluciones

⁴⁸⁷ PERA, C., “El humanismo en la relación...”, op. cit., p. 6.

⁴⁸⁸ En este sentido se planteaba la duda de si la concepción de la histeria como un desorden anatómico fugaz o como alteración funcional susceptible de estudio mediante la bioquímica o los registros gráficos era suficiente para resolver diagnóstica y terapéuticamente el problema del trastorno neurótico (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p.126).

⁴⁸⁹ Así, Weizsäcker afirma que para entender al hombre en general y al hombre enfermo en particular hay que sustituir lo que él llama categorías ónticas por las categorías páticas. Las primeras se refieren al ser que está ahí; es decir, que yo contemplo como objeto; mientras que las páticas se refieren al ser que soy, por tanto al sujeto visto desde mí mismo, y por tanto visto desde el sujeto (CUÑAT, C.; REDONDO, M., “Entrevista a Pedro Laín Entralgo”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 2 (5), 1982, pp. 45-46).

⁴⁹⁰ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p.128.

democráticas del mundo moderno⁴⁹¹. A partir de este momento bien puede decirse que los derechos civiles y políticos son ya una conquista lograda, y paulatinamente van a expresarse en las constituciones nacionales de todos los países civilizados, convirtiéndose en la base de la vida jurídica y política⁴⁹². Por otra parte, no debe obviarse que el pensamiento liberal occidental de principios del siglo XVIII y comienzos del XIX se encuentra estrecha e íntimamente vinculado con el principio de libertad individual, es decir, la autonomía privada⁴⁹³. Puede decirse, por tanto, que el ámbito de lo privado es una conquista de la modernidad. Pero, ¿cómo se introdujo este pensamiento liberal y la moral de autonomía en la medicina y cuál fue el modo como desde él se elaboraron los derechos de los enfermos?

⁴⁹¹ “Las revoluciones liberales emanciparon a los ciudadanos del absolutismo y los hicieron mayores de edad al proporcionarles los derechos civiles y políticos básicos: el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad”. La moderna teoría de los derechos humanos debe sus primigenios fundamentos a la obra *Two Treatises on Civil Government*, de JOHN LOCKE, publicada en el año 1690, en la que arroja el argumento de la naturaleza pesimista de HOBBS, que justificaba el orden social impuesto por el Estado en base a la “naturaleza salvaje” del ser humano. Con su teoría de los derechos humanos LOCKE asesta un golpe mortal al paternalismo, ya que defiende la existencia de una serie de derechos presentes por naturaleza en el ser humano, por lo que el Estado o tutela paternal sólo está justificado en la medida en que posibilite el disfrute de esos derechos en los seres racionales. (GRACIA, D.: Fundamentos de..., op. cit., pp. 128 y ss.). Los derechos humanos civiles y políticos son la base de cualquier contrato social, y por tanto son los derechos que deben de informar las leyes fundamentales, es decir, las Constituciones liberales o democráticas, y se remontan a finales del siglo XVIII, concretamente a la Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia del año 1776. Bien es sabido que el texto de la Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia de 1776 fue asumido por las declaraciones de otros estados americanos, y poco después, en la Declaración de Independencia del 4 de julio de 1776. Este texto influyó decisivamente la redacción de la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano aprobada por la Asamblea Nacional Francesa el 26 de agosto de 1789. En dichas redacciones se proclama la natural igualdad entre los seres humanos, así como la independencia (libertad), la propiedad privada, el derecho a la vida y la seguridad.

⁴⁹² Según Gracia, y siguiendo las enseñanzas de Locke, estos derechos se convierten en la base de la ética, en todos ellos está presente un principio moral, el principio de autonomía, que puede ser definido como “todo ser humano posee en principio completa libertad para ordenar sus actos y para disponer de sus propiedades y de su persona de acuerdo con su voluntad, dentro de los límites de la ley natural, sin que su decisión pueda depender de la voluntad de ninguna otra persona”. (GRACIA, D.: *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 137). Obsérvese como predomina de este modo el principio de autonomía, contrastando radicalmente con el principio tradicional, paternalista, y como va a ser éste la premisa en el nacimiento inicial de los derechos de los enfermos, como veremos en el capítulo segundo de esta obra.

⁴⁹³ En este sentido, fue STUART MILL el que afirmó que sólo una sociedad que respete escrupulosamente las libertades civiles puede ser considerada moral: “la única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien a nuestra propia manera, en tanto que no intentamos privar de sus bienes a otros, o frenar sus esfuerzos para obtenerla. Cada cual es el mejor guardián de su propia salud, sea física, mental o espiritual” (STUART MILL, J.: *Sobre la libertad*, Orbis, Barcelona, 1985, p. 41).

Lo que sí está claro es que la irrupción de los derechos de los pacientes ha sido más bien tardía; “fuese por el prestigio del médico, por la eficacia de las estructuras del poder profesional por el estado de real desvalimiento en que se encuentra el enfermo, lo cierto es que transcurrieron doscientos años desde la eclosión de los derechos humanos fundamentales hasta la aparición de los derechos de los enfermos”⁴⁹⁴. Sobre este asunto trataremos en el Capítulo Segundo de esta obra.

4.4. Recapitulación

Con este último epígrafe (“De la medicina liberal a los derechos de los enfermos”) concluimos un último período del estudio del paternalismo médico del que hemos analizado elementos como su origen, su justificación y su instauración. Así, en esta última etapa nos hemos referido al establecimiento de la última forma de dicho paternalismo estudiado, la burocrática o politizada, que no es más que un preludio a la posterior y consecuente reivindicación de los derechos por parte de los enfermos. Así, dicha reclamación va a aparecer enarbolada, como luego veremos, por el derecho de autonomía y libertad en el ámbito de la propia salud de los pacientes.

Antes de llegar a ese momento, para que esa forma de atender al enfermo como ser desvalido, protegiéndole y amparándole en el fatigoso proceso de la salud y de la enfermedad, se fundamentase no en la propia autoridad moral del médico sino en una “ley impersonal”, hizo falta una transformación, no sólo en la práctica, sino además en las mentes de los ciudadanos. Quedará superada entonces la etapa en la cual los sacerdotes médicos ejercían la asistencia al enfermo en las dependencias eclesiásticas. Por tanto, la medicina, al igual que la sociedad moderna sufre un proceso de secularización. Si hasta entonces el enfermo iba a depositar su fe en ese médico religioso que, en cierto modo, representaba la voluntad de Dios en su persona, ahora esa confianza ciega va a ser destinada a la autoridad que ostenta el propio profesional sanitario, esta vez basada en una competencia legalmente establecida.

⁴⁹⁴ LÁZARO, J. y GRACIA, D.: “La relación médico-enfermo a través de la historia”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, 2006, 29 (Supl. 3), p. 4. Puede tomarse el año 1973 como símbolo de la “rebelión de los pacientes”, fecha en la que la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de los Derechos del paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto libre y autónomo que es.

Hemos considerado diversos elementos que de un modo más o menos directo van a propiciar y a coadyuvar a que la actividad médica se vaya transformando en verdadera profesión, favoreciendo que ésta se ejerza de modo diferenciado a como lo había estado haciendo anteriormente. Así, el primer elemento tratado ha sido la formación educativa y el consecuente control de la capacitación que van a habilitar a los médicos titulados el posterior y acorde ejercicio de la medicina. No obstante, no debemos obviar la realidad durante siglos de la coexistencia y proliferación de distintas profesiones médicas mayor o menormente reconocidas. En este sentido, desde más bien pronto, los asistentes a las primeras Universidades y adquirentes de los correspondientes títulos reivindicaron ser reconocidos como “caballeros doctos” frente a otros grupos de profesionales sin una titulación universitaria. Además, éstos también tuvieron la inquietud en lo que respecta al control de acceso a esos exquisitos estudios que, en principio, no se diseñaron destinados para “cualquiera”.

Otro elemento integrante dentro de la profesionalización de la actividad médica fue el consiguiente ejercicio y posterior reconocimiento social. Al igual que la reivindicación de los profesionales en lo que respecta a una titulación capacitadora y como consecuencia de la misma, también el ejercicio profesional fue reclamado por aquellos médicos titulados. En este sentido, estos profesionales reivindicaron el reconocimiento por parte de una autoridad para ejercer su tarea. No obstante, debemos reconocer dos realidades: por una parte, que existieron diferentes grupos y entre los mismos, incluso diferentes categorías; y por otra, que Europa no se “medicalizó” hasta bien entrado el siglo XIX, es decir, que hasta ese momento los particulares no se inclinaron a la hora de la curación de sus enfermedades por los médicos titulados como primera opción. Así, es a partir del siglo XIX cuando puede afirmarse que la minoría privilegiada compuesta por los alópatas triunfó sobre el resto de los profesionales médicos.

El último de los elementos que hemos considerado como característico de la profesión médica, y que de un modo u otro va a configurar su peculiar desarrollo es la existencia de un particular código de conducta, que va a afectar directamente en el comportamiento hacia los sujetos enfermos. Así, durante el momento de la profesionalización de la actividad médica van a surgir dos vertientes diferenciadas en lo que respecta al comportamiento considerado ético de los profesionales médicos. Por una parte se encontraba el defendido por John Gregory, fundamentado en los principios de

humanidad y tolerancia aunados con una mayor o menor enseñanza ilustrada al paciente, y, aunque se alejó de la idea de comunicación contemporánea, sentó ciertas bases de un modo involuntario pero patente. No obstante, el pensamiento deontológico que trascendió y fue plasmado en los códigos de ética profesionales posteriores, fue el sostenido por Thomas Percival, cimentado en un espíritu cristiano caritativo así como en la idea esencial de que el médico no es más que un “ministro del enfermo” (*minister of the sick*).

Por otra parte, hemos apreciado una serie de manifestaciones que consideramos van a particularizar el ejercicio de la medicina en la época en la que la misma no sólo se profesionaliza, sino que además se seculariza. Así, debemos afirmar que, durante esta etapa histórica es patente una realidad incuestionable que ha sido definida como “edad de la ciencia”, en la que no sólo los científicos van a confiar en la misma, sino que, la opinión pública en general va a ser contagiada por este fogoso espíritu de creencia en que “la ciencia todo lo puede”. En este sentido, surge el “gobierno” del médico como científico, como personaje que va dominar desde arriba la propia naturaleza en general, y la naturaleza en particular del paciente como ser humano. Si en la época medieval se confiaba en el sacerdote médico en base a que el mismo actuaba movido con los principios de misericordia y caridad, ahora dicha confianza se exagera, ya que el médico cuenta ahora con un instrumento evidente e indiscutible: la propia ciencia como recurso ilimitado.

Dicha realidad va a traer como consecuencia una novedosa concepción del ser humano, no sólo del enfermo, sino de la persona en sí misma considerada. Así, debido a la anterior apreciación en la que el científico se entrona como dueño y señor de la naturaleza, el ser humano, como parte de ella, necesariamente va a configurarse como objeto de dicho estudio y novedad científica. En esta apreciación va a concurrir un hecho incuestionable: la transformación evidente de los hospitales medievales en los contemporáneos. En este sentido, la introducción de la clínica en estos centros de investigación y práctica médica va a producir la medicalización de los mismos, que no es más que el triunfo de la ciencia médica y del método clínico. De este modo, la persona enferma quedó expuesta directamente a la mirada de los médicos y fue objeto de una reglamentación e inspección cada vez más inflexibles, y por otra parte, se produjo una cierta derrota de los pacientes, ya que el poder de los médicos quedaba consolidado sobre éstos.

Consecuente a esta situación va a producirse cierto alejamiento entre los elementos conformadores de la relación clínica, el médico y el enfermo, provocando en un momento determinado una situación insostenible que va a propiciar de un modo u otro la revolución futura de los propios pacientes. Pero sobre esta cuestión vamos a tratar en el Capítulo segundo de esta obra.

CAPÍTULO II. LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS

1. LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS COMO VARIANTE DE LOS DERECHOS DE PRIMERA Y SEGUNDA GENERACIÓN. EL MOVIMIENTO DE REIVINDICACIÓN Y DESARROLLO DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS.

Como ya hemos anticipado, previamente a la instauración de los derechos de los enfermos en el ámbito sanitario, se produce históricamente un movimiento emancipatorio tanto en el ámbito religioso como en el político. Este pensamiento liberal occidental naciente en el siglo XVIII e instaurado en el XIX, va a estar fundamentado, al menos inicialmente, por el principio de autonomía privada o libertad individual. No obstante, este proceso, en determinado momento histórico y propiciado por unas concretas circunstancias, extendió su influencia al campo de la medicina.

En este capítulo vamos a tratar sobre el proceso del nacimiento de los derechos humanos en general, así como el paralelismo existente con el de los derechos de los enfermos en particular, las características del movimiento reivindicatorio de los mismos y los elementos propulsores que hicieron posible la materialización de éstos. En la segunda parte de este capítulo veremos cómo, en el proceso de nacimiento de los derechos de los pacientes, resulta de enorme importancia el principio conformador de la bioética como disciplina, que no es otro que el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables y a la dignidad de la persona.

No podríamos adentrarnos en el estudio de los derechos de los pacientes sin antes haber analizado a los derechos humanos en general. Sin la instauración de la idea de la “libertad” en el ámbito político y social, ésta no hubiera podido transmitirse al espacio biomédico y, en particular a las relaciones enfermo-profesional sanitario. Así, surge la cuestión de cuáles son los valores fundamentales que deben de guiar un ordenamiento jurídico, ¿Cuáles son los derechos que se deben reconocer al ser humano? ¿En qué principios se sustenta la proclamación de los derechos humanos? Antes de adentrarnos en las posibles fundamentaciones debemos destacar que existen posturas doctrinales que mantienen que no es necesario ni útil fundamentar los derechos humanos. No obstante estas posturas han sido criticadas en su mayoría⁴⁹⁵.

⁴⁹⁵ Seguiremos principalmente el trabajo de JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La fundamentación de los derechos humanos: Un intento de sistematización”, *Derechos y Libertades, Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, Año VII, Enero/Diciembre, Número 11, 2002, pp. 399-430. Dentro de la primera postura (que apoya que no es útil encontrar un

Siguiendo a Junquera de Estéfani podemos establecer una clasificación de la fundamentación de los derechos humanos. Primeramente puede hablarse de dos vías de fundamentación: la histórico-sociológica (basado en la recopilación de las formas específicas de protección de los derechos fundamentales)⁴⁹⁶ y la de racionalidad teórica (basada en la explicación filosófica de la raíz de los derechos), siendo esta última la que encuentra mayores adeptos. Dentro de ésta podemos encontrar diversos modelos. Los dos fundamentales son: los que encuentran su raíz en criterios externos a la organización social y los que la encuentran en base a criterios internos a la propia organización. En el primer modelo se incluyen distintas fundamentaciones entre las que podemos destacar dos: el modelo iusnaturalista y el modelo axiológico.

Según la “fundamentación iusnaturalista”, podría afirmarse que los derechos humanos encuentran su fundamento en la atrayente idea de la concepción de los “derechos naturales del hombre”, fundamentados en la naturaleza humana⁴⁹⁷. Se vincula los derechos humanos a la existencia de una legalidad u ordenamiento jurídico

fundamento) el autor destaca que los propios redactores de la Declaración Universal de los Derechos Humanos renunciaron a fundamentarlos. Dentro de la segunda postura (no es posible encontrar un fundamento) Junquera nombra a V. Camps que habla de la importancia “del descubrimiento de los derechos humanos, no de la fundamentación.

⁴⁹⁶ Siguiendo a Eusebio Fernández, según la “historicista-positivista”, los derechos humanos son considerados como pretensiones históricamente logradas por la voluntad colectiva y consolidados en normas positivas de rango prioritario. Esta teoría afirma que en lugar de derechos naturales, universales y absolutos se habla de derechos históricos, variables y relativos; y en lugar de derechos anteriores y superiores a la sociedad se trata de derechos de origen social (en cuanto resultado de la evolución de la sociedad), cuyo fundamento estaría en la historia, cambiante y variable. (FERNÁNDEZ, E., “El problema del fundamento de los derechos humanos”, en *Anuario de Derechos Humanos*, Vol. I, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1987, pp. 75-112).

⁴⁹⁷ ARTOLA, M., *Los derechos del hombre*, Alianza Editorial, Madrid, 1986, p. 7. Este autor afirma en las primeras líneas de su obra: “Del mismo modo que las matemáticas se construyen a partir de un número limitado de postulados, los sistemas políticos se levantan sobre la base de ciertos valores que, como aquellos, se afirman sin necesidad de demostración. De los postulados derivan los teoremas de cada matemática, que no son válidos fuera de estos límites, en tanto que de los valores proceden los sistemas políticos, cuya legitimación depende de la congruencia entre aquellos y la correspondiente organización del poder.” En parecido sentido, CastánTobeñas los derechos del hombre son “aquellos derechos fundamentales de la persona humana que corresponden a éste por su propia naturaleza y que deben ser reconocidos por todo Poder y autoridad y toda norma jurídica positiva, cediendo, no obstante, en su ejercicio ante las exigencias del bien común”. (CASTÁN TOBEÑAS, J., *Los derechos del hombre*, Instituto Editorial Reus, Madrid, 1985, pp. 13-14). Así, Bartolomé Cenzano afirma “es el carácter inmanente a la naturaleza humana, y no la concesión o creación del Estado, el origen y fundamento de la libertad y, en definitiva de su carácter inalienable” (DE BARTOLOMÉ CENZANO, J.C., *Derechos fundamentales y libertades públicas*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2003, p. 42).

de carácter objetivo (ley natural), con una fuerza de vinculación superior a las leyes establecidas por los gobernantes.

En lo que respecta al modelo axiológico, vinculan la justificación de los Derechos Humanos a la existencia de unos valores dotados de validez objetiva, de tal modo que los derechos son la concreción de valores como la dignidad, la igualdad, la racionalidad, etc.⁴⁹⁸ Dentro de esta fundamentación, Eusebio Fernández considera los derechos humanos como derechos morales, presentándose como una teoría superadora de las fundamentaciones iusnaturalista e historicista, las cuales aparecen enfrentadas entre sí. Los derechos humanos parten de exigencias derivadas de la dignidad humana. Su pretensión es incorporarse al ordenamiento jurídico. Esas ideas van a aparecer en una particular situación histórica caracterizada por una serie de circunstancias sociales y políticas sin las cuales dichos pensamientos no hubieran encontrado una apoyatura⁴⁹⁹.

En lo que respecta al segundo de los modelos citados, aquellos que encuentran su base en criterios internos a la propia organización, ésta admite diversas fundamentaciones entre las que destacan: la fundamentación desde las necesidades, la fundamentación legalista, la fundamentación consensualista y la consecuencialista⁵⁰⁰. El modelo de las necesidades parte del reconocimiento de un derecho básico como satisfacción de las necesidades ineludibles para desarrollar una vida digna. El modelo legalista establece que los derechos humanos sólo podrán ser considerados verdaderos derechos en el momento que el ordenamiento jurídico los incorpore en forma de normas positivas. Peces-Barba parece encuadrarse en el sistema legalista cuando afirma que “los valores, los principios y los derechos no son Derecho si no se incorporan al sistema jurídico por las puertas por las que entra esa moralidad en el Derecho: el Derecho legal y el Derecho judicial”⁵⁰¹. Por su parte, la fundamentación consensualista afirma que el acuerdo o consenso de los miembros de la sociedad son el principio fundamentador de

⁴⁹⁸ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La fundamentación de los derechos humanos: Un intento de sistematización”..., op. cit., p. 414.

⁴⁹⁹ Esta fundamentación es defendida por Eusebio Fernández, el cual parte de la tesis de que “el origen y fundamento de estos derechos nunca puede ser jurídico sino previo a lo jurídico. El Derecho positivo no crea los derechos humanos, sino que su notable labor está en reconocerlos, convertirlos en normas jurídicas y garantizarlos también jurídicamente”. (FERNÁNDEZ, E., “El problema del fundamento de los derechos humanos...”, op. cit., pp. 96-ss.).

⁵⁰⁰ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La fundamentación de los derechos humanos: Un intento de sistematización”..., op. cit., pp. 417- 418.

⁵⁰¹ PECES-BARBA, G., *Derechos sociales y positivismo jurídico: escritos de filosofía jurídica y política*, Librería-Editorial Dykinson, Madrid, 1999, p. 84.

los derechos. Por último el modelo consecuencialista se fundamenta en que los derechos humanos deben ser protegidos debido a la contribución que realizan para obtener unos mejores resultados (ya sean utilidad, resultados de acción, felicidad, etc.). Todos los modelos citados admiten diversas reservas y parece que ninguno tiene la respuesta absoluta. Lo que sí es cierto es que una fundamentación racional de los derechos humanos es necesaria y así lo demuestran los diferentes tipos de apoyatura en los que pretende cimentarse⁵⁰².

1.1. La dignidad como fundamento de los derechos humanos en general y de los derechos de los enfermos en particular.

Vistas las anteriores teorías fundamentadoras de los derechos humanos podemos afirmar que éstos pueden concebirse como ese mínimo común denominador ético que debe ser respetado por todos. Pero dicha afirmación no responde a la pregunta sobre la principal fundamentación de éstos. Si partimos de la idea de que el Derecho es un instrumento creado por los seres humanos para lograr una organización de la sociedad, así como el desarrollo de cada uno de los individuos que la integran, debemos deducir que ese ordenamiento jurídico creado artificialmente debe tener como fin el respeto de una serie de valores esenciales que caracterice un mínimo de vida digna⁵⁰³. Consecuentemente los derechos humanos van a encontrar su fundamento en torno a un valor esencial inherente a la persona, que no es otro que la dignidad humana. Así, ésta va a constituirse en la razón de ser del nacimiento de todas las Declaraciones de Derechos desde el siglo XVIII (aunque éstas sólo se manifestaran como una reclamación frente al poder del Estado) hasta la época contemporánea, y por tanto, se extenderá necesariamente al reconocimiento de los derechos de los pacientes en particular⁵⁰⁴.

⁵⁰² “El intento de elaborar una fundamentación racional plausible cuenta con el aval de todo tipo de razones: morales, teóricas, lógicas o pragmáticas”. (JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La fundamentación de los derechos humanos: Un intento de sistematización”..., op. cit., p. 430).

⁵⁰³ En este sentido De Miguel afirma que “el Derecho ha de cumplir un objetivo bien definido: lograr que la vida en sociedad se articule sobre el libre desarrollo de los proyectos vitales de sus miembros, de tal manera que éstos puedan crecer en dignidad sin ser molestados por quienes les rodean”. (DE MIGUEL BERIAIN, I., “La dignidad humana, fundamento del derecho”, *Boletín de la Facultad de Derecho*, UNED, núm. 27, 2005, pp. 325-356).

⁵⁰⁴ En realidad podría afirmarse que la dignidad humana es el único derecho que puede tacharse de “absoluto” en las Declaraciones contemporáneas: “En términos generales, la única excepción, muy acusada, a la limitabilidad de los derechos humanos, es seguramente la nacida

Según la postura de Eusebio Fernández, los derechos humanos aparecen como exigencias éticas y atributos que los seres humanos tienen por el hecho de ser hombres y con un derecho igual a su reconocimiento, protección y garantía por parte del poder político. Así la fundamentación ética de los derechos humanos fundamentales se basaría en la consideración de esos derechos como derechos morales, entendiendo por derechos morales el resultado de la doble vertiente ética y jurídica⁵⁰⁵. Esta exigencia ética es el fundamento último del reconocimiento de todos los derechos de las personas, desde la libertad religiosa o de conciencia hasta el derecho a rechazar un determinado tratamiento médico. En efecto, la dignidad puede concebirse como “el valor fundante, la matriz de todos los valores o una suerte de axioma”⁵⁰⁶.

Los orígenes del término dignidad no son empero únicamente contemporáneos, sino que son muy antiguos⁵⁰⁷. La vinculación del ser humano con el término dignidad es un hecho incuestionable desde los inicios de su reconocimiento. Así la dignidad ha sido durante siglos el emblema fundamental en la defensa de los derechos humanos. En la actualidad, cuando hablamos de dignidad humana hablamos de algo que se predica del hombre, y, por tanto, de todo hombre, con independencia de edad, raza, sexo, condición social, cultura, etc.⁵⁰⁸. La dignidad por tanto es, fin y límite de los derechos y por ello se encuentra en un plano superior a los mismos⁵⁰⁹.

de la exigencia de que, en cualquier situación, dentro de la vida social civilizada, quede a salvo la condición de hombre como persona. Está por encima de los poderes del Estado la dignidad humana, en todos sus aspectos, físicos (o externos) y morales. (CASTÁN TOBEÑAS, J., *Los derechos del hombre...*, op. cit., p. 20).

⁵⁰⁵ FERNÁNDEZ, E., “El problema del fundamento de los derechos humanos...”, op. cit., pp. 98-99.

⁵⁰⁶ PANEÁ, J. M., “La imprescindible dignidad”, en Ruiz de la Cuesta, A. (coord.), *Bioética y derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, p. 18.

⁵⁰⁷ Así lo afirma De Miguel: “(...) en el Génesis ya se encuentran rasgos propios de la idea de dignidad, (...) manteniéndose esta concepción religiosa en toda la teología cristiana de la época medieval. (...) En el mundo griego, se elaborará su propio concepto de dignidad, así como en la civilización romana, fundamentada en este último caso de un reconocimiento que otorgaba la comunidad en atención a los méritos de los individuos y que permitía, en consecuencia establecer diferencias entre unas personas y otras por sus comportamientos. La concepción de la dignidad como cualidad fundamentada exclusivamente en lo humano, se desarrollará finalmente en el Renacimiento (...), siendo el siglo XVIII el que vislumbrará la definitiva ascensión de la dignidad humana al olimpo de los términos filosóficos merced predominantemente a los escritos de Kant”. (DE MIGUEL BERIÁIN, I., “La dignidad humana...”, op. cit., pp. 329-330).

⁵⁰⁸ Así, la dignidad nos coloca de este modo en posición de *acreedores*, si hablamos de nuestra dignidad, y en posición de *deudores*, si hablamos de la dignidad del otro. Por ello,

El fundamento de los derechos humanos se asienta en la dignidad humana⁵¹⁰. Esta afirmación podemos trasladarla al campo de los derechos de los pacientes. El derecho fundamental en el que encuentran su apoyo los enfermos entendidos como tales no es otro que el derecho a la salud y en última instancia, el derecho a la vida. Como veremos más adelante, los derechos de los pacientes engloban un amplio y disperso entramado con grandes diferencias entre ellos. Aunque es la autonomía del paciente el fundamental principio inspirador de la emancipación del enfermo, otros derechos tradicionalmente reconocidos como la intimidad o el propio derecho a la vida, encuentran su fundamento último en la dignidad humana⁵¹¹. Con esta idea queremos afirmar que la dignidad fundamenta los derechos de los enfermos desde la antigüedad, independientemente que los derechos adquiridos posteriormente por éstos también encuentren su apoyatura en la misma. Entre ellos la libertad, que es el derecho que los enfermos reivindican históricamente por vez primera a la hora de “emanciparse” en la relación clínica⁵¹².

cuando vemos que un hombre no se eleva, en sentido figurado y amplio del término, sino que, se le *humilla*, se le *rebaja*, se le olvida, o priva, injustificadamente de libertad, de la vida, o de cualquiera otra exigencia reconocida como “derecho”, bien *moralmente*, bien *jurídicamente*, decimos que ha recibido un trato indigno, es decir, que se ha producido un *rebajamiento*, una *caída*, una *degradación* o *humillación* en su condición humana, y ha sido, pues, tratado como si fuera una mera cosa, un objeto sin valor. (PANEA, J. M., “La imprescindible dignidad”..., op. cit., p. 20).

⁵⁰⁹ GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., “La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida”, en FEITO, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004, p. 88.

⁵¹⁰ Este pensamiento esencial ha sido reiteradamente confirmado por nuestro propio Tribunal Constitucional en reiteradas sentencias: “La dignidad es el rango o categoría de la persona como tal”, dignidad que “deben respetar tanto los poderes públicos como los ciudadanos, de acuerdo con los artículos 9º y 10º de la Constitución” (STC 214/1991, de 11 de noviembre); o “Ante la dignidad pues, no caben determinadas acciones de los poderes públicos ni de los particulares. La dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre...constituyendo, en consecuencia, un *mínimum* invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar, de modo que, sean unas u otras las limitaciones que se impongan en el disfrute de derechos individuales, no conlleven menosprecio para la estima que, en cuanto ser humano, merece la persona” (STC 120/1990, de 27 de junio).

⁵¹¹ Recuérdese el propio Juramento Hipocrático que, con las palabras: “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna pesario abortivo” insta un principio básico de firme instauración en los médicos, que es la defensa a ultranza en el derecho a la vida, y la dificultad (por no decir aversión) general de todos ellos de no luchar por la misma. También puede recordarse la aseveración referente a la cláusula del secreto profesional: “Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto”. Esta afirmación no obsta para reconocer que también el derecho a la autonomía trasladado al campo de la biomedicina, basado principalmente en la idea de la libertad, encuentra su fundamento último en la dignidad humana.

⁵¹² También en este caso el Tribunal Constitucional ha destacado la importante relación entre libertad y dignidad: “La libertad no es sólo un valor superior del Ordenamiento jurídico (art.

Podemos establecer así un paralelismo afirmativo: El derecho a la vida es en última instancia el fundamento o la razón de ser de toda persona enferma, ¿Qué busca todo paciente más que la lucha por su vida (no nos adentraremos aquí en cuestiones escabrosas como la búsqueda de la cantidad o de la calidad de la misma)? Por otra parte, como hemos visto, la dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre, debido a esa vinculación esencial entre dignidad y ser humano. La dignidad es inherente al ser humano y éste, por sí mismo y, por el mero hecho de serlo, es digno de respeto y de inviolabilidad. Se produce así una necesaria consecuencia: Entre la dignidad y el derecho a la vida existe una dependencia troncal y relacional y, ¿qué es el fundamento último de protección esencial de cualquier persona enferma si no el derecho a la vida de ésta respetando en última instancia la dignidad de la misma?⁵¹³

Por tanto, la dignidad debe ser tomada en consideración en la regulación y aplicación de todos los demás derechos, pero, con algunos, se encuentra en una relación más estrecha. Es lo que sucede en el caso del derecho a la vida. Esta afirmación nos lleva directamente a una cuestión previamente atisbada: la libertad de cada persona sobre su propia vida y, consecuentemente, al problema de las diversas formas de disposición de la misma. Por tanto, en el campo de los derechos de los pacientes los aspectos libertad y vida se encuentran en muy estrecha concordancia y fundamentados consecuentemente en la dignidad⁵¹⁴.

Pues bien, la dignidad es por tanto el fundamento último en el que encuentran su apoyatura no sólo los derechos humanos en general, sino también los derechos de los enfermos en particular. Veamos cual fue el proceso a través del cual se llegó a su reivindicación, las causas que lo propiciaron, así como su reconocimiento.

1.1CE) sino además un derecho fundamental (art. 17 CE) que está vinculado directamente con la dignidad de la persona, cuya trascendencia estriba precisamente en ser el presupuesto de otras libertades y derechos fundamentales. (STC 147/2000, de 29 de mayo).

⁵¹³ En este sentido, Yolanda Sánchez afirma que dicha relación entre la dignidad y los demás derechos, especialmente el derecho a la vida (art. 15CE), permite avalar la tesis de que “la dignidad también se proyecta sobre el embrión y el feto aunque, como igualmente venimos señalando, dicha proyección se module en razón de situaciones jurídicas y de la tutela debida a otros derechos y libertades”. (GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., “La dignidad como fundamento de los derechos...”, op. cit., p. 88).

⁵¹⁴ Evidentemente en este campo pueden traerse a colación aspectos tales como el suicidio asistido, la eutanasia, la negativa a recibir determinados tratamientos médicos e incluso el aborto. (GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., *Ibíd.*, pp. 88-89).

1.2. El movimiento de reivindicación de los derechos de los pacientes. Elementos coadyuvantes en la reivindicación de la persona enferma como sujeto.

Hemos de recordar el momento histórico reseñado al final del anterior capítulo, en los albores del siglo XIX. En esta época se produce no sólo por los científicos en particular, sino por el público en general, una confianza exacerbada en la ciencia y en los avances tecnológicos logrados. El médico se ve a sí mismo como un científico y a su enfermo como un objeto de estudio de su propio conocimiento. Por otra parte va a introducirse en los hospitales de la época la utilización del método clínico, la investigación y la práctica médica, produciéndose la medicalización de estos centros. Consecuentemente, esta situación va a provocar un cierto alejamiento entre los dos integrantes de la relación clínica, el médico y el enfermo. Si hasta ese momento el médico ha fundamentado su atención sanitaria en propiciar el bien de su enfermo sin contar con la opinión del mismo, a partir de entonces también va a buscar la recuperación de su salud, pero no sólo eso. El paciente va a ser contemplado desde un novedoso punto de vista: un medio para lograr el avance de la ciencia en aras del bien común.

La “crisis” en la relación médico-paciente va a provocar que este último, en determinado momento histórico, sea consciente de la precariedad de su propia situación. Antes de este momento el paciente fue considerado como “enfermo”, sin tener en cuenta en múltiples ocasiones que se trataba de una persona portadora de una enfermedad. Más adelante, no sólo se le consideró “enfermo”, sino que, con el avance de la ciencia, es visto como un mero “objeto científico”. La posición que ocupa el enfermo en ese momento ha sido equiparada a la que desempeña el trabajador perteneciente a la clase obrera en el transcurso de la lucha de clases del siglo XIX⁵¹⁵. Consideramos que también puede asemejarse con la postura del individuo que cuestionó las bases que sustentaban el Antiguo Régimen o incluso con numerosos movimientos revolucionarios

⁵¹⁵ Así lo han afirmado Lázaro y Gracia: “Entre los siglos diecinueve y veinte se habría producido una auténtica “rebelión del sujeto” que obligó a los médicos a introducir en su pensamiento y en su práctica los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad: es la denominada “introducción del sujeto en la enfermedad”. Esta rebelión del sujeto tiene dos aspectos diferentes: el social y el clínico. El primero se refiere a la lucha del proletariado contra las condiciones miserables en que se desarrollaba su vida a raíz de la revolución industrial”. (LÁZARO, J. y GRACIA, D.: “La relación médico-enfermo a través de la historia”..., op. cit., p. 11).

que se revelaron ante la situación tradicional establecida⁵¹⁶. O incluso pueden buscarse sus más primigenias raíces en la negativa de los individuos a la imposición por parte del poder político de un credo determinado, conformando la libertad de conciencia y de religión como uno de los principales impulsos de los modernos derechos humanos y libertades públicas⁵¹⁷. Sin esas reivindicaciones ante el autoritarismo del poder político, no hubieran surgido los derechos humanos en general ni los derechos de los enfermos en particular. En este sentido puede afirmarse que la finalidad formal de la reivindicación de los derechos humanos no es otra que la lucha contra la arbitrariedad de poder. En el caso que nos concierne llegó un momento que el poder no sólo del médico en particular, sino del sistema sanitario en su conjunto se tornó en autoritario obviando la propia voluntad del paciente. La idea de libertad en el ámbito bio-médico va a traducirse, a través de la idea de autonomía, en la idea de la libertad de decisión en lo que respecta a cualquier actuación sanitaria. Lo cierto es que determinadas circunstancias propiciaron que el individuo enfermo reivindicara que le fuera reconocida su propia individualidad, que su opinión fuera tenida en cuenta en el ámbito reservado a su salud, petición insólita hasta ese momento. Esta inicial reivindicación, al igual que otras muchas, va a desembocar en un final reconocimiento expreso de ese derecho del paciente. Por otra parte, quizás el paralelismo que se ha observado entre el movimiento social y el clínico se deba a que históricamente se producen en épocas simultáneas aunque este último con mayor lentitud. En realidad la rebelión clínica o de los enfermos puede ser contrastada con múltiples reivindicaciones de derechos o libertades, y no es más que la traslación de la demanda de éstos al campo bio-sanitario.

⁵¹⁶ Es lo que algún autor ha denominado “rebelión del coro” haciendo referencia a un movimiento generalizado de rebelión por parte de la vida cotidiana, saliéndose del lugar asignado al coro aunque conservando su fisonomía propia. Ahí podrían incluirse el movimiento de liberación femenina, las minorías étnicas, los sin casa, los inválidos, los homosexuales o los jóvenes. (NUN, J., “La rebelión del coro. Estudios sobre racionalidad política y el sentido común.”, *Punto de vista*, Buenos Aires, mayo de 1984, n° 20, pp. 6-11). Nosotros hemos incluido en esta rebelión a los sujetos enfermos que, en determinado momento, van a reivindicar que su opinión sea tenida en cuenta en el proceso de la salud-enfermedad.

⁵¹⁷ Puede afirmarse que los actuales derechos y libertades son fruto de intensos conflictos sociales y políticos que tuvieron lugar desde los inicios de la Edad Moderna, en especial con ocasión de las luchas religiosas a que dio lugar la Reforma Protestante de Lutero y todos aquéllos reformadores que le siguieron. La solución “*Cuius regio, eius religio*”, que bien pudiera ser válida para poner fin a las múltiples disputas religiosas entre los diferentes Estados, distaba mucho de acomodarse a las nuevas exigencias nacidas de una nueva visión del hecho religioso y moral, caracterizadas por un profundo individualismo, que constituyeron junto con la exaltación de la fe y del conocimiento de textos bíblicos, pilar fundamental de la Reforma Protestante. (DE BARTOLOMÉ CENZANO, J.C., *Derechos fundamentales y libertades...*, op. cit., p. 41).

Consideramos que esta reclamación estuvo fundamentada y caracterizada por una serie de factores integrantes que veremos a continuación: por una parte la idea de libertad y el reconocimiento de la propia subjetividad en la relación clínica, materializada en la autonomía o capacidad de decisión de todo individuo en el ámbito de su propia salud. Por otra, la reivindicación de un orden social distinto más igualitario, que se expresa no sólo en una pretendida libertad de ejercicio de la profesión, sino además en la lucha contra las diferencias en el trato sanitario en contra de la existencia de una medicina para ricos y otra para pobres.

1.2.1. *La libertad en el ámbito bio-médico. El reconocimiento de la subjetividad de la persona enferma.*

En primer lugar el elemento fundamental sin el cual la reivindicación de los derechos de los pacientes no hubiera tenido lugar es la conformación de la idea de libertad. En un determinado momento, que no es otro que el coincidente con las revoluciones del siglo XVIII, surge un pensamiento revolucionario que cuestiona por vez primera tanto el orden político como el social imperante en Europa desde la Alta Edad Media⁵¹⁸.

Diversos autores conformaron ideales que sirvieron de sustento para el arranque y desarrollo posterior de los diferentes movimientos revolucionarios. En este sentido, fue John Locke uno de los principales precursores de la instauración de los derechos humanos negativos o derechos civiles y políticos. El ataque que su pensamiento produjo en el principio del paternalismo (en la esfera política, y de un modo reflejo en la médica) es indudable, y así queda reflejado en su *Ensayo sobre el Gobierno Civil*:

“Adán no tenía, como se pretende por alguien, ni por derecho natural de paternidad ni por atribución positiva hecha por Dios, una autoridad de esa clase sobre sus hijos, ni semejante dominio sobre el mundo.”⁵¹⁹

La aplicación del paternalismo en este párrafo se refiere a la primigenia situación: el ámbito familiar, en el que el padre posee una especial e indubitada autoridad sobre la voluntad de sus hijos. Pues bien, lo que dicho autor afirma en este punto es que este

⁵¹⁸ El fundamento general que propició ese proceso revolucionario fue que ese orden existente ni era justo ni verdaderamente natural e iría en contra de los imperativos de la justicia, sea cristiana o secularizada la idea que de ella se tenga, y contra los postulados de la naturaleza. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 128).

⁵¹⁹ LOCKE, J., *Ensayo sobre el gobierno civil*, Ediciones Aguilar, Madrid, 1990, p. 3.

poder reconocido tradicionalmente como divino debe ser relativizado. Así, Locke realiza esta afirmación ubicada en la relación del padre para con sus hijos y luego la extiende para combatir el poder absoluto del monarca o del gobernante. Del mismo modo, esta objeción al dominio de un ser humano sobre otro puede ser extendida al que el médico ejerce sobre la voluntad de su paciente. Así, Locke afirma:

“La autoridad que poseen los padres sobre los hijos se deriva de la obligación en que están de cuidar de ellos mientras se encuentran en el estado imperfecto, propio de la niñez. Lo que los hijos necesitan, y lo que incumbe a los padres, es dirigir las acciones de sus todavía ignorantes menores de edad, hasta que la razón haya adquirido su desarrollo y los libre así de semejante tarea”⁵²⁰.

Así, lo que se trasluce de estas palabras es que los padres deben ejercer la voluntad en lugar de sus hijos de un modo temporal, permitiendo a éstos cuanto antes el ejercicio de aquellos derechos que por su propia naturaleza le corresponden. Pudiera objetarse que estas ideas liberales surgieron con el fin de justificar la revolución inglesa de 1688 legitimando así los nuevos poderes de la incipiente clase social de comerciantes e industriales. No obstante, no debe obviarse el mayor logro conseguido por parte de la obra de Locke, no sólo en Inglaterra sino en todo Occidente, que no es otro que el abandono del derecho divino e incuestionable del poder absoluto de los reyes así como el triunfo del Parlamento como creación del pueblo. Por otra parte, su pensamiento constituye uno de los de mayor influencia en la conformación de la teoría de los derechos humanos, al reivindicar de modo innovador la libertad de conciencia, la protección de la vida y la propiedad, que habrían de erigirse como criterio y medida de legitimación del poder político⁵²¹.

Evidentemente no sólo las ideas de Locke van a influenciar en el nacimiento y configuración de los derechos humanos en general y, de modo reflejo, en los derechos de los pacientes en particular. Otros grandes teóricos fomentaron la cultura de los derechos humanos, o más bien, la ética del pensamiento autonomista y liberal entre los que podemos destacar a Adam Smith o a Stuart Mill, aunque no vamos a adentrarnos en

⁵²⁰ *Ibídem*, p. 71.

⁵²¹ Así, en otra de sus obras Locke afirma: “El Estado es, a mi parecer, una sociedad de hombres constituida solamente para procurar, preservar y hacer avanzar sus propios intereses de índole civil. Estimo además que los intereses civiles son la vida, la libertad, la salud, el descanso del cuerpo y la posesión de cosas externas” (LOCKE, J., *Carta sobre la tolerancia*, Tecnos, Madrid, 1985, p. 8).

su pensamiento por exceder el objetivo de este trabajo⁵²². Así, este pensamiento podemos ubicarlo predominantemente en el siglo XVIII, a partir de la lucha entablada contra el reiterado ejercicio del despotismo y absolutismo del poder⁵²³.

En el campo que particularmente nos atañe debemos volver a hacer una necesaria referencia al médico y profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Edimburgo, John Gregory, cuya obra de finales del siglo XVIII es netamente significativa y precoz. El autor del que vamos a tratar es un ejemplo paradigmático de la traslación del modelo liberal al ámbito de la medicina. En su obra *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos del médico*, se aprecian dos pensamientos liberales (o más bien un pensamiento liberal aplicado en dos vertientes), más encomiables quizás por el hecho de que éste fuera un profesional de la medicina⁵²⁴. En primer lugar Gregory realiza un desacostumbrado (en tanto que proviene de un profesional médico) ataque al ejercicio monopolista de la medicina o arte de curar, al más puro estilo de Adam Smith. Sobre este asunto trataremos en el siguiente subepígrafe, debido a su estrecha relación

⁵²² En este sentido Adam Smith propició la conformación de la moderna ideología autonomista y liberal en lo referente a la afirmación de la “necesidad del egoísmo para la vida”, cuya coartación resultaría siempre pernicioso para el sector económico, ya que estimula el ahorro y fomenta el deseo de mejorar: “La parsimonia, al aumentar el capital que se destina a dar ocupación a manos productivas, contribuye a aumentar el número de aquellas cuyo trabajo agrega algún valor a la materia que elaboran, contribuyendo así a incrementar el valor a cambio del producto anual de la tierra y del trabajo del país.” (SMITH, A., *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, Fondo de Cultura Económica, México, 1958, p. 306). Este pensamiento no es incompatible con la afirmación de la existencia de un sentimiento de “simpatía” hacia el prójimo: “Por más egoísta que quiera suponerse al hombre, evidentemente hay algunos elementos en su *naturaleza* que lo hacen interesarse en la suerte de los otros de tal modo, que la felicidad de éstos le es necesaria, aunque de ello nada obtenga, a no ser el placer de presenciarla”. (SMITH, A., *Teoría de los sentimientos morales*, Fondo de Cultura Económica, México, 2004, p. 29). Aunque el pensamiento de Smith sea el sustrato principal de la economía liberal, siempre va a precisar de un tipo de institución política también liberal y democrática. En lo que respecta a Stuart Mill éste combatió cualquier sistema distinto del liberal, refiriéndose a la libertad civil, no el libre albedrío: “Aquellas acciones, de cualquier clase que sean, que sin causa justificada perjudiquen a alguien, pueden y deben ser controladas (...) De este modo la libertad del individuo queda así bastante limitada por la condición siguiente: no perjudicar a un semejante” (STUART MILL, J., *Sobre la libertad*, Aguilar, Barcelona, 1983, p. 70).

⁵²³ Bobbio ha afirmado que la libertad asume históricamente una determinada forma según la forma que asuma en la historia el poder. Así, la Revolución francesa fue la empresa política a través de la cual los frutos de la filosofía ilustrada fueron recogidos y difundidos por el mundo. (BOBBIO, N., *Igualdad y libertad*, Ediciones Paidós, ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 1993).

⁵²⁴ Nos referimos a pensamientos que en el tradicional pensamiento médico tienen gran raigambre histórica y decisiva consistencia, aún hoy en día: por una parte la medicina como actividad monopolista y por otra, el paternalismo como principio fundamental de asistencia al enfermo.

con la libertad de ejercicio y el acceso igualitario a una medicina de calidad. En cualquier caso podemos anticipar que la pretendida vía del ejercicio libre o no monopolista de las profesiones sanitarias defendidas por los teóricos del liberalismo parece definitivamente enterrada salvo en muy contadas ocasiones⁵²⁵.

Quizás por ello se creó un nuevo énfasis en los derechos de libertad de información y de decisión. En este sentido y en segundo lugar, también Gregory plasmó un original pensamiento en la práctica médica tradicional, trasladando el espíritu liberal al campo de la medicina. Nos referimos a un incipiente reconocimiento de la autonomía del enfermo:

"Todos los hombres tienen derecho a hablar cuando se trata de su salud y de su vida, ¿y por qué razón se podría quitar ese derecho a un amigo que cree conservar la vida de su amigo con el remedio que propone? La política y el orden le obligan a someterse al juicio del Médico; pero no está éste menos obligado a oírlo atentamente, y a examinar de buena fe aquello que quieran encomendar a su discernimiento. Si merece realmente su aprobación, debe confesarlo con franqueza, y ponerlo inmediatamente en ejecución; si, por el contrario, lo cree verdaderamente perjudicial, debe declararlo por tal; pero de modo que haga ver que su opinión no tiene otro origen que la íntima persuasión de quererlo así, y de ningún modo el resentimiento o la obstinación. Si el enfermo está resuelto a hacer la prueba de un remedio intempestivo o peligroso, el Médico debe negar absolutamente su consentimiento; pero no tiene derecho alguno para quejarse de que no hayan seguido su dictamen⁵²⁶".

Como puede observarse en sus palabras aún se atisba gran dosis de paternalismo pero no obstante, debemos reconocer que el autor reconoce de modo explícito "el derecho de toda persona de hablar sobre su salud y su vida". Este pensamiento no es más que una manifestación de una primigenia libertad en el ámbito bio-médico, que no es otra que la decisión última sobre la salud y la vida de la persona enferma. Además, es importante

⁵²⁵ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 151. Incluso en los Estados Unidos, país donde los médicos más empeñadamente defienden el ejercicio libre de su profesión, éste no existe de un modo total y pleno. En realidad, aun no siendo socialistas, todos los países occidentales han socializado en mayor o menor medida no pocos de sus servicios y actividades, entre ellos la asistencia médica. (LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 199).

⁵²⁶ GREGORY, J., *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos del médico con el método de sus estudios*, Madrid en la Imprenta Real, Madrid, 1803, pp. 42-43.

resaltar que, aunque Gregory realiza una matización en la que precisa que el médico no podrá consentir un tratamiento perjudicial para el paciente, esto no significa que tenga el derecho absoluto de imponer su voluntad:

“Si el enfermo está resuelto a hacer la prueba de un remedio intempestivo o peligroso, el Médico debe negar absolutamente su consentimiento; pero no tiene derecho alguno para quejarse de que no hayan seguido su dictamen⁵²⁷”.

Consideramos que el significado de estas palabras trasciende de modo absoluto el pensamiento paternalista imperante en la época: el paciente tiene la libertad de actuar libremente sobre su propio cuerpo, al menos en teoría. Otra de las manifestaciones de la libertad del enfermo en el ámbito que nos concierne es aquella referente al derecho que éste tiene de conocer su propio estado de salud-enfermedad (ya que es la base fundamental para poder tomar una decisión al respecto en este ámbito). También aquí Gregory realiza una referencia al respecto:

“Una de las ocasiones en que más comprometido se halla el Médico es cuando tiene que declarar a sus enfermos el peligroso estado en que se hallan, en cuyo caso es algunas veces disimulable y aún necesario apartarse de la verdad⁵²⁸”.

Tal y como vemos con estas palabras, el pretendido respeto por la autonomía del paciente cede en el momento de ir a proporcionar determinada información a éste sobre su estado de salud. Es lo que se conoce por “privilegio terapéutico” o “necesidad terapéutica”, imperante en todos los tiempos, e incluso en la actualidad aplicable en nuestra legislación vigente⁵²⁹. Gregory justifica ese silencio (o incluso engaño) con las siguientes palabras:

⁵²⁷ *Ibídem*, pp. 42-43.

⁵²⁸ *Ibídem*, p.43.

⁵²⁹ En este sentido nuestra ley patria Ley 41/2002, en su art. 5.4. se refiere a esta idea: “El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave”. (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 de noviembre de 2002).

“Porque sucede con frecuencia hallarse un enfermo en grave peligro de su vida, y recobrar su entera salud, si no conoce el riesgo a que está expuesto de perderla⁵³⁰”

Así el razonamiento que se achaca es muy simple: si la gravedad de la enfermedad es tal que ya no tiene solución, ¿para qué hacer sufrir al paciente con el conocimiento de la misma? Y, en caso de que éste se recuperase, ¿no es mucho más aconsejable no hacerle llevar carga con ese sufrimiento? Pero no siempre el profesor aconseja omitir la veracidad del peligro de la enfermedad:

“Por otra parte puede suceder, y sucede muy frecuentemente, hallarse un hombre acometido de una grave enfermedad, sin haber puesto en orden sus asuntos, de cuya disposición puede depender la felicidad de su familia. En este caso y en otros semejantes conviene que el Médico con dulzura y prudencia haga al enfermo alguna insinuación sobre el peligro de la enfermedad, y obligación en que se halla de desempeñar un deber tan necesario; pero tanto en semejantes casos, como en todos, importa no ocultar nunca a los parientes la verdadera situación del enfermo: la justicia lo exige así, pues mediante esta declaración podrán recurrir, si lo estiman por conveniente, a otros socorros más superiores⁵³¹”.

En el texto se observa un marcado carácter paternalista, cuestión a todas luces lógica, ya que se trata de una obra de finales del siglo XVIII, aunque el audaz intento de Gregory tampoco debería de ser obviado. No obstante a pesar del apogeo de los ideales de libertad en esta época, en el ámbito de la salud aún quedaba mucho por hacer. La plasmación de la libertad en este campo va a quedar enarbolada por el principio de la autonomía del paciente materializada finalmente en la teoría del consentimiento informado. En este proceso va a ser la jurisprudencia norteamericana la que propulse esta nueva tesis y no la práctica médica, que ha sido tradicionalmente ajena al principio de autonomía⁵³².

⁵³⁰ GREGORY, J., *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos...*, op. cit., p. 43.

⁵³¹ *Ibíd.*, pp.43-44.

⁵³² En este sentido diversos autores han citado en sus trabajos la obra de Martin S. Pernick, que intentó secuenciar el grado de sensibilidad social que despertaron las prácticas médicas en torno a la noción de información y a la de consentimiento a lo largo de los dos últimos siglos. Pernick estableció tres períodos diferenciados: el primero que va desde 1780 a 1890 y que está

Además de la traslación de la idea de libertad en forma de autonomía de decisión en el ámbito de la salud va a producirse otro hecho reivindicativo revolucionario que no es otro que el reconocimiento como persona de la persona enferma. Así como hemos visto anteriormente fue V. von Weizsäcker el que introdujo una de las mayores novedades en la medicina actual: la introducción del sujeto en medicina. A diferencia de la rebelión social de la que trataremos seguidamente que fue mucho más ruidosa, ahora la rebeldía va a ser menos violenta y visible, más sutil. El paciente, en efecto, va a protestar contra la objetivación misma, contra el hecho de que, siendo él persona, sujeto dotado de inteligencia, intimidad y libertad, se le trate como puro objeto⁵³³.

Parece que la razón por la cual la persona enferma se reconozca como ser humano y no tanto como objeto fue el apogeo de la psiquiatría y el aumento indudable del fenómeno neurótico, así como su detección. No es hasta el siglo XIX cuando la psiquiatría se constituye como disciplina autónoma. Hasta bien entrado el siglo XVIII,

marcado por la negligencia, el segundo de 1890 a 1920 signado por la agresión física o la coacción, y el tercero de 1954 a 1972 por la aparición del consentimiento voluntario y del consentimiento informado.

En el primer período señalado, las dificultades con la información y el consentimiento del paciente fueron clasificadas por los tribunales como casos de negligencia o mala práctica profesional. Sin embargo, por regla general estos deslices no resultaban punibles en tanto se hubiera respetado el principio de mayor interés del paciente, y éste fuera incapaz o incompetente.

La novedad que aportó el segundo período estudiado por Pernick estuvo constituida por las denuncias de víctimas involuntarias de la cirugía que acusaban a sus médicos de agresión o coacción (*battery*), y ya no de negligencia (*negligence, malpractice*) como en el período anterior. Algunos profesionales operaban sobre los cuerpos de sus pacientes sin que mediara un conocimiento o consentimiento expreso, y por tanto, los jueces entendieron que esa violación del principio de permiso lesionaba la autodeterminación de los pacientes así como hubieran lesionado los derechos de cualquier otro hombre, disminuido o no por una enfermedad. Aún la cantidad y calidad de la información a suministrar al paciente para obtener ese consentimiento no quedaba estipulada en los dictámenes judiciales, pero ya se percibían en el horizonte nuevos aires.

La expresión "consentimiento informado" (*informed consent*) fue utilizada por primera vez en Estado de California (USA) en 1957, con ocasión del pleito *Salgo contra Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees*. La sentencia aclara que el cuerpo médico está obligado a "obtener el consentimiento" del enfermo y, además, a "informar adecuadamente" al paciente antes de que proceda a tomar una decisión. En otros términos, la sentencia subraya el derecho del enfermo a una información de calidad y la obligación médica de brindar esa información relevante. El caso *Nathanson versus Klines* selló, en 1960, el ingreso del consentimiento informado a la órbita sanitaria y, desde entonces, se lo incorporó como parte constitutiva del acto médico. (CECCHETTO, S., "Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina", *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.* 5 (2): 77-87, Dic. 2000-6 (1), Junio 2001: 7-14, en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5-6n2-1/art3.pdf> (Última visita 21/5/2013); GRACIA, D., *Fundamentos...*, op. cit., pp. 155-173).

⁵³³ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 134.

sin contar con las versiones demoníacas de la patología mental, perdura con diversas modulaciones la teoría de los humores. Bien es verdad que ya a lo largo de los siglos XVII y XVIII la alteración mental va adquiriendo un significado positivo que, al permitir entenderla en términos de enfermedad, la va ubicando social y antropológicamente en un nivel análogo al de otras alteraciones tratadas por el médico⁵³⁴. Así, el enfermo empieza a ser tenido en cuenta en la medicina. Es el momento en que *su* biografía y lo que supone la enfermedad para *consigo* son incluidas en el método científico: la medicina integra así los aspectos psíquicos y somáticos del ser humano, considerando a la enfermedad como un episodio biográfico, que incluye al sujeto en el objeto y que abarca también lo político, económico, religioso y social⁵³⁵. Así, la escucha en silencio (fundamento de la medicina psicosomática del mundo anglosajón) de lo que manifiesta el enfermo se hace imprescindible, atendiendo de forma novedosa a la subjetividad de éste.

1.2.2. *La igualdad en el ámbito bío-médico. La rebelión social y la lucha por una asistencia médica igualitaria.*

La idea de libertad una vez aplicada en el ámbito de la salud no sólo puede ser contemplada desde el punto de vista subjetivo del paciente sobre el que hemos tratado en el punto inmediatamente anterior. En estrecha relación con el principio de igualdad vamos a tratar de la libertad aplicada en la actividad de la profesión de la medicina⁵³⁶.

⁵³⁴ La doctrina “natural”, física, de la alteración psicopatológica estaba fundada sobre la idea hipocrática y, más tarde galénica, de la “naturaleza” humana. De este modo, en 1765, un clínico tan destacado como A. Ch. Lorry, en su monografía sobre la melancolía, explicaba aún la locura como una alteración de la bilis y el estado elástico de las fibras. (REY GONZÁLEZ, A., “La Psiquiatría en la España del siglo XIX”, en Aparicio Basauri, V. (compilador), *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*, Arán Ediciones, Madrid, 1997, p. 43).

⁵³⁵ Este es el fundamento de la medicina antropológica de Weizsäcker, en la que el médico debe analizar completamente todas las etapas de la historia clínica e interpretarlas correctamente en relación al estado de su conocimiento. Por tanto el escuchar al enfermo y recopilar sus vivencias en la historia clínica no conforman otro hecho más que la introducción del sujeto enfermo en la medicina. Esta apreciación puede observarse en el escrito *La historia clínica* que habla del peregrinaje de un campesino aquejado de un dolor abdominal hasta el médico que logra encontrar una solución a su mal, el profesional que consigue conjugar estado clínico actual con realidad biográfica del paciente. (WEIZSÄCKER, V.V., *Escritos de antropología médica*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009, pp. 111-135).

⁵³⁶ La vinculación existente entre la libertad de ejercicio de una determinada profesión y la igualdad queda patente en el momento de la aplicación de las reglas del libre mercado. La idea que los teóricos liberales albergaban era la siguiente: en el momento que la medicina fuera un bien no sometido a un ejercicio monopolístico, el público podrá acceder a una asistencia médica de calidad de modo igualitario y uniforme. Esa es la razón por la cual hemos tratado esta sub-aplicación de la libertad en este apartado.

En este sentido volvemos a referirnos a Gregory y su obra *Deberes, cualidades y conocimientos del médico* ya conocida.

El profesor inicia su particular elogio al ejercicio libre de curar (y de elección del médico por parte del enfermo) amparándose en la defensa de un conocimiento práctico, en contra de aquellos profesionales que se autoproclaman como meramente teóricos:

“La Medicina no es únicamente una ciencia especulativa que se puede adquirir sólo por medio del estudio; es un arte activa y práctica que no se puede ejercer convenientemente sino después de haberla practicado mucho tiempo. (...) Figurémonos un mancebo destinado al oficio de marinero; supongamos que ha empleado los primeros años de su educación al estudio de las Matemáticas, de la Física, de la Navegación, sin haber visto en toda su vida la mar; ¿Cuál será su situación al presentarse por la primera vez en la embarcación? Podría ciertamente discurrir sobre las fuerzas mecánicas, sobre el atrito, sobre la naturaleza de los efluvios magnéticos, sobre la teoría de los vientos; y en una palabra, acreditar su suficiencia e instrucción en las diferentes partes de su profesión; ¿Pero será capaz ni aún para manejar una cuerda? ¿Sabrá subir a los mástiles y amarrar las velas? ¿Será capaz de hacer observaciones en un mar borrascoso? ¿Será capaz de hacer alguna maniobra a bordo del navío? ¿Habría quien quisiese fiarse de semejante piloto? Tal es la posición en que se halla un Médico principiante que ha seguido todos los cursos de la facultad con puntualidad y aprovechamiento, y posee los mejores principios relativos a las diferentes partes de su profesión, menos la práctica⁵³⁷”.

Así, el profesor de medicina de la Universidad de Edimburgo lo que hace con estas palabras es elogiar la necesidad de la formación práctica en la profesión médica. No obstante, llegado a un punto el autor se detiene para criticar a aquellos profesionales médicos que se “han acomodado” en su situación, sin contribuir al progreso de su ciencia:

⁵³⁷ GREGORY, J., *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos...*, op. cit., pp. 253-254.

“Pero volviendo a nuestro intento, procuraré hacer ver lo perjudicial que ha sido a los progresos de nuestro arte el limitar el estudio y práctica de la Medicina a una clase de hombres que viven de ella por estado.

No hay cosa que pueda contribuir más eficazmente a los progresos de un arte que hacer ver a los que practican el interés que a ellos mismos resulta de contribuir a su perfección; pero sucede por desgracia que esta atención que necesariamente debe merecernos nuestro interés particular, viene a ser incompatible con aquel espíritu y aplicación que exige la ciencia para su adelantamiento los mismos motivos que mueven en general las operaciones de los hombres, influyen igualmente en las de los Médicos⁵³⁸”.

Lo que Gregory pretende anticipar con dichas palabras no es más que la defensa a ultranza del ejercicio libre de la profesión médica dejando al público su propia elección, es decir, permitiendo el libre juego de la oferta y la demanda entre el profesional médico y el potencial paciente. Si una opinión externa a nosotros mismos enjuicia nuestra actividad profesional, esto nos llevará a una actitud de sacrificio, de lucha por nuestra propia mejora, por perfeccionarnos día a día; ofertando de este modo una ocupación óptima.

“Pero hay en nuestra profesión una singularidad muy notable; el artista más ordinario no tiene otro medio para distinguirse en su estado que el de sobresalir por su habilidad, porque el público es su único juez, y si es mal artesano, no tendrá ni obras que trabajar, ni esperanza de lograr reputación. ¿Puede ninguno brillar en el foro, sin acreditar en el tribunal los talentos de un hábil abogado? Allí debe dar todos los días pruebas evidentes de su erudición, de su buena fe y de su elocuencia, que el público juzga y estima según su justo valor. (...) En una palabra, al público es siempre a quien compete en propiedad el derecho de apreciar los talentos de un miembro de cualquiera profesión, y en general la recompensa es siempre justa y proporcionada a su mérito⁵³⁹”.

Obsta decir que las pretensiones en contra del ejercicio monopolístico de la medicina no dieron su fruto, ni tan siquiera durante la exaltación del espíritu liberal, y ha sido una de las cuestiones más debatidas en épocas contemporáneas. Si se pretende que la

⁵³⁸ *Ibíd.*, pp. 260-261.

⁵³⁹ *Ibíd.*, pp. 261-262.

profesión médica sea sometida a los movimientos del libre mercado, como cualquier otra actividad comercial, el problema que subyace en definitiva es rebatir su carácter de profesión con una “moralidad especial” dotada al fin y a la postre de su carácter monopolístico y de una gran impunidad jurídica⁵⁴⁰. En cualquier caso, y como ya anticipamos anteriormente la pretensión del ejercicio libre o no-monopolista de las profesiones sanitarias ha quedado en una tarea infructuosa, aunque las razones también hayan girado en torno a la concepción del derecho a la salud como bien protegible por los gobiernos. En un sistema de “medicina socializada” difícilmente va a darse un ejercicio de libre competencia entre los profesionales de la sanidad, aunque lo frecuente en los países es que se dé una convivencia armoniosa entre los dos sistemas.

Además de la idea de libertad anteriormente expuesta que surge contra el abuso de un poder externo, en el ámbito sanitario también va a pretenderse una idea de igualdad. Es decir, el sujeto no sólo reivindicó que su opinión comenzara a tenerse en cuenta dentro de la relación clínica (libertad-autonomía), sino que además también pretendió que esa asistencia médica fuera lo más igualitaria posible (igualdad-equidad).

Anteriormente ya vimos la escabrosa situación de los hospitales occidentales en los que los enfermos acudían prácticamente sin ningún tipo de esperanza de curación. Por otra parte, la industrialización de la sociedad occidental en el siglo XIX y primeros lustros del XX que llegó como desenlace de las ideas de los teóricos liberales del pasado siglo, propició graves perjuicios sobre determinados sustratos sociales y el consecuente nacimiento de nuevos teóricos en contra del sistema imperante⁵⁴¹. Describiremos el desenlace de esta situación así como el consecuente rebatimiento de la misma.

⁵⁴⁰ Hace pocos años Gracia afirmaba que “las diferencias clásicas entre oficios y profesiones comienzan a reducirse, hasta el punto de que hoy ya no es posible seguir hablando de una “moralidad especial” de las profesiones a diferencia de los oficios. Hay, sí, peculiaridades relacionadas con el tipo de actividad que se realiza. Pero esto no afecta sólo a las profesiones clásicas sino a todos y cada uno de los roles ocupacionales”. (GRACIA, D., “Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto?”, *Rev. Esp. Salud Pública*, N°5; 80: 457-467). Estas palabras denotan que las pretensiones del carácter cerrado y monopolistas de la profesión médica (sobre todo por parte de quienes la ejercen) son tan antiguos como el mismo ejercicio de la medicina.

⁵⁴¹ La idea soñada de la Revolución industrial se basaba en una ruptura radical con un pasado de pobreza y bajo crecimiento y el comienzo de una nueva era brillante en la cual la productividad, la población, el producto y el cambio tecnológico crecieran con rapidez. (VOTH, H. J., “La discontinuidad olvidada: provisión de trabajo, cambio tecnológico y nuevos bienes durante la Revolución Industrial”, *Revista de Historia Industrial*, N°32, Año XV, 2006, pp. 13-32).

Aunque el término denominado transición sanitaria se refiere al proceso general a través del cual las poblaciones han pasado de un régimen demográfico tradicional, con altas tasas de natalidad y mortalidad, a un régimen demográfico moderno caracterizado por mostrar bajas cifras de natalidad y de mortalidad⁵⁴², este principio decae en el caso particular que pretendemos estudiar. Así, en el proceso de transformación socioeconómica de las denominadas sociedades tradicionales (dominadas por la producción agrícola) a las sociedades industriales, hay que señalar que muchas de estas transformaciones, al menos en una primera etapa, lejos de constituir un signo de pretendido progreso económico, trajeron como consecuencia una serie de efectos colaterales. Así, las tasas de crecimiento posteriores a 1760 (punto de partida estándar de la Revolución Industrial) resultan hoy en día pequeñas en comparación con las inicialmente sugeridas. Incluso se ha afirmado que, en Inglaterra, fue el cambio estructural (es decir, la caída rápida del peso agrícola en la economía) y no el crecimiento más rápido, lo que constituyó la diferencia clave respecto a anteriores fases de la historia económica británica⁵⁴³.

Vamos a contemplar el caso de Gran Bretaña como cuna de la revolución industrial, pero las ideas que describimos son en mayor o menor medida equiparables a las de otros países europeos⁵⁴⁴. En este sentido, durante la revolución industrial no sólo se produjo una productividad mucho menor de lo deseable, sino que a este hecho hay que sumar un considerable deterioro de las condiciones de salud y un empeoramiento de los niveles de vida, dos cuestiones estrechamente relacionadas. Así lo exponía Engels al hablar de las condiciones del proletariado industrial en Inglaterra:

“El gran establecimiento industrial requiere muchos obreros, los que trabajan juntos en un edificio; deben vivir juntos, forman ya una villa, aun cuando la fábrica es pequeña. Tienen necesidades, y para satisfacerlas, es necesaria otra

⁵⁴² Así, completar la transición demográfica ha comportado, para las poblaciones que lo han conseguido, ajustar los niveles y las tasas de natalidad y mortalidad, a través de la lucha exitosa contra la enfermedad y la muerte, pero también a través del control efectivo de la fecundidad. (BERNABEU MESTRE, J., “Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942”, *Boletín de la Asociación Demográfica Histórica*, XVI, II, 1998, pp. 15-38).

⁵⁴³ VOTH, H. J., op. cit., p. 14.

⁵⁴⁴ En el caso de Francia, la economía era predominantemente agraria, por ello, la Revolución industrial tardó algo más en desarrollarse y su proceso fue menos ágil que en Inglaterra.

gente; obreros sastres, zapateros, panaderos, albañiles, carpinteros, son admitidos, pues, en la aldea⁵⁴⁵”.

Puede atisbarse aquí las condiciones en las que los trabajadores vivían en condiciones de hacinamiento poblacional por meras necesidades empresariales. No obstante, la situación que describe Engels se recrudece en el momento de hablar de la situación de las grandes ciudades⁵⁴⁶.

La descripción que realiza Engels a lo largo de su obra sobre la situación de la población obrera durante la revolución industrial inglesa es dantesca, sin hacer excepción de ninguna de las ciudades (Londres, Dublín, Edimburgo, Liverpool, Nottingham, Glasgow, Yorkshire...ninguna se queda fuera) y sus respectivos barrios. Pero no sólo se trataba de la “incomodidad” que podían llegar a sufrir estos trabajadores, sino que se sumaban además las nocivas condiciones de insalubridad a la que se encontraban sometidos⁵⁴⁷.

Las enfermedades a las que los trabajadores estaban expuestos comprendían algunas como la tuberculosis, la tisis, la escarlatina, la fiebre tifoidea, en relación directa con la ventilación, la gran humedad y la falta de limpieza. Otros males encuentran su origen más en fallas de la nutrición como la escrofulosis o el raquitismo. Pero esta situación no sólo se producía en Inglaterra: un estudio sobre las condiciones de vida de los trabajadores de la industria vizcaína a finales del s. XIX también demuestra

⁵⁴⁵ ENGELS, F., *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Ediciones Júcar, Madrid, 1979, p. 44.

⁵⁴⁶ “Toda gran ciudad tiene uno o más “barrios feos”, en los cuales se amontona la clase trabajadora. (...) El mayor barrio obrero está al Este de la Torre, en White-Chapel y Bethnal-Green, donde está concentrada la masa principal de los trabajadores de Londres. He aquí lo que dice J. Alston, predicador de San Felipe, en Bethnal-Green, sobre el estado de la parroquia: “Comprende 1.400 casas, habitadas por 2.795 familias, o cerca de 12.000 personas. El espacio habitado por esta gran población es menor de 400 *yards* (1200 pies) cuadradas, y con tal aglomeración, nada más común que un hombre, su mujer y cuatro o cinco hijos, y todavía también el padre y la madre habitan una misma pieza de diez o doce pies cuadrados, donde trabajan, comen y duermen”. (Ibídem, pp. 48-50).

⁵⁴⁷ “Las inmundicias y charcas que existen en los barrios obreros de las grandes ciudades, producen las peores consecuencias para la salud pública, porque exhalan los gases portadores de las enfermedades; y lo mismo debe decirse de la evaporación de los fluidos pestilentes. Pero todavía no es esto todo. Se los exila en barrios que, por su construcción, están peor ventilados que otros; les son negados todos los medios para la limpieza, se les quita el agua, mientras solamente contra pago se colocan las cañerías, están do los ríos tan infestados, que ya no pueden servir a los efectos de la limpieza; se la obliga, así, a apestar sus propios barrios”. (Ibídem, p. 103).

conclusiones similares. La autora de esta investigación afirma: “Las transformaciones sociales asociadas al modelo industrial vizcaíno propiciaron un retraso de más de treinta años en la transición de la mortalidad de esta zona”⁵⁴⁸.

Por si no fuera suficiente, la clase obrera además de convivir en situaciones de verdadero hacinamiento sumadas a las condiciones de insalubridad no era infrecuente que también se sumaran a nocivos hábitos de vida⁵⁴⁹.

Por tanto era relativamente sencillo que la masa proletaria tendiese a actitudes malsanas como el robo, el alcoholismo o la prostitución, que, derivadas de las condiciones de vida, eran aceleradas y retroalimentadas. Podríamos seguir describiendo las pésimas condiciones en las que se encontraba la clase trabajadora inglesa, pero la consecuencia inmediata que podemos sustraer es que esta situación supuso un recrudecimiento en los niveles de mortalidad. Vemos así que dentro del contexto de masiva industrialización, dos grupos de población fueron especialmente penalizados: el proletariado, como hemos ido mostrando más arriba y, por otra parte, los niños de corta edad⁵⁵⁰.

Pues bien, esta deplorable situación comportó, de modo más acusado si cabe que en épocas anteriores, la partición de la asistencia médica en una “medicina para ricos” y

⁵⁴⁸ Los desajustes sociales y el empeoramiento de las condiciones de vida llevaron al colectivo de trabajadores que se instalaron en estas áreas urbana-industriales hasta una situación biológicamente límite. El elevado índice de mortalidad de esta época responde también a las condiciones tanto higiénico-sanitarias como de falta de alimentación, con la consecuente mayor debilidad de sus organismos y de su sistema inmunológico. (ARBAIZA VILLALONGA, M., “Las condiciones de vida de los trabajadores de la industria vizcaína a finales del s. XIX a través de la morbi-mortalidad”, *Revista de Historia Industrial*, Nº8, Año 1995, pp. 65-97).

⁵⁴⁹ “Se les sustraen todos los goces, excepto los del sexo y la bebida; al mismo tiempo, se la debilita diariamente hasta el completo relajamiento de las fuerzas físicas, y, en consecuencia, se excita de continuo hasta el más desenfrenado exceso, en los dos únicos placeres que le restan” ó “Faltan también al trabajador los medios y el tiempo para proveer a sus hijos de una alimentación conveniente. De ahí proviene la costumbre muy difundida, de dar a los niños aguardiente, y también opio”. (ENGELS, F., *La situación de la clase obrera...*, op. cit., pp.105-108).

⁵⁵⁰ Así, el rechazo o la imposibilidad de atender por parte de la madre a la lactancia (obligada a contribuir con su trabajo a la economía familiar), el abandono precoz de la misma por parte del lactante, el consiguiente desarrollo de la lactancia mercenaria, unido a la deplorable calidad de los sustitutos alimenticios proporcionados, hacía frecuentes en la población infantil los cuadros de malnutrición y provocaba una letalidad inusitada causada por una serie de infecciones, especialmente si las comparamos con el comportamiento benigno de las mismas en poblaciones infantiles con unas condiciones alimenticias adecuadas. (BERNABEU MESTRE, J., op. cit., p. 18).

una “medicina para pobres”⁵⁵¹. La industrialización de la vida hizo más patentes y extremadas las diferencias entre ricos y pobres e incentivó de este modo la consecuente revolución. Lo que pretendía el proletario de los siglos XIX y XX es que si su cuerpo cayese enfermo, recibiera el mismo trato que el de aquellos que poseen más recursos económicos⁵⁵². Las consecuencias de esas reivindicaciones no fueron infructuosas y se modificaron determinadas actitudes que vinculaban los estados de salud con las condiciones sociales y laborales. De este modo surge el que se ha denominado “liberalismo solidario”, que propendía al fortalecimiento del Estado como “instrumento de protección de los derechos y la salud de los trabajadores” o “Estado Benefactor”⁵⁵³. Por otra parte, también nacieron los seguros sociales como fruto de la eclosión de un movimiento de reforma social, cuyo resultado, en el plano jurídico, será la aparición de un conjunto de leyes protectoras de los trabajadores. Unas de tipo laboral, las otras de previsión, constitutivas de las bases del Derecho del trabajo. La atención médica debía de dejar de ser considerada un acto de beneficencia otorgado por los poderes públicos en condiciones precarias para transformarse en un derecho exigible por razones de justicia. Sobre estos aspectos volveremos a referirnos en el último capítulo de esta obra.

Como hemos visto, cada época histórica produce su propia cultura de derechos: durante la lucha contra el absolutismo del poder la protección de la vida, la libertad individual, la conciencia o incluso la propiedad, parecían las reivindicaciones indubitadas. Mientras que con la revolución industrial y las acusadas diferencias sociales entre unas clases y otras, el derecho a la equidad y a una mejora de las condiciones laborales parecían los derechos mayormente fundamentados. Este segundo proceso de legitimación (los primeros fueron los derechos civiles y políticos) dieron

⁵⁵¹ Otro de los males de la clase trabajadora reside en la imposibilidad de procurarse asistencia médica conveniente. Los médicos ingleses cobran altos honorarios y los obreros no están en condiciones de pagarlos, por lo que se ven obligados a recurrir a charlatanes y a echar mano a medicinas baratas de curandero, que con el tiempo les reportan más daño que beneficio. (ENGELS, F., *La situación de la clase obrera...*, op. cit., p.110).

⁵⁵² El protagonista de este ingente movimiento de rebelión social pretende iguales medicamentos, iguales quirófanos, iguales procedimientos exploratorios, mejores hospitales que los que le esperan, compensación por accidentes de trabajo y seguros sociales diversos. (LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 133).

⁵⁵³ En este sentido, se considera que el verdadero creador del “Estado Benefactor” fue William Beveridge, que en 1907 acudió a Alemania para conocer de cerca el modelo preconizado por Bismark. Éste comenzó a funcionar en Alemana en la década de 1880 formando parte de la legislación social que Bismark puso en marcha, con las pensiones para ancianos y una Seguridad Social mínima. (ALCINA FRANCH, J., *Justicia y libertad. La larga marcha hacia un futuro incierto*, Asociación andaluza de antropología, Sevilla, 2005, p. 285).

origen a los derechos económicos, sociales y culturales, que también son proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Así, puede observarse que con el paso del tiempo y ante el progresivo cambio de las condiciones históricas o las respectivas necesidades humanas, transformaciones técnicas, etc., cambia también “el elenco de los derechos humanos”⁵⁵⁴.

Pues bien, vistos los dos puntos anteriores de reivindicación inicial de los derechos de libertad (autonomía) e igualdad (equidad) aplicados al ámbito sanitario, veremos la materialización del nacimiento y desarrollo de los derechos de los enfermos. Debido a que la libertad del paciente se enarboló con el derecho a su autonomía lo trataremos seguidamente, mientras que sobre la igualdad volveremos en el capítulo tercero de esta obra debido a su estrecha vinculación con el principio de justicia.

1.3. El nacimiento y desarrollo de los derechos de los pacientes como culminación del descubrimiento del derecho al consentimiento informado.

Vimos anteriormente como las ideas de libertad lograron introducirse al menos sutilmente en algún pensamiento médico, concibiendo que el enfermo pudiera no sólo albergar una opinión sobre su propia salud, sino incluso manifestarla. Por otra parte, fue la tradición judicial o de la *Common Law* la que mayormente influyó en la conformación de los derechos de los pacientes, en particular la teoría del consentimiento informado. Pero ya hacia 1972 ese ámbito comenzó a dar muestras de agotamiento y fueron las leyes estatutarias (*Statutory Law*) las que tomaron el relevo⁵⁵⁵. Así la teoría del consentimiento informado hunde sus raíces en la tradición judicial estadounidense y a partir del momento en que este país comenzó a plasmarlo en leyes o estatutos, su repercusión internacional (y nacional en los países de tradición continental como España) comenzó a ser evidente.

Pues bien, sobre los múltiples acontecimientos sociales y científicos que propiciaron el nacimiento de los derechos de los pacientes trataremos en el siguiente epígrafe, debido a su estrecha vinculación con la génesis y desarrollo de la bioética. Ahora trataremos la culminación de esa tradición judicial en la plasmación en diferentes

⁵⁵⁴ Así, lo que en principio parece fundamental e inexcusable en un período determinado, en función de la experiencia vivida, puede no ser tan relevante ni adquirir la misma trascendencia en otro. (BLÁZQUEZ-RUIZ, F. J., *Igualdad, libertad y dignidad*, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, 2003, p. 10).

⁵⁵⁵ CECCHETTO, S., “Antecedentes históricos del consentimiento...”, op. cit., p. 9.

estatutos, logrando así cierta solidificación de posiciones y dificultando un potencial cambio de los mismos. El consentimiento informado llegó a la medicina a través del derecho, concretamente de las decisiones jurisprudenciales de los tribunales norteamericanos del siglo XX. Con anterioridad al siglo XVIII, los médicos habían sido impunes y sólo a los cirujanos se les exigían responsabilidades penales. Durante todo ese siglo y hasta el siglo XX, los problemas de información y consentimiento fueron tratados, con salvas excepciones, como casos de negligencia o mala práctica, y no fueron considerados punibles, siempre y cuando se hubiera respetado el mayor interés del paciente y estuviera probada su incapacidad o incompetencia⁵⁵⁶.

Como primer hito podemos destacar el caso *Schloendorff versus Society of New York Hospitals* en el año 1914, que tuvo especial resonancia por la doctrina jurisprudencial que renovó el juez Cardozo. Se trataba de una paciente que había consentido en una laparotomía exploratoria con fines diagnósticos bajo anestesia general, haciendo constar taxativamente que “no se le operara”. El cirujano extirpó un tumor fibrinoide considerando que era la mejor opción para la paciente. Consecuentemente, ésta demandó al hospital, y el juez Cardozo dictaminó que “todo ser humano de edad adulta y sano juicio tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de un paciente, comete una agresión por la que se pueden reclamar legalmente daños”⁵⁵⁷. Así, el juez Cardozo equiparó la intervención médica realizada sobre un individuo sin el previo consentimiento de éste a una agresión ilícita, aunque se trate de una intervención técnicamente perfecta y de efectos beneficiosos. No obstante, pese a la vehemencia con la que el juez reconoció el derecho a la inviolabilidad de la persona, hemos de destacar dos aspectos fundamentales. Por una parte, el juez exculpó al médico del delito de agresión que se le imputaba y, por otra parte, en su sentencia habló únicamente de la idea del consentimiento del paciente, sin atender al deber de información por parte del

⁵⁵⁶Era opinión de los médicos americanos del siglo XIX que un primer rasgo de incompetencia de un paciente venía dado por su rechazo a un tratamiento que ellos consideraban eficaz. No obstante, no todos los cirujanos se mostraron de acuerdo con ese modo de proceder,, pero en general durante ese período de tiempo el derecho de información y consentimiento no fueron considerados como derechos autónomos. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 160).

⁵⁵⁷ORTIZ AGUIRRE, J. M., “Conferencia sobre el consentimiento informado”, 27 de octubre de 2011 disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_formacion/conferencia_consentimiento_informado.pdf. (Última visita: 23 de noviembre de 2013); DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2009, p. 74.

médico para que el primero pudiera realizar una decisión acorde a los conocimientos proporcionados⁵⁵⁸. No obstante, pese a las limitaciones expuestas no debemos obviar lo novedoso y revolucionario de la doctrina impuesta por el juez Cardozo que en cierto modo quiso compensar el poder que hasta ese momento ostentaba el colectivo médico.

Tendrán que transcurrir cuarenta años más para que una sentencia contemple la información como un derecho del paciente antes de que éste decida. Nos referimos al caso *Salgo contra Leland Stanford Jr. University Broad of Trustees* dictaminada por el Tribunal de California en el año 1957. Así, la novedad de esta sentencia es que no sólo exige la obligación de “obtener el consentimiento”, sino que además establece la de “informar adecuadamente” al paciente para que éste decida. En el caso un enfermo con arterioesclerosis se le practicó una aortografía translumbar consecuencia de la cual sufrió una parálisis permanente. El paciente Martín Salgo demandó a su médico con el cargo de negligencia y por no haberle prevenido del riesgo de parálisis existente que conllevaba la prueba. En la sentencia se afirmó que “un médico viola su obligación hacia sus pacientes, y es por tanto responsable si retiene cualquier hecho que se considere necesario para que el paciente realice un consentimiento adecuado al tratamiento que se propone”⁵⁵⁹. En consecuencia, el médico no puede minimizar los riesgos de una intervención con el fin de estimular el consentimiento del paciente. Otras sentencias reafirmaron esta doctrina jurisprudencial surgiendo el concepto del criterio del “médico razonable”, “del ejercicio profesional” o de la “comunidad científica” en base a lo cual el médico deberá de comunicar al paciente aquello que razonablemente (y según su criterio) fuera necesario para tomar una decisión⁵⁶⁰. Por tanto es deber de los

⁵⁵⁸ “La citada sentencia no determinaba la cantidad y la calidad de la información que el paciente debe recibir para ejercer su derecho de autodeterminación”. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 160); en parecido sentido “esta doctrina de principios de siglo se fundamenta única y exclusivamente en la idea del consentimiento, sin atender al deber de la información”. (DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*, op. cit., pp. 74-75).

⁵⁵⁹ ORTIZ AGUIRRE, J. M., “Conferencia sobre el consentimiento informado”, 27 de octubre de 2011, op. cit., p. 2; DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*, op. cit., p. 75.

⁵⁶⁰ Otras sentencias van a reafirmar este cambio, entre las que pueden destacarse el caso *Nathanson contra Kline* en 1960 y *Michell contra Robinson*. En la primera de estas sentencias una mujer sometida a una cobaltoterapia tras una mastectomía en toda la zona de invasión del tumor. Como consecuencia se le produjeron graves quemaduras en el pecho, la piel y el cartílago, demandando consiguientemente a su médico por no haberle advertido de los daños secundarios previsibles. Recurrida la sentencia en la primera instancia, el Tribunal Supremo de Kansas anuló la anterior e indicó los elementos básicos que debía de reunir la información: naturaleza de la enfermedad, características del tratamiento, posibilidad de éxito o de otras

médicos revelar al paciente toda la información que el considere que pueda ser necesaria para que éste realice una decisión racional.

Algunos años después, en el 1969 el caso *Berkey contra Anderson* dio un paso más a la teoría del consentimiento informado. En el año 1961, Bernard Berkey comienza a sentir molestias cervicales ante las cuales su médico, el doctor Frank M. Anderson sugirió al paciente la realización de una mielografía para comprobar si tenía la médula espinal lesionada. Desconocedor de dicha técnica, el señor Berkey preguntó al doctor Anderson si se asemejaba a una electromiografía a la que ya había estado sometido, a lo que le respondió que el procedimiento provocaba algunas molestias físicas como el tumbarse en una especie de cama fría que se iría moviendo en varias direcciones a fin de fotografiar la médula espinal desde diferentes ángulos. El procedimiento fue precedido de la administración de un anestésico local en la región lumbar por parte del doctor Rickemberg. Tras llevar a cabo los pinchazos de la anestesia, el paciente refirió un dolor insoportable e irradiación a la pierna izquierda, lo que le aseguraron que desaparecería en unas 24 horas. No obstante, el señor Berkey presentó al cabo de varias semanas de un cuadro de impotencia funcional de la extremidad inferior izquierda, diagnosticándose de “pie caído”. El paciente demandó al doctor Anderson por no haberle explicado la posibilidad de sufrir tanto dolor y de quedar con tan grave impotencia funcional y al doctor Rickemberg por negligencia en la realización de la mielografía. El tribunal equiparó información insuficiente con negligencia y negligencia en la información con negligencia en la actuación: “(...) si al demandante se le dijo que una mielografía era algo por lo que no había que preocuparse y que lo más molesto de ella era estar en una mesa fría que se inclinaba, el jurado podría haber llegado a la conclusión de que, dados los hechos, dicha afirmación fue verdaderamente engañosa. La técnica esquematizada por los doctores indudablemente suponía mucho más, tanto en riesgos, como en molestias”⁵⁶¹.

El abogado del médico argumentó que a un profesional no se le puede exigir que dé a sus pacientes una información mayor de la “razonable”, no considerando como

alternativas y los riesgos de un resultado desafortunado. (PLAZA, I., TOMO, M., ZARCO, C., BANDRÉS, F. y HERREROS, B., “El consentimiento informado. Historia y conceptos generales”, en *El consentimiento informado*, Comité de Bioética y Derecho Sanitario, Asisa-Lavinia, Madrid, 2010, p. 20); en parecido sentido GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp.167-168.

⁵⁶¹ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 168-169.

razonable la explicación de complicaciones tan poco probables como un “pie caído” tras una mielografía. No obstante, el tribunal no aceptó esta teoría y consideró que el paciente no estaba suficientemente informado y, por tanto, que no pudo decidir de forma racional la aceptación o no de esta prueba: al paciente debería de habersele comunicado toda aquella información que hubiera podido influir de modo significativo en su decisión de someterse o no a la prueba. A partir de este momento, el criterio de la “comunidad científica” o del “ejercicio profesional” fue sustituido por el de la “persona razonable”⁵⁶². El paciente debería de recibir toda información relevante para tomar una decisión razonable en el ámbito de su salud, una vez informado de todas las alternativas posibles.

Dicho criterio alcanzó su plena vigencia apareciendo reforzado en el año 1972 con el caso *Canterbury contra Spence* y con otras sentencias posteriores. Jerry Canterbury era un mecanógrafo que sufría fuertes dolores de espalda, siendo intervenido de una laminectomía vertebral por una neoformación vascular medular con el fin de aliviarlos. Durante el post-operatorio inmediato el paciente cayó de la cama, a consecuencia de lo cual se produjo una parálisis generalizada e incontinencia urinaria. Cuatro años después (y tras el intento de corregir quirúrgicamente la parálisis sin éxito), el paciente demandó al médico ya que consideró que la intervención fue defectuosa y por no haber sido informado de los riesgos, y al hospital porque la parálisis apareció un día después de caerse en su habitación durante el postoperatorio, quedándose solo en el suelo sin recibir atención. El tribunal dictaminó que “el paciente no fue informado con anterioridad de que la laminectomía conlleva un riesgo del 1% de este tipo de parálisis, por lo que el médico debería de haber dado al paciente toda la información que le pudiera ser de utilidad para hacer una elección adecuada. El derecho del paciente a su autodeterminación sólo puede ejercerse eficazmente si el paciente dispone de suficiente información como para posibilitar una elección inteligente”⁵⁶³. Por tanto el criterio de “persona razonable” aparece en todo su apogeo.

⁵⁶² PLAZA, I., TOMO, M., ZARCO, C., BANDRÉS, F. y HERREROS, B., “El consentimiento informado. Historia y conceptos generales”, en *El consentimiento informado*, op. cit., p. 22; ORTIZ AGUIRRE, J. M., “Conferencia sobre el consentimiento informado”, 27 de octubre de 2011, op. cit., p. 2; GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 168-170; DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*, op. cit., p. 75.

⁵⁶³ PLAZA, I., TOMO, M., ZARCO, C., BANDRÉS, F. y HERREROS, B., “El consentimiento informado. Historia y conceptos generales”, en *El consentimiento informado*,

Otras sentencias posteriores reafirmaron la misma doctrina, lo que no significó su triunfo total y absoluto, sino que las opiniones en Norteamérica se hallan muy divididas y los criterios no se aplican de modo uniforme en todos los estados⁵⁶⁴. En todo caso, después de Canterbury, poco es el desarrollo analítico que tuvo la legislación sobre el consentimiento informado, e incluso un buen número de tribunales se esmeraron por reafirmar su fe en la capacidad de los médicos para fijar normas adecuadas de la información del médico para con sus pacientes⁵⁶⁵. Llegó un momento en que las decisiones jurisprudenciales cedieron su protagonismo a las normas estatutarias, en parte para plasmar de modo escrito los derechos de los pacientes y, en parte, tristemente en respuesta a la crisis médica de las malas prácticas, con intentos de mermar las demandas judiciales.

En este sentido, todo comenzó en el año 1969, cuando la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales en colaboración con la *National Welfare Rights Organization*, una importante organización de consumidores, procedió a la revisión de su Reglamento. El fruto de este trabajo culminó en 1970 con un documento compuesto de 26 peticiones concretas, que suele considerarse como el primer gran código de derechos de los enfermos o al menos el primer esbozo del mismo⁵⁶⁶. No obstante, el paso decisivo en el ámbito que nos concierne se dio en 1973, cuando la Asociación Americana de Hospitales aprobó su Carta de Derechos del Paciente (*Patient's Bill of Rights*), cuya influencia fue enorme pese a la ambigüedad de su contenido⁵⁶⁷. Dicha

op. cit., p. 22; ORTIZ AGUIRRE, J. M., “Conferencia sobre el consentimiento informado”, 27 de octubre de 2011, op. cit., p. 2.

⁵⁶⁴ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 171.

⁵⁶⁵ Jay Katz habla en lugar de “consentimiento informado” de “consenso informado”, afirmando que desde el año 1972 pocas decisiones jurisprudenciales ensancharon la protección legal de los pacientes en lo que respecta a su libertad de elección. (KATZ, J., *El médico y el paciente: su mundo silencioso...*, op. cit., p. 172).

⁵⁶⁶ En el preámbulo de este documento se definía a los pacientes como “consumidores de servicios sanitarios”, y se afirmaba que en caso de incumplimiento de las citadas normas y lesión moral o física del paciente, un jurado podría sancionar al director del establecimiento por negligencia. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 174).

⁵⁶⁷ Conviene destacar que, salvo el Código de Núremberg del que trataremos más adelante, la siguiente Declaración profesional sobre ética médica tras el Juramento Hipocrático, fue la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial adoptada en Ginebra en septiembre de 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial en agosto de 1968.

“En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:
Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad;
Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideraciones que merecen;
Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;
Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente;

respuesta no fue ni masiva ni inmediata por parte de los hospitales norteamericanos, y hasta 1975 (en el Estado de Minnesota) no se elevó a ley una Carta de Derechos de los Pacientes (fuertemente influenciada por la Carta de la Asociación Americana de Hospitales). A partir de ese momento se disparó el proceso de positivización de los derechos de los pacientes que luego han seguido la mayoría de los Estados de la Unión⁵⁶⁸.

La lectura de la presentación de la Carta de los Derechos del Paciente evidencia que la proclamación de este texto tiene como fin mejorar la atención dispensada al propio paciente, considerada como un elemento esencial en el proceso de sanar⁵⁶⁹. Por otra

Guardar y respetar los secretos a mí confiados, aun después de fallecido mi paciente;
Mantener incólumes por todos los conceptos y medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

Considerar como hermanos a mis colegas;

No permitir que consideraciones de credo político o religioso, nacionalidad, raza, partido político o posición social se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente;

Velar con el máximo respeto la vida humana desde su comienzo, aún bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.

Solemne y libremente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho”.

Como puede observarse, en esta declaración es patente el espíritu de beneficencia y paternalismo que inspira su redacción, cuestión llamativa si tenemos en cuenta el recorrido que los Estados americanos habían hecho en ese momento. Texto publicado en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr25.pdf>. Última visita: 24/5/2013.

⁵⁶⁸ SIMON LORDA, P., “Bioética e instituciones públicas en España: una visión personal”, en DE LA TORRE, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la Bioética Española*, Univ. Pontificia Comillas, Madrid, 2011, p. 153. Así lo demuestra una encuesta llevada a cabo por la Asociación Americana de Hospitales: En el año 1974 el Departamento Federal de Salud, Educación y Bienestar recomendó a los hospitales y demás centros sanitarios la adopción del código de derechos de los pacientes, así como su distribución a todos los pacientes que ingresaran en el centro. No obstante, una encuesta realizada por la Asociación Americana de Hospitales a finales de 1975 demostraba que sólo el 30% había adoptado las recomendaciones del código, y menos del 10% lo había distribuido entre los pacientes. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 174).

⁵⁶⁹ “La Asociación Americana de Hospitales presenta una Declaración de Derechos del Paciente con la esperanza de que la observación de éstos contribuya a una mejor atención del paciente y a una mayor satisfacción del paciente, su médico y la organización del hospital. Además, la Asociación presenta estos derechos para que sean respaldados por el hospital en nombre de sus pacientes, como parte integral del proceso de sanar. Es comúnmente admitido que la relación personal entre el médico y el paciente es esencial para que la atención médica sea apropiada. La tradicional relación médico-paciente toma una dimensión nueva cuando la atención es suministrada en una estructura organizada. La jurisprudencia ha establecido que la institución misma también tiene responsabilidades ante el paciente. Es en reconocimiento a estos factores que se declaran estos derechos” (Carta de los Derechos del Paciente aprobado por la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973. Texto publicado con la autorización de la Asociación Americana de Hospitales y traducido de la redacción del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del original.

parte, es interesante destacar que se reconoce que la relación entre médico y paciente se ha modificado de tal modo que incluso la jurisprudencia ha establecido posibles responsabilidades. En este sentido parece como si la propia institución hospitalaria buscara eximirse de potenciales demandas de los pacientes al reconocer los derechos que ostentan éstos. Una vez establecida esta presentación, pasa a enunciar los 12 puntos que conforman la carta en sí. La lectura de ésta demuestra diferentes manifestaciones del derecho general al consentimiento informado, ya que como bien dice Gracia, “realmente la aparición de los códigos de derechos de los enfermos ha sido la culminación del descubrimiento del derecho al consentimiento informado, y el comienzo de nuevos desarrollos”⁵⁷⁰. Así, pese a titularse “Carta de Derechos del Paciente”, el texto aprobado por la Asociación Americana de Hospitales establece:

“1. El paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa.

2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico la información completa disponible sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos que sea razonable considerar comprensibles para el paciente. Cuando no sea médicamente aconsejable dar al paciente tal información, ésta deberá ser proporcionada en su lugar a alguna persona adecuada. El paciente tiene derecho a conocer el nombre del médico responsable de la coordinación de la asistencia.

3. El paciente tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para otorgar el consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento y/o tratamiento. Excepto en casos de urgencia, la información que ha de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado ha de incluir al menos lo relativo al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicos significativos asociados y la probable duración de la discapacidad. Cuando existen diferentes alternativas médicas para la asistencia o el tratamiento, o cuando el paciente solicita información sobre las alternativas médicas, el paciente tiene derecho a tal información. El paciente tiene también el derecho a conocer el nombre de la persona responsable de las pruebas y/o tratamientos.

En: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr25.pdf>. (Última visita: 24/5/2013).

⁵⁷⁰ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 174.

4. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento, en los límites permitidos por la ley, y a ser informado sobre las consecuencias médicas de su acción.

5. El paciente tiene derecho a que se respete su privacidad en todo lo relacionado con su propio programa de asistencia médica. El análisis del caso, la consulta, la exploración y el tratamiento son confidenciales y deben ser efectuados discretamente. Aquellos no relacionados directamente con su asistencia deben tener la autorización del paciente para estar presentes.

6. El paciente tiene derecho a esperar que toda la información y los protocolos sobre su asistencia sean considerados confidenciales.

7. El paciente tiene derecho a esperar que, en la medida de sus posibilidades, cada hospital de una respuesta razonable a la petición de servicios por parte de un paciente. El hospital debe proporcionar evaluación, servicio y/o traslado, según lo aconseje la urgencia del caso. Cuando sea médicamente posible, un paciente puede ser trasladado a otro centro, pero sólo tras haber recibido completa información y explicaciones sobre las necesidades de dicho traslado así como una explicación completa sobre las opciones posibles. La institución a la cual se va a trasladar al paciente, debe primero haber aceptado el traslado de éste.

8. El paciente tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación del hospital con otros centros asistenciales e instituciones educacionales en todo lo que esté relacionado con su asistencia. El paciente tiene derecho a obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional, con su nombre, entre los individuos que le están tratando.

9. El paciente tiene derecho a ser advertido si el hospital se propone incluirle o efectuar algún ensayo clínico relacionado con su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a rehusar la participación en tal proyecto de investigación.

10. El paciente tiene el derecho a esperar una razonable continuidad en su asistencia. Tiene el derecho a saber con anticipación los horarios y los médicos disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a confiar que el hospital establezca un mecanismo para que su médico o alguien en que éste delegue le informe de sus necesidades de atención de salud posteriores al alta.

11. El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos, independientemente de quien vaya a abonar la cuenta.

12. El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente⁵⁷¹”.

Como puede observarse, de los doce puntos, diez de los mismos se refieren al derecho por parte del paciente a recibir información (los dos puntos restantes hablan del derecho a una atención respetuosa y considerada por una parte, y el derecho a la confidencialidad por otra). El objeto de dicha información oscila sobre los más variados aspectos relacionados sobre la atención sanitaria: sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, sobre el propio consentimiento informado, sobre las consecuencias médicas de su rechazo al tratamiento, sobre otros centros sanitarios e institucionales, sobre la posibilidad de incluirle en un ensayo clínico, sobre el médico responsable de su asistencia e incluso sobre la explicación de su factura.

En este sentido, la importancia de la información en el campo que nos atañe es decisiva: su fin va a ser esclarecer la mente del ser humano para, a través del saber, acrecentar la libertad. Así, tras el “estar informado” subyace una fe en la capacidad liberadora de la razón en las tareas del pensar y del decidir⁵⁷². El individuo enfermo, hasta ese momento, no había tenido el derecho (al menos plasmado en un texto legal) de ser informado, y a partir de ahí ostentar la capacidad de decidir. Sobre el derecho a ser informado en sanidad volveremos en el epígrafe dedicado a la bioética.

En lo que respecta a España todo este proceso se produce una década más tarde, aunque los pasos que se dan son muy similares a los realizados en los Estados americanos, con la excepción de que la jurisprudencia nunca ha tenido en nuestro país la influencia que poseyó en el ámbito anglosajón. Así, primero se publica en el año 1983 el estudio del Equipo de Investigación y la Frater titulado “La Sanidad Española desde

⁵⁷¹ Texto publicado con la autorización de la Asociación Americana de Hospitales y traducido de la redacción del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del original en inglés. En: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr25.pdf>. (Última visita: 24/5/2013).

⁵⁷² Así, aclarar lo que traemos entre manos presupone a mendo romper con usos tradicionales vigentes, descartar que otros piensan y deciden por uno mismo, ejercer responsablemente la libertad de pensar. La información, a este propósito, es el procedimiento que pone al hombre ante la verdad. (G^a GÓMEZ-HERAS, J. M., “Consentimiento informado y autonomía moral”, en G^a GÓMEZ-HERAS, J. M. y VELAYOS CASTELO, C. (eds.), *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Tecnos, Madrid, 2005, p. 258).

la perspectiva del usuario y la persona enferma”. Dentro de éste quedaba ubicado un estudio realizado por Francisco J. Escrihuela Morales, en el cual proponía un Proyecto de Código de Derechos Primarios de los Pacientes, que constaba de 28 derechos y de un detallado sistema de sanciones para las infracciones⁵⁷³. Finalmente en el año 1984 (y tras el desafortunado desenlace del derogado Real Decreto 2082 de 1978⁵⁷⁴), el Instituto Nacional de la Salud puso en marcha el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, cuyo objetivo básico era la implantación de una Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. Pese a que la eficacia de este Plan fue prácticamente nula, dicha Carta, tras diversas modificaciones, constituyó lo que sería el artículo décimo de la Ley 14/1986 General Sanidad⁵⁷⁵. La sanidad española por fin toma parte en el movimiento

⁵⁷³ Este estudio trataba de realizar un diagnóstico de la sanidad a través de lo que sus protagonistas (pacientes, familiares y sanitarios) diagnosticaban. Dicho estudio estaba prologado por Diego Gracia, y constaba de tres partes: la primera una serie de entrevistas estructuradas a expertos; la segunda, los resultados de una encuesta a enfermos y familiares, y la tercera constaba de tres estudios, uno de ellos dedicado monográficamente al análisis de los derechos de los enfermos. (SIMON LORDA, P., “Bioética e instituciones públicas en España: una visión personal”, en DE LA TORRE, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la bioética española...*, op. cit., pp. 152-153).

⁵⁷⁴ Este Real Decreto declarado nulo por sentencia del Tribunal Supremo, ya incluía como derechos del enfermo asistido el respeto a la personalidad y dignidad humana (Anexo 13.1.a), la previa conformidad y consentimiento expreso del enfermo y, en caso de ser menor edad o imposibilidad, de sus parientes más próximos o representante legal, para aplicar medios terapéuticos o realizar intervenciones que entrañen grave riesgo para su vida o de las que necesaria o previsiblemente se deriven lesiones o mutilaciones permanentes, a menos que la urgencia y gravedad del caso hagan indispensable, a juicio del facultativo o facultativos, la aplicación o intervención inmediatas del enfermo la necesidad de los servicios hospitalarios (Anexo 13.1.c) y el conocimiento del nombre del facultativo o facultativos encargados de su asistencia y la información completa en términos usuales y comprensibles sobre la situación del estado clínico del asistido, bien sea verbal o por escrito, a petición del interesado o de persona legitimada para obtenerla (Anexo 13.1.h). (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 179; SEOANE, J. A., “Las autonomías del paciente”, *Dilemata. Revista Internacional de Ética Aplicada*, No 3, 2010.

Disponible en <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/rt/metadata/35/50>. (Última visita 27/5/2013).

⁵⁷⁵ “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.

de los derechos de los enfermos así como en el modelo autonomista de sanidad. No obstante el momento crucial en nuestro país respecto a la lucha por los derechos de los enfermos se materializa finalmente en el año 2002, momento en el cual se aprueba la Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que ha modificado en gran parte el artículo décimo de la Ley General de Sanidad⁵⁷⁶.

-
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
 6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegada.
 - c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
 7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
 8. A Que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
 9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.
 10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
 11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
 12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
 13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario de los Centros de Salud.
 14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
 15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4,5, 6, 7, 9 Y11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados”. (Art. 10 de la Ley 14/1986, General de Sanidad de 25 de abril (BOE núm. 102, de 29 de abril).

⁵⁷⁶ En realidad dicha ley fue gestada en la legislatura anterior, pero nunca llegó al Parlamento. Los acontecimientos finales que precipitaron su avance fueron por una parte la aprobación en el año 1997 del Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y a la biomedicina, convirtiéndose en ley en nuestro país (en el año 2000); y por otra parte, la aprobación por Cataluña de su propia Ley sobre la autonomía del paciente. (SIMON LORDA, P., “Bioética e instituciones públicas en España: una visión global”, en DE LA TORRE, J. (editor), op. cit., p. 160). Otros factores que influyeron en la aprobación de la ley fueron las

En esta ley se plasma de modo ostensible el reconocimiento a la autonomía decisoria del paciente (arts. 5 y ss.), materializada en la fórmula del consentimiento informado. Además queda perfilado de modo claro el proceso del consentimiento informado: por una parte el derecho a la información clínica o sanitaria (arts. 4, 5, 6, 10, 12 y 13), y por otra, el derecho al consentimiento informado en sí mismo considerado o al respeto a su autonomía (arts. 2, 3, 8 y ss.)⁵⁷⁷. En lo que respecta al derecho a ser informado en el ámbito de la salud, éste consiste en el derecho a recibir una información muy concreta relativa a todas las actuaciones que afecten a su integridad física⁵⁷⁸. El consentimiento informado supone la traslación de la autonomía al ámbito de la salud de un paciente: éste podrá consentir o rechazar un determinado tratamiento sobre su persona una vez haya recibido la información suficiente al respecto. Por tanto, información y consentimiento aparecen como dos elementos estrechamente vinculados: el consentimiento tiene que estar condicionado necesariamente a que el paciente haya recibido previamente una información adecuada.

Por otra parte, en dicha ley se reconoce el derecho que el paciente tiene a renunciar o rechazar el tratamiento (art. 2.4) sin las restricciones que imponían los arts. 10.9 y 11.4 de la Ley General de Sanidad⁵⁷⁹. La ley 14/1986 se mostraba severamente intransigente al exigir la firma del alta voluntaria por parte del paciente en el supuesto de un rechazo

decisiones jurisprudenciales que reconocía al consentimiento informado como derecho humano fundamental; el desarrollo de la Bioética y del Bioderecho como disciplinas y la creciente pujanza del movimiento asociativo de pacientes y usuarios. (SEOANE, J. A., “Las autonomías del paciente”..., op. cit., p. 6).

⁵⁷⁷ En este sentido el art. 2.2 de la ley configura el consentimiento informado como un principio básico y fundamental, señalando que “toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes y usuarios”, condicionado a que “debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada”. Estas palabras prácticamente se repiten en el art. 8 al afirmar: “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el art. 4, haya valorado las opciones propias del caso”.

⁵⁷⁸ Así, dentro de dicha información se incluirían aspectos tales como la patología que padece, las técnicas diagnósticas y terapéuticas a aplicar así como sus efectos, las posibilidades de sanación...etc. (JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La información y el consentimiento informado”, *Moralia*, 36 (2013) 31-50, p. 36).

⁵⁷⁹ El art. 2.4 de la ley 41/2002 establece que “todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”. Por su parte, el art. 10.9 LGS que ya hemos plasmado se remite al 11.4 afirmando como una de las obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario la de “firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la Dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta”.

al tratamiento o, en caso de negativa a la firma de la misma, el derecho del hospital al alta direccional (esto equivalía a una expulsión del paciente por parte del centro)⁵⁸⁰. Además, la ley del año 2002 también recoge de forma novedosa la situación singular del menor maduro, reconociendo una suerte de mayoría de edad sanitaria (art. 9) y la anticipación de la autonomía decisoria a través del documento de instrucciones previas (art. 11). Otros de los derechos recogidos en la ley son el respeto a la intimidad (arts. 2.1, 7 y 17), así como la confidencialidad de la documentación clínica (arts. 2.7 y 14-ss) y el acceso a dicha información tanto por parte de pacientes o usuarios (art. 18) como de los profesionales sanitarios y otros terceros (art. 16). Estos derechos están amparados bajo específicos deberes de custodia, conservación y seguridad.

Por tanto, puede afirmarse que, también en nuestro derecho patrio, al igual que en la regulación estadounidense, los llamados “derechos de los enfermos” fueron la culminación del descubrimiento del derecho al consentimiento informado y la materialización de éste. Tanto la ley del año 1986 como la más reciente del 2002 demuestran a lo largo de su articulado cual es el eje principal sobre el que giran en lo que respecta a los derechos de los pacientes. No obstante debemos precisar que por el término “derechos de los pacientes” no podemos encuadrar exclusivamente el derecho a la libertad y a la autonomía en el ámbito biomédico, ya que este campo se encuentra conformado por otros derechos también considerados fundamentales en el proceso de atención sanitaria. En este sentido, y debido a esa precisión sobre la existencia de un amplio elenco de derechos que amparan a la persona enferma se nos hace necesario pasar al siguiente epígrafe: el lugar dónde podríamos encuadrar a éstos.

1.4. Los derechos de los enfermos como variante de los derechos de primera y segunda generación. Precisiones.

Al hablar de las generaciones de derechos debemos retrotraernos necesariamente de nuevo a los siglos XVIII y XIX. No podemos pretender encuadrar los derechos de los enfermos en una de las generaciones sin primero esbozar lo que se entiende por éstas. Existe un consenso generalizado a la hora de afirmar que los derechos humanos, tal y

⁵⁸⁰ Las críticas al art. 10.9 LGS no tardaron en escucharse. Así Gracia afirmaba “Finalmente, no se ve por qué quien se niega a un tratamiento debe “solicitar el alta voluntaria”. El negarse a “un” tratamiento no puede castigarse con la expulsión de la institución hospitalaria. Por otra parte, si al paciente se le obliga a pedir el alta, ésta ya no podrá ser “voluntaria”. Esta es una coacción inadmisibles, tanto desde el punto de vista moral como desde el jurídico”. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 180-181).

como se presentan conceptualizados en la actualidad surgen como contrarréplica a los excesos absolutistas, exigiendo toda una serie de garantías civiles, políticas y procesales sobre la base de argumentos de índole contractualista⁵⁸¹. Así, es importante destacar que todos los derechos del hombre tienen por razones ontológicas y materiales, una naturaleza igual, aunque puedan tener caracteres diferentes y distintos sistemas de protección⁵⁸². Por otra parte, bien es sabido que existen diferentes puntos de vista a la hora de clasificar a los derechos humanos siendo una de las más conocidas la que distingue las generaciones de los mismos. El criterio en el que se fundamenta es un enfoque periódico o cronológico, basado en la progresiva cobertura histórica de los derechos humanos. Como luego veremos, en el caso de los derechos de los enfermos, esta catalogación resulta bastante imprecisa pues, no han surgido de modo paralelo a como lo hicieron otros derechos humanos, por lo que su encuadre específico en alguna de las generaciones no resulta adecuada. En este sentido, se ha afirmado que las generaciones de los derechos humanos no entrañan un proceso cronológico o lineal y el catálogo de libertades no puede ser una obra cerrada y acabada⁵⁸³. Por otra parte, los derechos reflejan un proyecto emancipatorio que se concreta de modo diferente a lo largo de la historia⁵⁸⁴.

Determinadas épocas históricas se han caracterizado por el nacimiento y consolidación de algunos derechos, por lo que las denominadas generaciones de derechos se encuentran estrechamente vinculadas con la historia y con las circunstancias económicas, sociales, políticas y culturales que las caracterizaban en ese momento.

⁵⁸¹ ARA PINILLA, I., *Las transformaciones de los derechos humanos*, Tecnos, Madrid, 1990, p. 94; FERNÁNDEZ, E., “El contractualismo clásico (siglos XVII y XVIII) y los derechos naturales”, *Anuario de Derechos Humanos de la Universidad Complutense*, núm. 2, 1983, pp. 59-ss. En lo referente a su fundamento me remito a las distintas fundamentaciones de los derechos humanos: iusnaturalista, historicista y ética o moral. (FERNANDEZ, E., “El problema del fundamento de los derechos humanos...”, op. cit., pp. 75-112).

⁵⁸² REY CANTOR, E.; RODRÍGUEZ RUIZ, M. C., *Las generaciones de los derechos humanos*, Grupo Editorial Ibáñez, Bogotá, 2007, p. 12.

⁵⁸³ RODRÍGUEZ PALOP, M. E., “La tercera generación de derechos humanos”, *Derechos y Libertades*, Número 16, Época II, enero 2007, pp. 277-284.

⁵⁸⁴ En parecido sentido “los derechos humanos (...) son derechos históricos, es decir, nacen gradualmente, no todos de una vez para siempre, en determinadas circunstancias, caracterizadas por luchas por la defensa de nuevas libertades contra viejos poderes”. (BOBBIO, N., *El tiempo de los derechos*, Editorial Sistema, Madrid, 1991, pp. 17-18); o “Cada época histórica se caracteriza por el predominio de determinados sistemas políticos, de la misma forma que también hay determinados valores que afloran con especial insistencia en momentos históricos muy concretos” (ARA PINILLA, I., *Las transformaciones de los derechos humanos...*, op. cit., p. 17).

También las formas de Estado de Derecho han estado correlacionadas con las diferentes generaciones de derechos. Así, la dimensión triádica de este modelo estatal ha sido sucesivamente liberal, social y constitucional, y esta triada se corresponde con las libertades individuales, los derechos sociales y, finalmente, con los de tercera generación⁵⁸⁵.

No obstante la generalizada aceptación de la catalogación de las diferentes generaciones de derechos, no han faltado autores que han enjuiciado la misma alegando que se trata de un “imaginario de derechos humanos demasiado simplificador, estrecho y reducido a la cultura capitalista y burguesa, que prioriza los llamados derechos de primera generación y debilita a los llamados de segunda y tercera generación”⁵⁸⁶. En cualquier caso la estratificación de los derechos humanos en generaciones resulta gráfica y sumamente didáctica permitiendo relacionarlos con una época histórica concreta. En lo que respecta a la fundamentación y siguiendo aquella denominada ética o axiológica que vimos en anteriores páginas, consideramos que el origen o fundamento de estos derechos nunca puede ser jurídico, sino previo a lo jurídico. El derecho positivo no crea a los derechos humanos, sino que su notable labor consiste en reconocerlos, convertirlos en normas jurídicas y garantizarlos jurídicamente. Por tanto, la idea de ese fundamento no puede ser más que un fundamento ético, axiológico o valorativo, en torno a exigencias que consideramos como condiciones inexcusables de una vida digna, es decir, las derivadas de la idea de dignidad humana⁵⁸⁷.

⁵⁸⁵ RODRIGUEZ PALOP, M. E., “La tercera generación de derechos humanos...”, op. cit., p. 278. En parecido sentido: “la ubicación histórica de la gestación de los derechos humanos inexorablemente está inserta en distintas formas históricas del Estado: Estado estamental, Estado moderno (absolutista), Estado de derecho liberal-Estado constitucional, Estado de derecho social-Estado bienestar; y con este proceso histórico se cristaliza la formulación del constitucionalismo medieval, del constitucionalismo moderno, del constitucionalismo liberal, del constitucionalismo social y del constitucionalismo de la solidaridad.(REY CANTOR, E.; RODRÍGUEZ RUIZ, M. C., *Las generaciones de los derechos humanos...*, op. cit., p. 28).

⁵⁸⁶ SÁNCHEZ RUBIO, D., “Sobre el concepto de “historización” y una crítica a la visión sobre las (de)-generaciones de derechos humanos”, *PRAXIS*, N°67, 2012, pp. 9-22.

⁵⁸⁷ FERNÁNDEZ, E., “El problema del fundamento de los derechos humanos...”, op. cit., pp. 98-99. Que exista un fundamento último común a los derechos humanos que no es otro que la dignidad no obsta para que los diferentes derechos encuentren apoyatura en valores diversos. Así si la libertad sostuvo los derechos de la primera generación, y la igualdad los de segunda, la solidaridad será el pilar de los de la tercera. (RUIZ MIGUEL, C., “La tercera generación de los derechos fundamentales”, *Revista de Estudios Políticos* (Nueva Época), Núm. 72. Abril-Junio 1991, p. 302).

Pues bien, en lo que respecta a los derechos denominados de primera generación éstos aparecen estrechamente vinculados con la idea de libertad. Son los denominados derechos civiles y o libertades públicas que nacen como fruto de las revoluciones liberales burguesas de Inglaterra (1688-1689), de las colonias inglesas de Norteamérica (1776) y de Francia (1789)⁵⁸⁸. Estos derechos tienen en común la rebelión contra los excesos absolutistas, exigiendo una serie de garantías civiles, políticas y procesales con el fin de imponer al Estado respetar los derechos fundamentales del ser humano⁵⁸⁹. Así, la superación del Estado absoluto comportará inmediatamente la correspondiente plasmación en reglas jurídico-positivas de los derechos humanos y la instauración de un sistema garantista. El Estado se convierte de esta manera, “en un simple árbitro, imparcial por su propia condición, con la única pretensión garantista y facilitadora y aplicando únicamente el principio fundamental de no interferencia, en tanto que, paralelamente, se sacraliza la legitimidad, a través de la identificación con la mera legalidad”⁵⁹⁰. Se configuran así unos derechos individuales cuya característica es el ser derechos de defensa, en los que el sujeto mantiene una actitud pasiva y cuya articulación jurídica se opera a través de la técnica de la policía administrativa⁵⁹¹.

Estos derechos corresponden al individuo frente al Estado, frente a cualquier autoridad o incluso frente al resto de los miembros de la comunidad, pudiendo únicamente ser limitados en los casos y bajo las condiciones previstas en la Constitución⁵⁹². Como anteriormente hemos dicho, estos derechos nacen enarbolando la

⁵⁸⁸ “La vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad” eran los derechos fundamentales en el caso norteamericano, mientras que “la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión” lo eran en el caso francés. El objeto de las declaraciones de derechos era “la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre” y “la protección de los derechos mediante la institución de los gobiernos”. (ATRIA, F., “¿Existen derechos sociales?”, *XVI Jornadas Argentinas de Filosofía Jurídica y Social*, 2005, pp.15-59).

⁵⁸⁹ REY CANTOR, E.; RODRÍGUEZ RUIZ, M. C., *Las generaciones de los derechos humanos...*, op. cit., p. 30.

⁵⁹⁰ Se conjugan así las pretensiones más relevantes de la lógica burguesa que requería para posibilitar la buena marcha de sus intercambios comerciales la recreación de la sociedad en un marco de paz y seguridad estables con el elogio racionalista que ve como se produce la anhelada ecuación entre Derecho y justicia. (ARA PINILLA, I., *Las transformaciones de los derechos humanos...*, op. cit., p. 97).

⁵⁹¹ RUIZ MIGUEL, C., “La tercera generación de los derechos fundamentales...”, op. cit., p. 302.

⁵⁹² Los derechos civiles y políticos son: la vida, la libertad física, la seguridad y la integridad física y moral de la persona humana, la propiedad privada, la intimidad personal y familiar, la inviolabilidad del domicilio y de la correspondencia privada, la libertad de pensamiento, de opinión, de expresión, las libertades espirituales (consciencia, culto y religiosa), la libertad de locomoción y los derechos a la defensa y al debido proceso. Como derechos políticos del

bandera de la libertad, son de corte ampliamente individualista por lo que, el derecho del enfermo a decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo podríamos encuadrarlo aquí. Si concebimos la libertad como autonomía del sujeto con respecto al Estado o a un poder externo, en el caso que nos atañe también podemos extrapolar que el sujeto enfermo manifiesta su libertad en la figura del consentimiento informado. El fundamento último es el derecho fundamental a la libertad de opinión y de expresión de ideas vinculado esencialmente con el necesario respeto a la vida y a la integridad física. Evidentemente para que un sujeto pueda manifestar su decisión en lo que respecta a su propia salud es necesario que, previamente, tenga conocimiento sobre lo que va a disponer. De ahí la importancia radical que ostenta la información previa al consentimiento y la necesidad que se constituya como derecho fundamental del paciente. No obstante, no sólo el derecho a la autonomía en el ámbito de la propia salud puede concebirse como un derecho de primera generación, del mismo modo que no todos los derechos de los enfermos pueden concebirse como de la misma generación. Esta afirmación es válida si entendemos que por “derechos de los enfermos” no sólo se incluye el logro de la libertad y de la autonomía en el ámbito de la propia salud. Por ello, aunque las primeras cartas de derechos de los pacientes parecían incluir este derecho de modo prácticamente exclusivo, no significa que sea el único que ampare al enfermo. En realidad lo que ha sucedido es que, durante tantos siglos el enfermo jamás pudo asumir ninguna decisión en el ámbito respectivo de su propia salud y, en el momento que surge un movimiento emancipatorio y de libertades individuales, el derecho a la propia autodisponibilidad del cuerpo también nace reforzado.

Veamos qué sucedió con los derechos denominados de segunda generación y si también los derechos de los enfermos tienen cabida en los mismos. Así, aunque el logro de los derechos humanos fundamentales y las libertades públicas constituyó un gran avance, no fue, sin embargo mucho el tiempo de complacencia⁵⁹³. Y es que, en efecto,

ciudadano pueden apuntarse el derecho al sufragio y el derecho a la participación democrática directa en la vida política del Estado, o por medio de representantes.(REY CANTOR, E.; RODRÍGUEZ RUIZ, M. C., *Las generaciones de los derechos humanos...*, op. cit., pp.117-118).

⁵⁹³ El individualismo, por propia definición no podía satisfacer los principios de libertad e igualdad de un modo real a los sectores social y económicamente más deprimidos debido a que el reconocimiento de la propiedad privada aseguraría únicamente la protección económica de la burguesía, determinando desigualdad social, económica y política de los trabajadores, y generando así injusticia social. (REY CANTOR, E.; RODRÍGUEZ RUIZ, M. C., *Las generaciones de los derechos humanos...*, op. cit., pp. 146-147).

“la vocación de eternidad que subyacía en la instauración del régimen liberal burgués se iba a ver inmediatamente superada por la fuerza de los hechos, por la potencia del progreso social”⁵⁹⁴. De este modo se abandonó forzosamente el dogma del *laissez faire* a favor de la intervención del Estado en la economía, de modo que permitiera “garantizar el pleno empleo y el aumento de las rentas del trabajo con la tarea de proporcionar a la generalidad de los ciudadanos las prestaciones sociales necesarias y los servicios públicos adecuados para el pleno desarrollo de su personalidad”⁵⁹⁵. A diferencia de los derechos considerados de primera generación en los que el sujeto mantiene una actitud pasiva y cuya articulación jurídica se opera a través de la policía administrativa, los derechos de segunda generación se configuran como derechos de participación, de carácter más activo y cuya articulación se va a realizar a través de la técnica jurídico-administrativa del servicio público⁵⁹⁶. El Estado no aparece ya como el garante de la seguridad necesaria para el mejor desarrollo de las transacciones económicas de la clase burguesa (Estado liberal), sino que él mismo asume ahora la propuesta y la realización de una amplia serie de objetivos sociales (Estado social de derecho)⁵⁹⁷. Así, llegó un momento en que la protección de los derechos civiles y políticos se hizo deficiente o, más bien el hecho de la legitimación de los principios liberales, unido a la inevitable dinámica del progreso social y de la revolución económica, conllevó a una inevitable diferencia entre las clases, no sólo económicas, sino también sociales. Así, como ya anticipamos, los movimientos revolucionarios obreros, gestaron los derechos humanos de segunda generación: los derechos sociales, económicos y culturales y el reconocimiento de los mismos se llevó a cabo bien a través de la ley o mediante la Constitución⁵⁹⁸.

⁵⁹⁴ ARA PINILLA, I., *Las transformaciones de los derechos humanos...*, op. cit., p. 101.

⁵⁹⁵ PÉREZ LUÑO, A. E., *Derechos humanos, Estado de Derecho y Constitución*, Tecnos, Madrid, 2005, p. 224.

⁵⁹⁶ RUIZ MIGUEL, C., “La tercera generación de los derechos fundamentales...”, op. cit., p. 302.

⁵⁹⁷ Además, esta asunción no se produce de modo espontáneo, sino como necesaria consecuencia de una incontenente demanda ciudadana. Los individuos ostentan ahora la titularidad de un progresivo bloque pasivo frente a sus componentes, mientras que el Derecho se legitima cada vez más como “técnica de gestión”. (ARA PINILLA, I., *Las transformaciones de los derechos humanos...*, op. cit., p. 101).

⁵⁹⁸ Así en Inglaterra los derechos sociales lograron un reconocimiento inicial por medio de las leyes logradas del Parlamento tras la imposición de huelgas generales: prohibición de los trabajos del subsuelo para mujeres y niños (1842); reducción de la jornada laboral a cinco horas y media para los niños trabajadores de la industria textil (1844); el establecimiento de la jornada laboral en diez horas (1847). Dichos logros fueron obtenidos por el aporte revolucionario del

En el ámbito que nos concierne, que es la ubicación de los derechos de los enfermos, nos debemos de referir, dentro de los derechos de segunda generación, necesariamente a los derechos sociales. Como hemos dicho, se produjo un abismo cada vez más intolerable entre la “medicina para ricos” y la “medicina para pobres”, que obligó a socializar en una u otra manera la asistencia médica. Pero antes de llegar a este punto las constituciones de los diferentes países debieron de reconocer de un modo u otro el derecho a la salud. Así, en el año 1917, fue la Constitución mexicana de Querétaro la primera en reconocer los derechos sociales (dos años antes que la Constitución alemana de Weimar). En el art. 4 de esta Constitución se proclama: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la facción XVI del artículo 73 de esta Constitución⁵⁹⁹”. Posteriormente las constituciones nacionales de diferentes países así como las instituciones internacionales proclamaron los derechos sociales, económicos y culturales, introduciendo entre ellos el derecho a la protección de la salud⁶⁰⁰.

movimiento llamado Cartismo. En Francia por su parte, dicho reconocimiento ascendió a la Constitución de 1848 como fruto de las reivindicaciones de la clase obrera. Una de las novedades más destacadas de esta constitución es que a los valores ya tradicionales de libertad e igualdad se añade el valor de la fraternidad, como aporte de la lucha de los obreros franceses que no tuvieron otra alternativa que solidarizarse entre sí para defenderse del poder económico de la burguesía. (REY CANTOR, E.; RODRÍGUEZ RUIZ, M. C., *Las generaciones de los derechos humanos...*, op. cit., pp.120-132).

⁵⁹⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917, Fe de erratas 6 de febrero de 1917. En: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf> (Última visita: 29/5/2013).

⁶⁰⁰ Así, la Constitución de 1918 de Weimar establece en su artículo 161: “El reich creará un amplio sistema de seguros para poder, con el concurso de los interesados, atender a la conservación de la salud y de la capacidad para el trabajo, a la protección de una maternidad y a la previsión de las consecuencias económicas de la vejez, la enfermedad y las vicisitudes de la vida”. A nivel internacional destaca la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 cuyo art. 3 proclama: “Todo individuo tiene derecho a la vida, la libertad y a la seguridad de su persona; el art. 22: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización de y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”. Por último el art. 25.1 afirma: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”. (Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217^a (III) el 10 de diciembre de 1948 en París. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexesp.pdf>. (Última visita: 30/5/2013). Por su parte el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales de 1966,

Surge así una novedosa visión de la persona enferma. Con el reconocimiento de la protección de la salud y de la vida, ya no se protege al paciente como tal, sino a toda persona que, por el hecho de serlo, pueda potencialmente ponerse enferma. Por otra parte, al extender el derecho a la salud a *cualquier* persona, se reivindica en cierto modo una suerte de *socialización de la medicina*: Desde la ley de Bismark que en 1883 creó en Alemania las *krankenkassen* (seguros de salud), hasta los seguros obligatorios de enfermedad de Gran Bretaña y España, pasando por la total socialización de las asistencia médica en la Unión Soviética y en otros países socialistas, apenas existe un país civilizado en el que no se haya producido de un modo u otro un tipo de ayuda para con el enfermo⁶⁰¹.

Puede observarse que el derecho a una asistencia médica aparece encuadrado en la llamada segunda generación de derechos, en los que el Estado se autoimpone un auto-deber de hacer positivo, como la satisfacción de necesidades o la prestación de servicios. Si consideramos que el derecho a una asistencia médica en caso de enfermedad se engloba como uno de los derechos que amparan a la persona enferma, podremos deducir que existe otro derecho de los pacientes que se puede encuadrar en esta generación. Pero, ¿es el derecho a la salud o, más bien a la asistencia sanitaria un “derecho del paciente”? El derecho a la asistencia médica puede encuadrarse dentro del ámbito de la gestión prestacional administrativa, fundamentado en el principio de

establece en su art. 9: “Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”; en su art. 12.1 afirma: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y en su art. 12.2.c, como una de las medidas a adoptar por los Estados Partes se encuentra “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. (Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales adoptado por la adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200(XXI) el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales adoptado por la adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200(XXI) el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Disponible en: http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos_internacional/es/naciones_unidas/common/pdfs/D.2-cp--PACTO-INTERNACIONAL-DE-DERECOS-ECON-OO-MICOS.pdf. (Última visita: 30/5/2013).

⁶⁰¹ LAIN ENTRALGO, P., *El médico...*, op. cit., p. 197. En este sentido, este autor ha establecido cinco manifestaciones principales de la socialización de la medicina: 1. Por una parte, la conciencia ética del hombre de la calle rechaza de un modo absoluto la discriminación terapéutica por razones de carácter económico; 2. Desde el paciente menesteroso de la Edad Media, al paciente proletario, se ha creado la conciencia del derecho al cuidado de su enfermedad; 3. Hoy todo enfermo se siente en el derecho de solicitar asistencia facultativa ante la más mínima dolencia; 4. Desde hace algunos años, la enfermedad se ha visto como fuente de derechos extra-médicos; 5. De un modo u otro, la medicina se ha burocratizado.

justicia distributiva que veremos en el tercer capítulo. No obstante, sin la cobertura del derecho a una asistencia médica, difícilmente el paciente (considerado como *cualquier* persona enferma) podrá desarrollar sus específicos derechos. Por tanto, dentro de los “derechos de los enfermos” existen múltiples diferencias entre ellos (ya que se trata de derechos diversos), que parecen emanar de diferentes principios o de otros derechos fundamentales que los orientan o sirven de sustento, por lo que pudieran encuadrarse en una u otra generación. En realidad de poco nos vale la catalogación de los derechos de los enfermos en una u otra de las categorías debido a su propia particularidad.

La cuestión es que, en el ámbito de la salud y de los derechos de los enfermos, parece que nos hemos movido en líneas diametralmente opuestas al de los derechos humanos en general. Como hemos visto, los derechos humanos son derechos históricos que surgen de manera gradual en virtud de los primarios intereses en un momento determinado. Así, los derechos de primera generación son fundamentalmente los civiles y políticos amparados por la idea de libertad, mientras que los de segunda generación buscan paliar los desequilibrios y desigualdades mediante programas o estrategias estatales. Pues bien, el derecho a una asistencia médica igualitaria surgió histórica y cronológicamente de un modo anterior a como lo hizo el derecho a la autonomía o libertad en el ámbito de salud. En este campo primó el reconocimiento de la asistencia médica como un derecho exigible en aras de la justicia, de modo previo a la libertad individual a la hora de tomar una decisión en el ámbito de la salud y la enfermedad personales. En el ámbito de la salud, si consideramos que la cronología es decisiva a la hora de priorizar reivindicación de derechos, históricamente se consideró preeminente una asistencia médica igualitaria por encima de la individualidad y auto disposición de la propia salud y del propio cuerpo. Quizás por ello en la actualidad se hace imperioso conjugar los principios de redistribución de este bien escaso y la importancia de la responsabilidad sobre el propio cuerpo como una suerte de nueva libertad individual.

1.5. Recapitulación

El descubrimiento de la autonomía del individuo debe considerarse como un hecho característico de la modernidad. En el campo de la medicina, como hemos visto, ha primado históricamente el principio de la beneficencia. Esto se encontraba fundamentado por un principio esencial: que los fines y objetivos de los médicos eran los mismos que los de sus pacientes, sus intereses eran coincidentes: el mayor interés

del enfermo. A esta situación se sumaba que al enfermo (*in firmus*, falta de firmeza) se le concebía tradicionalmente como un ser débil y desvalido, necesitado de la protección de su médico que, con sabiduría y benevolencia, sabría elegir lo mejor para él. El médico decidía en lugar del paciente y por el bien del paciente, presuponiendo que lo que él buscaba también era ansiado por el enfermo. Pero en la época que hemos tratado se produjo una extraordinaria novedad que trasladó su espíritu al campo sanitario: la introducción de las ideas de libertad e individualidad. No obstante, debemos de apreciar la tardanza con la que los derechos de los enfermos hicieron su aparición en este campo respecto a los derechos humanos y libertades fundamentales. Las causas pueden ser variadas: el real desvalimiento del enfermo, la indubitada autoridad del médico en base al conocimiento que éste poseía del proceso de salud y enfermedad, la rigidez e inmovilidad de la institución médica y la creencia nunca cuestionada (ni por enfermos ni por profesionales) de que los intereses de unos y otros confluyen en un mismo punto.

Los derechos humanos se encuentran íntimamente vinculados con la idea de dignidad humana y son al mismo tiempo las condiciones del desarrollo de esa idea de dignidad. Así, el derecho ha de cumplir un objetivo bien definido: lograr que la vida de los individuos en sociedad pueda crecer en dignidad sin ser enturbiada por quienes les rodean. Esta afirmación podemos trasladarla al campo de los derechos de los pacientes: el valor dignidad fundamenta los derechos de los enfermos desde la antigüedad, como la intimidad o el propio derecho a la vida. Por otra parte la libertad, que es el derecho que los enfermos reivindican históricamente por vez primera a la hora de “emanciparse” en la relación clínica, también encuentra su razón última en el valor fundamental de la dignidad humana.

Al igual que se produjo una emancipación de los individuos en el plano político y social, en el ámbito biomédico también se produjo un movimiento de reivindicación de los derechos de los enfermos en el que consideramos coadyuvaron diversos elementos. Cada uno de ellos contribuyó a la materialización de un logro en el ámbito que tratamos.

Por una parte se produjo la traslación al ámbito biomédico de la idea de libertad, autonomía e individualidad que había teñido las primeras declaraciones de derechos a nivel mundial. Bien es verdad que, pese a la exaltación de esos primeros teóricos liberales, el principio de la beneficencia en el entorno médico estaba demasiado arraigado y tardó casi doscientos siglos en penetrar en él la idea de autonomía. Lo hizo a

través de la materialización de la “Carta de los Derechos de los Pacientes” del año 1973 promovida por la Asociación Americana de Hospitales, en la que, pese a su nombre, no se trataba más que de la culminación del descubrimiento del derecho al Consentimiento Informado. También hemos de reconocer que este logro fue el fruto de la tradición jurisprudencial anglosajona, y en nuestro país (al igual que otros de tradición continental) no se asumió el mismo hasta que dicha fase judicial no pasó a ser propiamente estatutaria. Así fue la Ley General de Sanidad de 1986 la que en su artículo décimo recogió un elenco de derechos de los pacientes (también monopolizado por el consentimiento informado). Pero fundamentalmente fue la Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica la que logró un mayor perfeccionamiento en lo que respecta a la concreción de la libertad del enfermo en el ámbito de su salud. Así, esta ley modificó en gran parte el artículo décimo de la Ley General de Sanidad.

El espíritu liberal también intentó extenderse al campo de la actividad médica, promoviendo la libertad de ejercicio entre los profesionales de la medicina. Pero también en este ámbito existía un principio muy arraigado, esta vez basado en el monopolio médico, fundamentado en la “noble tarea que desempeñaban”. Así el ejercicio libre o no monopolista de la medicina parece una tarea definitivamente enterrada, pero no tanto por ese fundamento sino más bien por razones de justicia social. En la actualidad conviven de modo mayor o menormente armonioso la práctica privada con la “medicina socializada”, esta última justificada en aras del bien común.

Por otra parte, en el éxito de la consecución de los derechos de los pacientes también contribuyó una de las mayores novedades en la medicina actual: la introducción del sujeto en medicina. Por primera vez al ser humano enfermo se le tiene en cuenta como sujeto personal, lingüístico y biográfico, ya que los médicos comienzan a introducir en su pensamiento y en su práctica los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad. En este hecho tuvo gran influencia la psiquiatría con el estudio y tratamiento de las neurosis, debido a la percepción de que existían múltiples elementos subjetivos y personales que influían en la enfermedad.

El último de los elementos que consideramos influyentes en el logro de los derechos de los enfermos fue la lucha por la igualdad, esta vez de nuevo trasladada al ámbito sanitario. Las diferencias sociales durante finales del siglo XVIII y a lo largo de todo el

XIX se hicieron cada vez más acuciantes, y con ellos creció el abismo existente entre una “medicina para ricos” y una “medicina para pobres”. Las luchas de las masas proletarias contra esa partición de la asistencia médica lograron poco a poco sus frutos en los diferentes países, algunos mediante la creación de leyes, como Inglaterra, y otros con la aprobación de sendas constituciones dando paso al Constitucionalismo Social. En este último caso podemos englobar la Constitución Francesa de 1848 y la Constitución de Querétaro de 1917, primera que recoge los derechos sociales, económicos y culturales, entre ellos el derecho a la protección de la salud.

Llegados a este punto y revisados los elementos que coadyuvaron al logro de los derechos de los pacientes, así como el resultado de los mismos, pasamos a cuestionarnos en cuál de las generaciones de derechos humanos podemos encuadrar los derechos de los pacientes. Consideramos que esta clasificación de los derechos humanos no resulta operativa en el caso que tratamos y en este sentido hemos considerado dos apreciaciones: En primer lugar debemos reconocer que por el término “derechos de los pacientes” podemos englobar un amplio elenco de los mismos. Dentro de los derechos de los enfermos existen múltiples diferencias entre ellos que parecen emanar de diferentes principios o de otros derechos fundamentales que los orientan o sirven de sustento. Así, el derecho de autonomía del propio cuerpo y de la propia vida que no es más que una prolongación del derecho fundamental de libertad individual deberíamos encuadrarlo indubitadamente en la primera generación. No obstante, el derecho a la salud aparecería como derivación de la aplicación por parte del Estado de una serie de medidas y programas con el fin de satisfacer los objetivos sociales. En este caso, el derecho a la salud aparece dentro de los derechos sociales, encuadrados en la denominada segunda generación de derechos. En segundo lugar hemos observado que en el caso de los derechos de los pacientes el logro del reconocimiento de la autonomía individual ha cedido su “posición cronológica” al derecho a una asistencia sanitaria equitativa. Una vez más vemos el estable asentamiento que el principio de beneficencia ha operado durante siglos en el ámbito de la medicina. No fue más que en el pensamiento estadounidense, país de fuerte tradición liberal y enaltecadora de los principios de la autonomía y de la libertad individual, donde pudo nacer el principio de autonomía en el ámbito bio-médico, materializado en la fórmula del consentimiento informado.

Además de las ideas revolucionarias surgidas en los ámbitos civil y político, hubo una serie de hechos sociales y científicos que también van a influenciar de un modo u otro en la conformación a nivel mundial de los derechos de los enfermos. En este sentido, sin el nacimiento de la Bioética como disciplina independiente éstos tampoco hubieran tenido razón de ser. Veamos cual fue el proceso y su consecuente materialización.

2. LA INFLUENCIA DE LA BIOÉTICA EN LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS

La Bioética como disciplina tiene una vida bastante reciente. No es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando puede considerarse que surge ésta. Como puede observarse, el nacimiento de los que se consideran derechos de los pacientes materializados en la Carta de los Derechos de los Pacientes surge prácticamente en el mismo momento histórico, por lo que la estrecha relación entre uno y otra es innegable.

El término Bioética es utilizado por primera vez en el año 1970 por el oncólogo Van Rensselaer Potter, quien utilizó por primera vez este concepto, quedando definitivamente consagrado en su obra *Bioethics: Bridge to the Future* un año después. No obstante, el término tiene un nacimiento casi simultáneo en Georgetown en la persona de André Hellegers. Para el cancerólogo de Madison, el término “bioética” tenía un sentido ambiental y evolucionista como “nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de valores humanos”. Potter aspiraba crear una disciplina que fuese como un puente entre dos culturas: las ciencias y las humanidades; su objetivo último era que la nueva disciplina “no sólo enriqueciera las vidas humanas, sino que prolongase la supervivencia de la especie humana en una forma aceptable de sociedad”⁶⁰². La visión de la bioética que imaginó Potter era antropocéntrica (centrada en la supervivencia humana) más que biocéntrica (en torno a la supervivencia de toda la biosfera). Por su parte Hellegers sacó a la luz la nueva disciplina no tanto a través de grandes publicaciones sino estimulando el diálogo mediante conversaciones y escritos. Entendió su misión también como un puente, “una persona puente entre la medicina, la filosofía y la ética”⁶⁰³.

Hellegers era un obstetra católico, muy preocupado por los problemas éticos relacionados con el origen de la vida. Se ha afirmado que la concepción de la bioética que promovía Hellegers y la Universidad de Georgetown era bien diferente de la propuesta por Potter, quedando finalmente la idea general de éste como marginal⁶⁰⁴. En

⁶⁰² PORRAS DEL CORRAL, M., “Biotecnología, Bioética y Derechos Humanos”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coordinador), *Bioética y Derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, p. 146.

⁶⁰³ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética*, Editorial Verbo Divino, Estella (Navarra), 1998, p. 16.

⁶⁰⁴ CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*, Ediciones Palabra, Madrid, 2005, pp. 16-17.

este sentido formó parte de la Comisión que nombró Pablo VI en 1964 para el estudio de los métodos anticonceptivos. Así la publicación de la encíclica *Humanae Vitae* en el año 1968 está muy relacionada con el nacimiento de la bioética. Esta encíclica posicionó a muchos teólogos, provocando el modo de análisis teológico-moral de estos problemas⁶⁰⁵. En este sentido, en el nacimiento y desarrollo primero de la bioética hay que hacer notar el papel de primer plano jugado tanto por filósofos como por teólogos, tanto católicos como protestantes. Incluso hoy en día puede verse la impronta dejada por el pensamiento de la Iglesia que convive con el laico: “A diferencia de lo que acontece en Estados Unidos, en donde a partir de los años 70 se produce un proceso de secularización de la bioética, anteriormente muy marcada por la obra de teólogos de dicho país, en España la presencia eclesial sigue siendo muy importante en este campo”⁶⁰⁶. No obstante, no debemos proseguir sin mencionar las principales aportaciones para la conformación de la bioética que han tenido lugar en España: Francesc Abel creó el *Institut Borja de Bioética* en el año 1975, primer instituto de bioética en España. Son también relevantes las figuras de Javier Gafo, director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas; la labor llevada a cabo por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; el Máster de Bioética en la Universidad Complutense dirigido por Diego Gracia; así como la creación de la Cátedra de Derecho y Genoma Humano en la Universidad de Deusto, cuyo titular es Carlos M^a Romeo Casabona o la Sociedad Internacional de Bioética fundada por Marcelo Palacios. También es de destacar la labor que desde el ámbito de la moral ha venido

⁶⁰⁵ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid, 2004, p. 107. En este sentido, Potter junto con André Hellegers, el cual delimitó el campo de la disciplina, se consideran los fundadores de la bioética. Aunque Potter utilizara por primera vez el término “bioética”, a Hellegers, aunque más desconocido, no debe restarse ni un ápice su aportación. Este médico fundó seis meses después de la publicación de la conocida obra de Potter el *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, que posteriormente se denominaría *The Kennedy Institute of Ethics*. Este instituto pertenecía a la Georgetown University of Washington, una Universidad católica dirigida por jesuitas. Así, el mérito de Hellegers consistió en ampliar el campo de la bioética no sólo sobre la medicina, sino sobre las ciencias biológicas en general. (GONZÁLEZ R. ARNAIZ, G., “Bioética: saber y preocupación”, en JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. (director), *Bioética y Bioderecho. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*, Editorial Comares, Granada, 2008, pp. 5-6; VÉLEZ S. J., J., *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2003, p. 9).

⁶⁰⁶ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética*, op. cit., p. 36.

desarrollando el Instituto Superior de Ciencias Morales (ISCM) en la reflexión bioética a través de las figuras de Marciano Vidal y F. Javier Elizari⁶⁰⁷.

En lo que respecta a la composición de la expresión bioética, ésta es de etimología griega y hace relevancia a dos realidades muy relevantes para el ser humano: *bios* (vida) y *ethos* (ética). El significado del término lo define su autor como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales”.⁶⁰⁸ De acuerdo con esta definición, la bioética es una rama de la ética que se ocupa de analizar la experiencia del deber en la realidad compleja de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud que comprende aspectos como: las políticas sanitarias, la definición de salud y enfermedad, la relación sanitaria, la ética de los profesionales sanitarios, la utilización de la tecnología sanitaria, la investigación en ciencias de la vida, etc.⁶⁰⁹.

En el campo que nos atañe el nacimiento de la bioética tuvo una influencia decisiva en los derechos de los enfermos, o más bien en los principios axiomáticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia que sirvieron de apoyatura a los mismos⁶¹⁰. En este sentido, la teoría del principialismo ha sido una de las más sobresalientes, debiendo su nombre a Beauchamp y Childress, en su obra *Principles of Biomedical Ethics*⁶¹¹. La crítica que generalmente se formula a la teoría de los principios estriba en la dificultad de aplicar una serie de principios de por sí abstractos a

⁶⁰⁷ PORRAS DEL CORRAL, M., “Biotecnología, Bioética y Derechos Humanos”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coordinador), *Bioética y Derechos humanos...*, op. cit., p. 147; DE LA TORRE, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la Bioética Española*, Univ. Pontificia Comillas, Madrid, 2011.

⁶⁰⁸ En este sentido, estamos ante un término nuevo para afrontar una realidad ya antigua, debido a las estrechas dimensiones morales implicadas en el ejercicio de la medicina. (GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 11).

⁶⁰⁹ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, Núm. 20, Universidad de Deusto, 1999, pp. 10-11.

⁶¹⁰ “Desde una perspectiva metodológica, la Bioética parte en su proceso discursivo, no sólo del plano de los principios, sino también examinando las respectivas consecuencias. Y afronta sin rehuir los múltiples problemas biomédicos desde los principios axiomáticos de: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia”. (BLÁZQUEZ-RUIZ, F. J., *Igualdad, libertad y dignidad...*, op. cit., p. 170).

⁶¹¹ BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., *Principios de Ética Biomédica*, Masson, Barcelona, 1999.

las complejas circunstancias del caso concreto⁶¹². No obstante afirmamos que en este ámbito ha sido el principio de autonomía el primero en resaltarse y reconocerse, quizás exaltado para contrarrestar el tradicional reconocimiento del criterio de beneficencia por una parte, y como contrarréplica frente a los abusos (y agresiones) acometidos sobre los derechos de dignidad y autonomía del individuo por otra. En este sentido existe una corriente de origen principalmente anglosajón que afirma una autonomía radical del individuo, aunque la realidad muestra situaciones mucho más controvertidas en las que no se puede aplicar este principio de un modo total y absoluto⁶¹³.

En definitiva la bioética va a nacer como disciplina en el año 1971 ante la gran cantidad de problemas éticos que se comienzan a producir en la investigación y en los tratamientos médicos⁶¹⁴. Es en esta afirmación cuando se muestra la relación directa entre los términos bioética, paciente y su derecho a la autonomía. Si la investigación sobre seres humanos va a cuestionarse ante los abusos de ésta, la bioética como disciplina va a utilizar la herramienta de la autonomía otorgándola a esos individuos sobre la que se está realizando.

2.1. Los principios de beneficencia y autonomía. El principio de autonomía como premisa. Factores propulsores en la reivindicación de la autonomía del enfermo en la relación clínica.

Como ya hemos visto tradicionalmente la medicina ha estado orientada por el criterio de beneficencia y el de no hacer daño o no maleficencia (*primum non nocere*). El sujeto enfermo se constituía como eje sobre el cual giraba la actuación médica, era en definitiva el fin y la razón de ser de ésta. El profesional clásico justificaba sus acciones desde el principio de beneficencia⁶¹⁵ (incluso hoy en día, en determinadas actuaciones médicas puede observarse como imperante este criterio de actuación). No obstante, simplificando en extremo la realidad, llegó un determinado momento en que los avances

⁶¹² PORRAS DEL CORRAL, M., “Biotecnología, Bioética y Derechos Humanos”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coordinador), *Bioética y Derechos humanos...*, op. cit., p. 148.

⁶¹³ LEÓN CORREA, F. J., “Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva”, en <http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/index2.htm> (Última visita: 1 de agosto de 2013). Sobre estos aspectos nos volveremos a referir a lo largo de los siguientes subepígrafos.

⁶¹⁴ SÁNCHEZ CARAZO, C., “Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información” en FEITO, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004, p. 124.

⁶¹⁵ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 83.

científicos sobrepasaron el “propio interés del paciente” sustituyéndolo por el “propio interés de la ciencia” justificado en el “propio interés de la colectividad”. Es en este contexto donde podemos ubicar el nacimiento de la bioética como disciplina independiente: “en la *preocupación por la supervivencia del ser humano y de su calidad de vida*”⁶¹⁶.

En este sentido, consideramos que existen una serie de factores propulsores que incitaron que la tradicional situación cambiase. Llegó un momento en que la nueva etapa propició que se cuestionase la situación alcanzada ante la gran cantidad de problemas éticos que comenzaron a producirse en la investigación y en los tratamientos médicos, reivindicando consecuentemente la transformación de la misma. Esta afirmación no obsta para precisar que algunos de ellos fueron los que incidieron de modo directo en los derechos de los enfermos, mientras que otros lo hicieron en otras parcelas de la vida. Por otra parte, debemos recalcar de nuevo que por el término “derechos de los enfermos” se conforma un gran número de atribuciones de los pacientes, y que fue con la conquista de la autonomía como históricamente parecieron lograrse. En otro sentido, y tal y como recalca el profesor Gracia, tampoco debemos de identificar autonomía sólo y exclusivamente con la figura del consentimiento informado. El consentimiento informado no es el núcleo fuerte del principio de autonomía sino más bien una consecuencia suya⁶¹⁷. Existen también otros derechos reconocidos tradicionalmente, como por ejemplo la intimidad, que, en el momento de exacerbación del papel del sujeto enfermo, lograron acentuarse. Veamos cuáles fueron esas circunstancias que favorecieron el inicio de la reforma.

Si pudiéramos destacar un solo factor predominante en la conformación y exaltación del principio de autonomía del individuo en la relación sanitaria éste sería el relacionado con los abusos en la investigación científica que, en no pocas ocasiones, viene de la mano de las innovaciones y vertiginosos avances médicos⁶¹⁸. No obstante, no sólo

⁶¹⁶ GONZÁLEZ R. ARNAIZ, G., “Bioética: saber y preocupación”, en JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. (director), *Bioética y Bioderecho. Reflexiones jurídicas...*, op. cit., p. 6.

⁶¹⁷ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 84.

⁶¹⁸ De similar opinión es el profesor González Morán: “La rebelión en contra de esa forma de hacer la medicina, marcada por una relación asimétrica entre el médico (quien pone la ciencia) y el enfermo (que debe poner exclusivamente la confianza y la obediencia y no hacer preguntas) (...) el detonante más atronador fue el conocimiento, en primer lugar, y la rebelión, subsiguientemente al conocimiento de las auténticas atrocidades cometidas en el campo de la investigación con humanos”. (GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho*:

fueron en el campo biomédico el lugar donde se dieron las circunstancias que promovieron la autonomía del ser humano en este ámbito, sino que un gran entramado de acontecimientos y situaciones, unidos a una especial predisposición general fomentaron que el “caldo de cultivo” fuera el idóneo para que las cosas comenzaran a cambiar. Piénsese que estos factores acaecieron de modo paralelo y conjunto a lo largo de los años, por lo que la conjunción de unos y otros incitaron las bases del nacimiento de un nuevo pensamiento y una transformación en la forma de tomar las decisiones en el campo biomédico.

En este epígrafe hemos considerado como principales factores influyentes en el nacimiento de la bioética los siguientes: en primer lugar la situación cultural y política de signo reivindicativo y liberal; por otra parte los extraordinarios avances médicos y científicos, y por último, en íntima relación con el anterior, los abusos producidos en la investigación biomédica.

2.1.1. *La situación política y cultural, ubicación necesaria del derecho a la libertad.*

Es de resaltar que la situación para el cambio se dio inmersa en un espíritu impregnado por la reivindicación de la libertad individual y por los derechos de los individuos, en consonancia con las tradiciones políticas y culturales de Estados Unidos, ya que este país fue la cuna de la transformación. Por tanto la nueva disciplina de la bioética va a nacer bajo el signo de la autonomía, de tal manera que el principio de respeto por la autonomía va a ser el sello distintivo de los primeros años de la bioética. Consecuentemente no podemos entender el nacimiento de este principio sin obviar una serie de transformaciones políticas y culturales que van a influenciar el futuro desarrollo y conformación del nuevo papel que va a asumir el sujeto enfermo. En este sentido, en los años sesenta y setenta proliferó un conjunto de movimientos que tendían a la búsqueda de una nueva cultura impregnada de ideales como la libertad, la justicia y la igualdad, unidos a la desconfianza en el poder de las grandes instituciones. La medicina constituía una de esas instituciones o al menos lo era por aquel entonces⁶¹⁹. Como bien sabemos este proceso ya se gestó en la Europa del siglo XVII y eclosionó finalmente en el XVIII, prolongándose a lo largo de los dos siglos subsiguientes.

libertad, vida y muerte, Dykinson, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2006, pp. 45-46).

⁶¹⁹ SÁNCHEZ CARAZO, C., “Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información” en FEITO, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, op. cit., p. 128.

Pues bien, durante la dos últimas décadas del ya pasado siglo se habla de un movimiento social muy preciso que va a afectar al campo biomédico. Nos referimos a la fusión de las esferas política y no política de la vida social desdibujándose la línea divisoria que deslinda los asuntos y comportamientos “públicos” de los “privados”. Como dice el sociólogo político Claus Offe, “este diagnóstico podría apoyarse al menos en tres fenómenos distintos: a) El aumento de ideologías y de actitudes “participativas” que llevan a la gente a servirse cada vez más del repertorio de los derechos democráticos existentes; b) El uso creciente de formas no institucionales o no convencionales de participación política, tales como protestas, manifestaciones, huelgas salvajes; y, por último, c) las exigencias y los conflictos políticos relacionados con cuestiones que se solían considerar temas morales (por ejemplo, el aborto) o temas económicos (la humanización del trabajo) más que estrictamente políticos”⁶²⁰.

El ser humano es reconocido como autónomo, puesto que se da las leyes morales a sí mismo. Con la autonomía surge el pluralismo, las confrontaciones entre las diferentes ideologías y la búsqueda de una armonización entre la pluralidad y el respeto a la diferencia. Obviamente esta transformación supuso la crisis del modelo paternalista anterior, en la que la incapacidad del enfermo hacía recaer en el profesional sanitario toda decisión sanitaria que le incumbiera⁶²¹.

Es de destacar que el movimiento de “rebelión de los derechos de los enfermos” no se realizó de un modo tan específico. Es decir, los pacientes no se unieron para reivindicar sus derechos, al menos de un modo originario, a diferencia de otros movimientos sociales como el estudiantil, el feminismo, la liberación sexual, las luchas ecológicas, los movimientos ciudadanos, las minorías étnicas y lingüísticas. En realidad el contorno del colectivo “enfermos o pacientes” no estaba tan delimitado ni demandaba de modo específico unos derechos de los que se consideraba tributario. Originariamente los enfermos se equipararon a los consumidores, específicamente a “consumidores de servicios sanitarios”, tal y como puede observarse en el considerado primer código de derechos de los enfermos del año 1970. En este sentido, en el año 1969 la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (organización privada norteamericana) procedió

⁶²⁰ OFFE, C., *Partidos políticos y nuevos sistemas sociales*, Editorial Sistema, Madrid, 1996, pp. 163-239.

⁶²¹ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 11.

a la revisión de su Reglamento, y permitió a las asociaciones de consumidores participar en esta tarea. De este proceso de negociación surgió en el año 1970 este documento primigenio, que fue la base para la futura Carta de los Derechos de los Pacientes (*Patient's Bill of Rights*) del año 1973⁶²². Como bien sabemos la aparición del código de derechos de los enfermos ha sido la culminación del descubrimiento del derecho del consentimiento informado. Por tanto, parece que la historia nos demuestra que los “derechos de los enfermos” no surgieron de éstos como una reivindicación manifiesta. En realidad la extenuante problemática judicial en torno a la autonomía del paciente y la evitación de las consecuentes demandas por parte de los enfermos, promovió a las instancias hospitalarias el reconocimiento de un elenco de derechos a los pacientes.

Esta afirmación encuentra su apoyatura en el pensamiento de Gracia cuando habla sobre la bioética y los fines de la medicina: “La bioética ha estado hecha y dirigida principalmente por profesionales sanitarios, que creen tener claros cuáles son los fines de la medicina, y cuyo problema es resolver los conflictos que les plantea la utilización de nuevos medios técnicos. La bioética se ha preguntado mucho por los medios, porque estos medios son los que maneja el profesional, y éste, se halla muy interesado por saber cómo pueden resolverse los conflictos que estos nuevos procedimientos plantean, tiene muy poca sensibilidad por el problema de los fines”⁶²³. Así, tanto la bioética como los derechos de los enfermos dentro de cuyo espacio ocupan una parte han sido construidos “desde fuera”, han sido otorgados por los hospitales, por los profesionales sanitarios en suma, provocando una serie de consecuencias no sólo en el nuevo papel que asume el sujeto enfermo, sino en el propio concepto tradicional de salud.

En consonancia con ese ambiente cultural, en 1948, con la aparición de la Declaración de los Derechos Humanos, la autonomía y libertad de la persona comienza a defenderse como un principio básico para el ser humano. Así, la influencia de este espíritu contagió las reivindicaciones sociales en aras de la libertad y de los derechos de los individuos, incluidos los derechos de los enfermos, o más bien, y siguiendo nuestra teoría, la concesión de los mismos. La exaltación de estos pensamientos coincidió significativamente con el desarrollo de novedosas técnicas sanitarias, aunque las mismas ya venían desarrollándose años antes. Y si en la década de los años cincuenta el avance científico en el ámbito de la biomedicina se veía como un bien indiscutible, sin

⁶²² GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 174.

⁶²³ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 86.

mezcla alguna de mal; en la década siguiente ese optimismo acrítico comenzó a ser cuestionado⁶²⁴.

2.1.2. Las transformaciones en el ámbito biomédico. Las reservas ante la capacidad ilimitada de la ciencia.

Pues bien, el segundo factor que consideramos relevante en la conformación de la autonomía del individuo en la relación sanitaria fue el asombroso e inquietante avance biomédico, que comenzó a suscitar reservas en cuanto a la capacidad aparentemente ilimitada de la ciencia. El período comprendido desde el final de la Segunda Guerra Mundial en 1947 hasta el año 1987 ha sido descrito como el del crecimiento explosivo en la medicina, aunque éste ha sido un proceso imparable y, como bien demuestra la realidad, parece inacabado.

Por otra parte, además del espíritu global impregnado de ideales de libertad, autonomía y solidaridad, la generalidad de las personas de esa época había adquirido la suficiente toma de conciencia de las amenazas que gravaban la posibilidad misma de la vida en nuestro planeta. No sólo las amenazas de hecatombe nuclear, debida a una nueva guerra mundial siempre posible; amenazas de una catástrofe ecológica debido a la grave y siempre creciente contaminación del aire, el agua, la tierra, por tanto de todo lo que el hombre come y respira, en una palabra, la contaminación de la biosfera. Además se considera otra amenaza, la que se refiere a los nuevos poderes sobre la vida otorgados por los recientes desarrollos de las ciencias biomédicas⁶²⁵. En definitiva surge el planteamiento de problemas éticos ante los novedosos avances científicos.

Pero este hecho no se limita a la época que hemos tratado a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial. Remontándonos mucho más atrás en el tiempo podemos observar cómo determinados avances médicos suscitaron en su día problemas éticos, y promovieron el planteamiento de la remoción de determinadas actuaciones tradicionales durante siglos en la medicina. En el siglo XIX, concretamente en el año 1844, el odontólogo Horace Wells utilizó por vez primera la anestesia en una extracción dentaria

⁶²⁴ SÁNCHEZ CARAZO, C., “Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información” en FEITO, L. (editor)..., op. cit., p. 128.

⁶²⁵ CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones...*, op. cit., pp. 18-19.

indolora utilizando el gas nitroso⁶²⁶. Este gran avance médico permitió a los cirujanos no sólo evitar el dolor a sus pacientes a la hora de llevar a cabo una intervención quirúrgica, sino además constituyó una herramienta plenamente eficiente para realizar cualquier tipo de actuación sin que el enfermo se enterara. Así, la anestesia permitió trabajar cómodamente a los cirujanos con los pacientes *incompetentes* como los niños o los enfermos mentales. Sobra decir que en éstas y en muchas otras ocasiones se actuó sin contar con el consentimiento del enfermo. Durante todo ese período los problemas de información y consentimiento fueron tratados como casos de negligencia o mala praxis, y no se consideraron punibles siempre que se hubiera respetado el principio del mayor interés del paciente, y estuviera probada su incapacidad y su incompetencia⁶²⁷. Se suscitaba un problema ético, sí, pero a los ojos de una visión actual, con nuestros valores y nuestras victorias morales. En la época de la que hablamos la actuación médica estaba plenamente legitimada por lo que no constituía ningún tipo de transgresión al principio de autonomía. Pasaría aún más de un siglo hasta que las cosas comenzasen a cambiar.

Son muchos los avances biomédicos que de un modo u otro van a influenciar en la conformación de los derechos de los pacientes en general y del principio de autonomía en particular. No puede afirmarse que el nacimiento de la bioética se corresponda con un hecho puntual, ocurrido en un momento y en un lugar preciso y delimitado, sino que se habla más bien de un espíritu encadenado a una cascada de acontecimientos unidos a un ambiente político y cultural determinado.

En lo que respecta a los avances científicos propiamente dichos que supusieron una transformación en el pensamiento general, podemos hablar primeramente de un hecho acontecido en 1960. En ese momento y gracias al perfeccionamiento de la técnica del *shunt* arteriovenoso por parte del Dr. Belding H. Scribner y su equipo, comenzaron a introducirse unidades de diálisis en la mayor parte de los hospitales, estando ubicado el centro pionero en Seattle, Washington⁶²⁸. En un primer momento dicha técnica se realizó con carácter meramente experimental, ya que en realidad no había evidencias claras de que fuera a generar un gran beneficio, siendo además un procedimiento muy

⁶²⁶ WELLS, H., *A history of the discovery of the application of Nitrous Oxide Gas, Ether and other vapors to surgical operations*, Gaylord Wells, Corner Main and Asylum, 1847, p. 6-ss.

⁶²⁷ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 159.

⁶²⁸ GOIKOETXEA, M. J., "Introducción a la Bioética", *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 15.

caro⁶²⁹. El problema ético quedó suscitado a la hora de decidir quiénes iban a ser sometidos a diálisis y quiénes no. En este sentido en el año 1962 se publicó el famoso artículo en la revista *Life* en el que describía como el llamado “Comité de la muerte” realizaba la selección de los pacientes que iban a ingresar en la unidad de diálisis. Gráfico es el título del mencionado artículo de la periodista Shana Alexander, “*They decide who lives, who dies*”, suscitando de este modo los comentarios generalizados a la hora de distribuir ese recurso sanitario. Para esta toma de decisión se pensó que las personas que habían decidido hasta ese momento o sea, los médicos, no eran los más indicados, por lo que se llegó a la determinación de crear un comité de no expertos para que llevaran a cabo la selección de los posibles candidatos beneficiarios de la hemodiálisis. De esta forma se llegó a una solución totalmente nueva: los médicos delegaron en los profanos para que tomaran una decisión, “una prerrogativa que había sido hasta entonces exclusiva del médico fue delegada a representantes de la comunidad”⁶³⁰. Por tanto este hecho suscitó dos consecuencias: por una parte la delegación de una decisión médica a personas no expertas y por otra se entabló un gran debate social acerca de los criterios éticos de distribución de los recursos escasos⁶³¹. Hablamos de este modo de dos derechos nacientes: por una parte el derecho de autonomía en el campo biosanitario y por otra, el derecho a la salud (o a la sanidad) como principio programático de los poderes públicos. Este segundo derecho se encuentra en íntima relación con la última parte de esta obra en la que hablaremos del principio de justicia y de la necesaria distribución de los recursos.

⁶²⁹ Los signos de cambio se comenzaron a evidenciar en 1963, momento en el que la *Veterans' Administration* comenzó a proporcionar hemodiálisis a todos los enfermos de sus hospitales que la necesitaban. Además en 1964 aparecieron máquinas menos complicadas, más manejables y baratas que podían ser utilizadas en casa. En 1965 ya las estadísticas comenzaron a demostrar la eficacia del procedimiento. Así tras un promedio de dos años en diálisis, el 87% de los pacientes permanecía vivo e incluso muchos pudieron reiniciar su actividad laboral. La técnica una vez incluida en el programa Medicare demostró ser un un absoluto dispendio: de la cifra de 20.000 personas en diálisis que se preveía cubriera la técnica, la realidad demostró que el número ascendió a 60.000. de los presupuestados 75 millones de dólares se pasó a 2 billones, lo que contribuyó al debilitamiento financiero del país. No obstante ya era demasiado tarde para dar marcha atrás y a partir de ese momento la hemodiálisis comenzó a ser un tratamiento más asumido por los sistemas sanitarios. (GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., pp. 320-321).

⁶³⁰ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 17.

⁶³¹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte*, Dykinson, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2006, p. 22; GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 15.

El segundo de los hechos a tratar dentro de la transformación científica como factor desencadenante en la conformación de la bioética como disciplina en general y de la autonomía del ser humano en el campo sanitario en particular, aconteció el 3 de diciembre de 1967. Nos referimos al primer trasplante de corazón humano llevado a cabo por el cirujano sudafricano Christian Neethling Barnard⁶³². Pocos años antes, en 1964, James Daniel Hardy, de la Universidad de Mississippi, había trasplantado un corazón de chimpancé a un ser humano. Pues bien, este hecho causó un enorme impacto mundial por tres causas principalmente: por una parte debido a la mera naturaleza del órgano, al ser una víscera con una simbología religiosa y cultural muy importante; por otra, dicha cuestión suscitaba serios interrogantes éticos acerca del consentimiento del donante; y por último, acerca de la determinación de la muerte de la persona que donaba⁶³³. Comenzó a correr una argumentación en la que se afirmaba que se estaban utilizando seres humanos como conejillos de indias, ya que la opinión pública estaba ya muy sensibilizada con el uso que se estaba haciendo de la ciencia. Sobre este punto volveremos más abajo al tratar los abusos de la investigación científica.

Otra de las mayores controversias giró en torno a la nueva concepción de muerte cerebral y al modo cómo se había llegado a la misma. La propia teoría de la donación establecía que sólo podía donarse entre parientes o allegados próximos como modo de evitar el comercio. Esto es así por razones obvias: aunque también es posible la donación entre desconocidos, en la práctica hubiera sido muy difícil que esto ocurriera sin que mediare una fuerte compensación económica. No obstante, tanto por su escasez como por su propia operatividad, la donación de órganos en vivo llegó muy pronto a demostrar limitaciones. Había que buscar otra fuente de órganos distinta a la del sujeto vivo y sano: la posibilidad que quedaba abierta era la de donante cadáver (y más si lo que se planteaba era la extracción de un órgano cuya falta era incompatible con la vida). Pero esta opción planteaba serias dificultades: la primera y principal era la propia

⁶³² El trasplante se llevó a cabo en diciembre de 1967 a Louis Washkansky, un paciente que se estaba muriendo debido a una insuficiencia cardíaca. Louis Washkansky murió de todas formas, ocho días más tarde, pero poco después todo el mundo estaba realizando trasplantes de corazón. (SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Paidós Transiciones, Barcelona, 1997, p. 35).

⁶³³ En este sentido, piénsese en todas las expresiones de nuestra lengua en que se hace referencia al corazón como sede de la afectividad y de los sentimientos humanos. De este modo, aquellos primeros trasplantes significaban degradar al corazón a su mera (y verdadera función) de “músculo cardíaco”. (GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 18 y p. 315-ss). En parecido sentido, puede verse: GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit. p. 23.

definición de muerte⁶³⁴. La extracción de órganos de cadáveres para ser trasplantados chocaba con el concepto tradicional de muerte y con las ideas profundamente arraigadas culturalmente sobre la vida y la muerte, constituía una chocante mezcla entre estos términos. De un cadáver podía extraerse algo que para otros seres humanos casi moribundos o ligados a una máquina para sobrevivir, haría gozar de una vida radicalmente recuperada⁶³⁵. No es sorprendente que la opinión pública se estremeciese ante las nuevas posibilidades que la ciencia otorgaba.

Ya en los años cincuenta comenzaron a ser eficaces y viables una serie de técnicas de soporte vital que permitían suplir funciones vitales dañadas de modo irreversible, principalmente realizadas en las unidades de cuidados intensivos. Hasta ese momento se daba por segura la muerte de una persona cuando se comprobaba que había dejado de respirar y su corazón ya no latía. No obstante, con estos métodos comenzaron a evaluarse mejor ciertas situaciones clínicas de daño cerebral profundo e irreversible que hasta ese momento eran poco claras. Es decir, los criterios tradicionales seguían siendo válidos en todos los casos, para todos, pero se hacía una excepción de aquellas personas que morían en las unidades de reanimación o de terapia intensiva. La descripción de las diferentes situaciones clínicas evolucionó por diferentes concepciones hasta la década de los setenta en la que el problema alcanza una solución razonable⁶³⁶.

En el año 1968, bajo la presidencia del anestesista Henry Beecher se crea “el Comité Ad Hoc de la Facultad de Medicina de Harvard para Examinar la Definición de Muerte Cerebral”. Dicha corporación ha pasado a la historia con el nombre más conocido de “El Comité sobre la Muerte Cerebral de Harvard”⁶³⁷. Henry Beecher era el presidente del *Harvard's Committee on Human Studies*, por lo que estaba sumamente interesado

⁶³⁴ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 446.

⁶³⁵ CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones...*, op. cit., pp. 319-320.

⁶³⁶ En el año 1959, Wertheimer, Jovet y Descotes describieron una situación clínica caracterizada por la apnea, EEG plano y ausencia de reflejos tendinosos y troncoencefálicos a la que denominaron “muerte del sistema nervioso”. En su opinión, a estos enfermos debería suspenderseles la respiración artificial. Ese mismo año, Mollaret y Goulon denominaron a este cuadro “*coma dépassé*”, un coma sobrepasado, algo rayano con la muerte biológica del sujeto. (GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 446).

⁶³⁷ “El Comité sobre la Muerte Cerebral de Harvard” estaba compuesto en su mayoría por miembros de la profesión médica (diez de ellos), además de un historiador, un abogado y un teólogo. (SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional...*, op. cit., p. 37). Quizás hoy en día llame la atención la participación de un teólogo en un comité que, por criterios exclusivamente médicos determine la muerte cerebral, pero no debemos de olvidar el momento histórico del que tratamos y la trascendencia de la materia tratada.

en los problemas éticos de la experimentación con seres humanos⁶³⁸. No obstante, además de la potencial regularización de la experimentación, con esta nueva noción se abriría también la opción de utilizar los órganos de aquellos seres humanos declarados en estado de muerte cerebral para trasplante⁶³⁹. En este sentido, el informe del Comité no se anduvo con rodeos a la hora de justificar su decisión. El objetivo directo no fue definir la muerte, sino resolver algunos problemas prácticos cada vez más frecuentes en las unidades de cuidados intensivos, y en especial, evitar el despilfarro en este tipo de pacientes⁶⁴⁰.

Pues bien, digamos, si se me permite la expresión que, el Comité sobre la Muerte Cerebral de Harvard “mató dos pájaros de un tiro” al concebir este nuevo criterio de muerte: encontrar “salida” a todos aquellos pacientes que permanecían conectados de modo artificial sin ninguna expectativa razonable de curación, posibilitando así su desconexión, y por otra parte, la utilización de dichos órganos para el trasplante de otros pacientes necesitados. Por otra parte, esta nueva concepción y quizás sorprendentemente, fue acogida de manera positiva por la Iglesia católica aduciendo: “Es competencia del médico y especialmente del anestesista dar una definición clara y precisa de la “muerte” y del “momento de la muerte” de un paciente que fallece en un estado de inconsciencia” o de modo más general “en lo que se refiere a la comprobación

⁶³⁸ En este sentido le preocupaba especialmente la definición de “como irreversible”, ya que suponía una nueva concepción de gran utilidad para regularizar la experimentación con seres humanos como el ensayo de fármacos o los trasplantes. Según Beecher, con la experimentación con cuerpos en muerte cerebral se podría reducir, la necesidad de utilizar seres humanos vivos, evitando de este modo muchos problemas éticos. (GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...* op. cit., pp. 446-447).

⁶³⁹ Pese a que aparentemente la creación del concepto de “muerte cerebral” pueda haberse dirigido a poder utilizar los órganos de aquellos pacientes diagnosticados de un “coma irreversible”, es más bien una consecuencia del uso de las técnicas utilizadas en las unidades de cuidados intensivos. Así “es importante subrayar que el concepto de “muerte encefálica” no surgió para beneficiar la trasplantología, sino que fue una consecuencia del desarrollo de la terapia intensiva”. (GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 326).

⁶⁴⁰ “Nuestro principal objetivo es definir el coma irreversible como un nuevo criterio de muerte. Hay dos razones por las es necesaria una definición: 1. Los avances de los métodos de resucitación y mantenimiento de la vida han dado como resultado esfuerzos cada vez mayores por salvar a aquellos que sufren lesiones graves. A veces estos esfuerzos sólo tienen un éxito parcial, y el resultado es un individuo cuyo corazón continúa latiendo, pero cuyo cerebro se encuentra irreversiblemente dañado. La carga que supone para los pacientes que sufren una pérdida permanente del intelecto, para sus familias, para los hospitales y para aquellos que necesitan las camas hospitalarias que ocupan estos pacientes en coma es grande. 2. Los criterios obsoletos para definir la muerte pueden causar controversia a la hora de conseguir órganos para trasplante”. (SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional...*, op. cit., p. 39).

del hecho (de la muerte) en los casos concretos, no puede deducirse de principio religioso o moral alguno y, desde este punto de vista, no es competencia de la Iglesia»⁶⁴¹.

Como puede intuirse, en el campo que particularmente nos atañe, la nueva concepción de muerte cerebral conectaba con algunos casos dramáticos de coma irreversible, lo que anima al debate sobre la eutanasia y el “derecho a la propia muerte”. Así, puede afirmarse sin tapujos que con la medicina intensiva surge una nueva preocupación: el temor a una agonía prolongada artificialmente en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales. Dichas cuestiones suponen el prelude anticipatorio de las modernas voluntades anticipadas o *living will*⁶⁴².

⁶⁴¹ Así lo ha afirmado repetidas veces Pío XII desde 1957. (CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones...*, op. cit., pp. 321); en parecido sentido Juan Pablo II afirma que “el diagnóstico de muerte constituye un dilema ético básico y es competencia del médico dar el dar una determinación clara y precisa de la “muerte” y del “momento de la muerte” de un paciente que muere sin recobrar la conciencia (...) La respuesta no puede inducirse de principios religiosos y morales, y consiguientemente es un aspecto que está fuera de la competencia de la Iglesia”. (GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 321).

⁶⁴² Obviamente, en la conformación de esta subespecie de “anticipación del consentimiento informado” tiene trascendente y decisiva importancia la jurisprudencia norteamericana. En sentencias como las de *Quinlan* y *Cruzan* se pone de expreso manifiesto la preocupación social por los nuevos y en ocasiones controvertidos avances de la medicina intensiva. Así, las dos decisiones jurisprudenciales paradigmáticas al respecto son el caso *Quinlan* y el caso *Cruzan*, en las que dos órganos jurisdiccionales diferentes adoptan decisiones distintas para supuestos prácticamente idénticos.

En el caso *Quinlan*, en 1975, una joven, Karen Ann Quinlan, fue conectada a un respirador artificial y alimentada por una sonda nasogástrica como consecuencia de un estado de coma, que no podía ser definido como muerte cerebral. Sus padres solicitaron su desconexión, y el Tribunal Supremo de Nueva Jersey, en base al pronóstico de un Comité de Ética constituido al efecto, dictaminó el derecho de las personas a rechazar los cuidados médicos, y la legitimidad de los padres para ejercer ese derecho en su nombre. Al ser desconectada del respirador, la joven respiró de manera espontánea, permaneciendo únicamente con la alimentación enteral, situación que se prolongó durante diez años.

En el caso *Cruzan*, en 1983, Nancy Cruzan, quedó en estado vegetativo y conectada de nuevo a alimentación artificial. Los padres solicitaron su desconexión, pero el Tribunal Supremo de Missouri, se negó en base a que no existía una prueba fehaciente de la voluntad de la joven, decisión que también fue reiterada por el mismo Tribunal de los Estados Unidos, reconociendo por una parte el derecho a rechazar un determinado tratamiento, así como el derecho también del Estado de exigir pruebas claras y contundentes de la voluntad al respecto. En este sentido, la paciente había manifestado en una conversación que “en el caso de que enfermase y quedara incapacitada no quería seguir viviendo, a menos que pudiera hacerlo con normalidad media”. Para el Tribunal, estas manifestaciones no son una prueba clara, de ahí la importancia en la consolidación final de los testamentos vitales y las instrucciones anticipadas. (GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., pp. 28-32).

En lo que respecta al hito tratado consideramos que surgen dos cuestiones diferenciadas, aplicadas a nuestro objeto de estudio, que conviene dilucidar: el rechazo a un determinado tratamiento médico y la voluntad de donar los propios órganos⁶⁴³.

Por una parte está la “conexión” (o “desconexión” en su caso) a una serie de medios extraordinarios que prolonguen la vida. ¿Dónde está el límite entre la dilación de la muerte o la prolongación de la vida? Está claro que en los casos extremos la respuesta es sencilla: en caso de diagnóstico de muerte cerebral no tiene sentido continuar una terapia extraordinaria o desproporcionada. Pero, ¿Qué ocurre en los casos diagnosticados como de estado vegetativo en los que no puede evidenciarse una potencial mejora pero tampoco puede descartarse la misma? En estos casos las respuestas no pueden mostrarse tan lapidarias y oscilan tanto como concepciones de la calidad de vida o del valor absoluto de la misma tengamos. Estos pensamientos son el fundamento en el que se apoyan bien los defensores, bien los detractores de la legalización de la eutanasia.

Por otra parte, se encuentra el hecho del trasplante de órganos en sí mismo considerado, es decir, la voluntad o no de donar los propios órganos una vez se haya fallecido. En este asunto se incluirían la confrontación de elementos como la necesidad del consentimiento en vida del donante o si bastaba la ausencia de oposición para llevar a cabo el trasplante. Estos aspectos entran en el campo de la libertad de la autonomía y auto disposición del individuo de su propio cuerpo. Por otra parte, aunque se refiera a la donación de órganos en vivo, interesa destacar que, en el ámbito de los derechos fundamentales como derechos de los pacientes en España, se plasmó por primera vez de manera efectiva en la Ley de Trasplantes de 1979 la necesidad del consentimiento del donante vivo y del receptor de órganos para llevar a cabo la intervención correspondiente⁶⁴⁴.

⁶⁴³ Por otra parte, también hemos de añadir que en esa misma época se crean las drogas inmunosupresoras, por lo que el trasplante de órganos va a convertirse en una intervención ordinaria más en el campo de la medicina. (SÁNCHEZ CARAZO, C., “Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información” en FEITO, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, op. cit., p. 126).

⁶⁴⁴ En ROMEO CASABONA, C. M., *La ética y el derecho ante la biomedicina del futuro*, Cátedra Interuniversitaria Fundación BBVA-Diputación Foral de Bizkaia de Derecho y Genoma Humano, Universidad de Deusto, Bilbao, 2006, p. 23.

En este sentido, el art. 4 de la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos establece que “la obtención de órganos procedentes de un donante vivo, para su

Prácticamente de modo simultáneo al apogeo de la creación del nuevo criterio de muerte que hemos visto, así como la problemática de la conexión a respiradores en las unidades de cuidados intensivos, en el año 1969 se funda el *Hastings Institute of Society, Ethics and Life Sciences Center*. Este centro fue creado por Daniel Callahan (un laico con formación en teología) y Willard Gaylin (psiquiatra) con el fin de cohesionar el trabajo individual con el trabajo en equipo para elaborar estudios y orientaciones sobre temas bioéticos como la salud, la medicina y el medio ambiente. En el primer número de su revista en el año 1973 el instituto publicó un artículo en el que se recogía el término “bioética”. En la actualidad se conoce como el *Hastings Center* y es considerado como el centro de investigación más acreditado en el mundo sobre esta materia⁶⁴⁵.

Podríamos citar otros avances médicos y científicos que de un modo u otro van a influenciar en el nacimiento y conformación de los derechos de los enfermos. En los años sesenta del pasado siglo comenzó a utilizarse la amniocentesis como herramienta en el diagnóstico prenatal. Junto con la legalización en muchos países del aborto se abre la posibilidad de que éste se practique tras la realización de la prueba que confirme un posible defecto congénito. Conviene destacar la sentencia del Tribunal Supremo de Estados Unidos en el año 1973 “*Roe contra Wade*”. Este caso no se encuentra encuadrado específicamente dentro de los avances biomédicos, sino que podríamos relacionarlo con las transformaciones culturales y políticas. En consonancia con el espíritu liberal y de autonomía individual del ser humano, este Tribunal reconoce a la mujer “el derecho garantizado constitucionalmente para poder decidir si pone fin a su embarazo o lo lleva a término, el derecho a la intimidad (*privacy*) es un derecho lo suficientemente amplio como para incluir la decisión de una mujer de terminar o no su embarazo”⁶⁴⁶. Por tanto lo que el Tribunal Supremo reconoce a la mujer es su derecho a

ulterior injerto o implantación en otra persona, podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos (...) c) Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo, por escrito, ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción, obligado éste también a firmar el documento de cesión del órgano. En ningún caso podrá efectuarse la extracción sin la firma previa de este documento. (Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos).

⁶⁴⁵GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 16; GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., pp. 23-24; GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 20.

⁶⁴⁶ El 22 de enero de 1973 el Tribunal Supremo de Estados Unidos dictó la sentencia en el caso citado, declarando legal el aborto. Dicho Tribunal estableció que la ley estatal no puede

decidir de acuerdo a sus convicciones o creencias morales más profundas durante las doce primeras semanas de embarazo⁶⁴⁷. No obstante, el debate en torno al aborto que surgió en los años sesenta y comienzos de los setenta se encontraba en esos momentos en estrecha relación con los progresos de la Biología Molecular. En esos tiempos la ciencia afirmaba que la información genética no era sólo necesaria, sino también suficiente para constituir un nuevo ser vivo, de modo que éste podía considerarse completo, al menos desde su proyecto, desde el mismo momento de la fecundación⁶⁴⁸. Hasta ese momento las leyes del aborto en Estados Unidos eran sumamente restrictivas, y con esta resolución se puso fin a un siglo y medio de dicha legislación. No obstante, se abrió la polémica entre los ciudadanos norteamericanos suscitando la división en dos grandes bloques: los partidarios (*pro-choice*) y los contrarios (*pro-life*) al aborto⁶⁴⁹.

En muchos países occidentales el pensamiento antiabortista tuvo como factor desencadenante la polémica suscitada por el uso de la Talidomida durante los años 1958 y 1963. Este medicamento era un sedante que tomaban muchas mujeres embarazadas y que causó una epidemia de bebés nacidos con extrañas deformidades irreversibles. Una vez que se conoció esta conexión, muchas mujeres que habían tomado talidomida y estaban embarazadas solicitaron el aborto. Debido a las rigurosas leyes antiabortistas, las mujeres embarazadas se vieron obligadas a trasladarse fuera de su país a practicar el aborto o bien someterse a un aborto ilegal. La práctica mayoría del mundo occidental se sintió sensibilizada ante esta tragedia, hecho que se agudizó ante el elevado número de mujeres lesionadas o muertas como resultado de esos abortos ilegales. Así, de un modo u otro se promovió la promulgación de unas leyes del aborto más liberales en la mayoría

restringir el derecho de la mujer al aborto durante el primer trimestre del embarazo. Asimismo, en defensa de la salud de la madre, durante el segundo trimestre del embarazo, el Estado puede establecer medidas de protección a la mujer, es decir podría practicarse el aborto si no se pone en peligro la vida de la madre. Durante el tercer trimestre sólo se permitirá el aborto cuando fuera necesario para preservar la vida o la salud de la madre. (GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit. p. 28).

⁶⁴⁷ MARTINEZ SAMPERE, E., “El derecho a la mujer a decidir su maternidad”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coordinador), *Bioética y Derechos Humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, 2005, p. 270. Se trataba entonces de la interrupción voluntaria del embarazo de modo libre siempre y cuando se realice durante las doce primeras semanas de gestación. De igual modo, la actual regulación española (mientras no se lleve a cabo su modificación) prevé en el art. 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que “Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada”.

⁶⁴⁸ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 370

⁶⁴⁹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 28.

de los países occidentales⁶⁵⁰. Las reflexiones en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, la determinación del estatuto jurídico del embrión o las consideraciones sobre el papel que ostenta la mujer embarazada son algunas de las cuestiones tradicionales en las que la bioética se ha centrado. El ámbito que nos concierne gira en torno a la libertad de la mujer embarazada, los supuestos ante los cuales podría llevar a cabo la interrupción voluntaria del embarazo así como los derechos que ostenta durante el proceso.

En relación con lo anterior, también en la década de los sesenta hicieron su entrada en el mercado farmacológico los primeros anovulatorios. Como era de prever, con la píldora anticonceptiva se produjo el primer debate entre moralistas, médicos, filósofos y economistas, ¿ostenta la mujer el derecho a decidir si quiere o no ser madre? ¿Es ético que al hombre se le sustraiga de ese derecho? ¿Es correcto que se separe de un modo drástico la actividad sexual de la procreación? Estas son algunas de las preguntas que abrieron un gran debate ético que tuvo un gran impacto en el desarrollo de la bioética⁶⁵¹.

En sentido contrario, la tecnología médica no sólo vino a ayudar a quienes deseaban controlar su fertilidad, sino que también se interesó por auxiliar a los que no podían concebir. Ya en el siglo XVIII se habían conseguido algunos éxitos mediante la inseminación artificial, pero el primer ser humano concebido in vitro acontece en el año 1978⁶⁵². Con el descubrimiento de las técnicas de reproducción humana asistida se abre un amplio abanico no sólo a la hora de solucionar un problema de esterilidad, sino asimismo se ofertan una serie de técnicas complementarias como la prevención de enfermedades genéticas o la posibilidad de selección de preembriones. Sobre estos aspectos también los teóricos pertenecientes al campo de la bioética han tomado la palabra, entre los que podemos citar: la legitimidad o no de la mujer a la hora de ser usuaria de una técnica de reproducción asistida, la fundamentación ética de los

⁶⁵⁰ SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional...*, op. cit., pp. 97-99.

⁶⁵¹ SÁNCHEZ CARAZO, C., “Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información” en FEITO, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, op. cit., p. 126.

⁶⁵² Así, el primer éxito sobre un mamífero lo obtuvo sobre una perra el naturalista Spallanzani en 1782; tres años después Thouret consigue tener un hijo de su mujer que hasta ese momento era estéril con una inyección intravaginal de su líquido seminal. La primera inseminación de donante se realizó en 1884. (CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones...*, op. cit., p. 97).

diferentes procedimientos o técnicas o la problemática de la producción y el potencial acumulamiento de los embriones no usados en la reproducción⁶⁵³.

Las nuevas técnicas de biotecnología no sólo sirven para realizar actuaciones relacionadas con la reproducción humana, entre las que se encuentran el diagnóstico genético pre-implantatorio (para evitar el nacimiento de seres humanos aquejados de graves enfermedades) o la selección genética de embriones con fines terapéuticos (para tratar a otros seres humanos ya nacidos). También muestran un vasto campo con un futuro contradictorio, esperanzador pero aterrador al mismo tiempo. Son técnicas que pudieran solucionar muchos problemas de salud hoy en día incurables, pero por otra parte, suponen una afectación al ser humano de la que desconocemos su ulterior desenlace. La investigación sobre las células troncales, la clonación humana, la creación de quimeras e híbridos o la ingeniería genética son algunas de las posibilidades que quedan abiertas, no sólo para el perfeccionamiento, desarrollo y ulteriores avances científicos, sino para el debate ético. En este campo se muestra de modo patente la transformación de la noción de la persona o al menos de los valores que la ética tradicional ha defendido como propios del ser humano⁶⁵⁴. Y este es el papel que asume la bioética como disciplina: “aportar una nueva visión del concepto vida y todo lo que está relacionado con la misma (calidad de vida, salud, inicio de la vida, final de la vida, integridad física y moral, etc.)”⁶⁵⁵.

Estos son algunos de los avances científicos y tecnológicos que en el campo de las ciencias de la vida han tenido alguna trascendencia a la hora de conformar los derechos

⁶⁵³ Sobre estos asuntos pueden consultarse: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., *Reproducción asistida, filosofía ética y filosofía jurídica*, Tecnos, Madrid, 1998; GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., *El derecho a la reproducción humana*, Marcial Pons, Madrid, 1994; JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., y DE LA TORRE DÍAZ, J., *La reproducción médicamente asistida, un estudio desde el derecho y desde la moral*, UNED, Madrid, 2013; CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones...*, op. cit., pp. 97-169; GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética*, op. cit., pp. 163-201.

⁶⁵⁴ “Al aplicar una mirada sobre las nuevas biotecnologías desde el punto de vista de la ética, puede observarse algunos cimientos de la ética tradicional que se han visto resquebrajados por el panorama que éstas han contribuido a trazar”. (Sobre estos asuntos puede consultarse la interesante obra de DE MIGUEL BERIAIN, I., *Bioética y nuevas biotecnologías en salud humana*, Premio “Junta General del Principado de Asturias-Sociedad Internacional de Bioética (SIBI)”, Gijón, 2008, p. 9).

⁶⁵⁵ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica”, en: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. y DE LA TORRE DÍAZ, J. (editores), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Dykinson, Madrid, 2012, p. 20.

de los enfermos. Como hemos podido comprobar los dilemas bioéticos son muchos y muy variados y en todos ellos la información y el consentimiento del paciente será un elemento primordial. No obstante, si de algún factor dependiera que este derecho se proclamase de modo más o menos generalizado sería quizás por parte de los abusos que ha provocado históricamente la investigación científica.

2.1.3. *Los abusos en la investigación científica. De los principios éticos de la investigación a los principios básicos de toda la Bioética.*

Los abusos en la investigación científica vienen de la mano en no pocas ocasiones de las innovaciones y los vertiginosos avances médicos. En este sentido, la medicina científica, su progreso y desarrollo, siempre ha dependido de alguna manera de la experimentación. Por otra parte, la reflexión bioética viene urgida inicialmente por la mala conciencia colectiva de la sociedad norteamericana producida por los abusos, desviaciones de poder y crueldades cometidas en el campo de la investigación biomédica sobre seres humanos, especialmente sobre los más vulnerables e indefensos⁶⁵⁶.

Debemos remontarnos al pasado siglo para entender la trascendencia del problema y cómo la opinión pública mundial se estremeció ante las atrocidades practicadas para que el sistema comenzase a cambiar. Así, en el año 1931, el Ministerio de Sanidad del Reich alemán promulgó unas estrictas normas sobre la experimentación con seres humanos y la aplicación de nuevos productos terapéuticos en medicina. Dichas normas constituyen una novedosa reglamentación, y son de algún modo “el primer gran código ético sobre ensayos clínicos”⁶⁵⁷. Dichas pautas declaraban que, los métodos terapéuticos nuevos en el ámbito biomédico que, no suficientemente investigados, debían de ser estudiados científicamente con carácter previo. No obstante, los potenciales beneficios de la investigación debían sopesarse con la obligación del médico de velar por la vida y salud de los individuos que participaran en un proyecto de investigación⁶⁵⁸. Obsta decir que

⁶⁵⁶ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 46.

⁶⁵⁷ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 165.

⁶⁵⁸ BERNTORP, E., “La conducta en los ensayos clínicos”, *Artículos Ocasionales de la Federación Mundial de la Hemofilia*, nº 3, Montreal, Canadá, Julio de 2001.

las citadas pautas no fueron de aplicación a los judíos, gitanos, polacos ni rusos; ni se cumplieron en los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial.⁶⁵⁹

Uno de los principales hitos en el nacimiento y posterior desarrollo de la bioética fue la aprobación del Código de Núremberg en el año 1946, como consecuencia del proceso judicial (entre agosto de 1945 y octubre de 1946) llevado a cabo tras el fin de la Segunda Guerra Mundial en el que se enjuiciaron los experimentos efectuados con los presos “en nombre de la ciencia médica”⁶⁶⁰. Durante este proceso se llevaron al banquillo de los acusados a 23 médicos alemanes, de los que 16 fueron declarados culpables y 7 condenados a muerte⁶⁶¹. En dicho texto se abrió el camino para una formulación más precisa a la hora de proteger al ser humano en la experimentación biomédica, realizando especial hincapié en los elementos de la información y del consentimiento. Veamos el punto pòrtico que es el dedicado al consentimiento:

“1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener

⁶⁵⁹ Tras el fin de la Segunda Guerra Mundial, el mundo asistió atónito a la revelación de los experimentos con seres humanos que se habían estado efectuando durante años con los presos. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 165). Por otra parte, y en aras de la justicia tampoco debemos de obviar el hecho de que en el año 1907, el Estado de Indiana (EEUU) promulga una ley eugenésica sobre la esterilización obligatoria de criminales incorregibles, imbéciles y alienados. En 1910 se creará una administración americana que impulsa los programas eugenésicos. Es de destacar que en 1950, 33 estados tenían leyes similares sobre la eugenesia. Por su parte, en el año 1933 en Alemania se aprueba una ley sobre esterilización obligatoria a los afectados de “defectos mentales congénitos, esquizofrenia, psicosis manícodepresiva, epilepsia hereditaria, alcoholismo severo, ceguera hereditaria y corea de Huntington. Pocos años después, en el año 1937 esta normativa se ampliará a los niños de color. Posteriormente, en el año 1939, Hitler autoriza el comienzo del programa *Aktion T-4* de eutanasia de niños menores de tres años con defectos congénitos, que en 1941 se ampliará a menores de 17 años y en 1943 a niños judíos y de otras razas. En los centros creados al efecto se investigará las maneras más efectivas y rápidas de causar la muerte. (GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto...*, op. cit., pp. 14-15).

⁶⁶⁰ En la declaración introductoria del proceso de Núremberg, el fiscal afirmó “(...) En muchos casos los experimentos fueron diseñados por personas sin preparación, fueron efectuados al azar, sin razones científicas adecuadas y en condiciones físicas indignas. Todos los experimentos fueron hechos con sufrimientos y daños innecesarios, y muy pocas o ningunas precauciones se tomaron para proteger o salvaguardar a los seres humanos de las posibilidades de daño, incapacidad o muerte. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 165).

⁶⁶¹ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética*, op. cit., p. 16.

información y conocimiento suficiente de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide. Este último elemento exige que, antes de aceptar una respuesta afirmativa por parte de un sujeto experimental, el investigador tiene que haberle dado a conocer la naturaleza, duración y propósito del experimento; los métodos y medios conforme a los que se llevará a cabo; los inconvenientes y riesgos que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que para su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de evaluar la calidad del consentimiento corren de la cuenta de todos y cada uno de los individuos que inician o dirigen el experimento o que colaboran en él. Es un deber y una responsabilidad personal que no puede ser impunemente delegado en otro”⁶⁶².

Como puede observarse, el primer punto del Código de Núremberg exige que todo ensayo clínico realizado en seres humanos esté precedido del consiguiente consentimiento por parte del sujeto afectado una vez que el investigador le haya proporcionado la información adecuada. El punto hace especial hincapié en la total responsabilidad de evaluar el consentimiento por la persona encargada del experimento o sus colaboradores. También es de resaltar el contenido mínimo que debe incluir la información previa a la experimentación: lo que se busca con ésta, los mecanismos con los que se llevará a cabo, los efectos posibles, los probables y los inconvenientes que se derivarán de su participación en el experimento.

En el año 1964 la 18ª Asamblea Mundial promulga la Declaración de Helsinki, como actualización del Código de Núremberg, incluyendo diez de sus puntos y a los que suma la Declaración de Ginebra de 1948, un estatuto de deberes éticos de los médicos. En su articulado se diferencia entre la investigación no clínica y clínica. La investigación clínica concierne a la relacionada con la atención médica, pudiendo ser terapéutica, no terapéutica, diagnóstica o profiláctica para el grupo de pacientes en cuestión. La Declaración de Helsinki ha sufrido diversas modificaciones, ampliando su longitud de

⁶⁶²Código de Núremberg de 1946, creación por Tribunal Internacional de Núremberg, 1946, en Centro de Documentación de Bioética, Departamento de Humanidades Bioéticas, Universidad de Navarra, en: <http://www.unav.es/cdb/intnuremberg.html> (Última consulta: 2/10/2013).

11 a 32 párrafos⁶⁶³. Para muchos es considerado como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos, a pesar de no ser un instrumento legal que vincule internacionalmente⁶⁶⁴.

Otro acontecimiento que impulsó el espíritu de la naciente bioética fue el artículo publicado en 1966 en la revista *New England Journal of Medicine* con el título “*Ethics and Clinical Research*” por el profesor de Anestesiología de la Escuela de Medicina de Harvard, Henry Beecher. En él describía veintidós experimentos realizados entre los años 1948 y 1965 publicados en revistas científicas a los que calificó de “no éticos”. Treinta años más tarde, en 1997 los tribunales sentenciaron a favor de algunos sobrevivientes perjudicados por tales experimentos⁶⁶⁵. Este estudio volvió a rememorar las fatales experiencias realizadas por los médicos nazis en los campos de concentración alemanes. Sin embargo, lo que este estudio implicaba era que los abusos en la investigación científica no se realizaron por maldad, racismo o xenofobia como en la época del nacionalsocialismo, sino que esta vez aparecían enarbolados bajo la bandera de las exigencias de los avances de la ciencia médica: “La misma naturaleza de la ciencia biomédica exige constantemente a los científicos eficacia, productividad y originalidad”⁶⁶⁶.

Pero quizás el caso más desgraciadamente recordado dentro de los abusos en la investigación científica, tanto por su envergadura como por las consecuencias prácticas que provocó, fue el estudio de Sífilis de Tuskegee (Condado de Macon, Alabama). Dicho experimento fue sacado a la luz en el año 1972, poco después de la publicación

⁶⁶³ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 16.

⁶⁶⁴ “El documento fundamental de normas éticas para la investigación con seres humanos es la *Declaración de Helsinki*, adoptada inicialmente por la Asamblea Médica Mundial en 1964 y con modificaciones posteriores a intervalos regulares” (BERNTORP, E., “La conducta en los ensayos clínicos”, *Artículos Ocasionales de la Federación Mundial de la Hemofilia...*, op. cit., p. 1).

⁶⁶⁵ Los ejemplos citados por Beecher recogían como protagonistas de tales experimentos en su totalidad a miembros marginales de la sociedad: pobres, deficientes mentales, ancianos, gentes recluidas en instituciones sociales y sanitarias. En algunos de los experimentos se había infectado a propósito el virus de la hepatitis a niños retrasados y recogidos en una institución dedicada a la atención de niños con deficiencia mental para estudiar la etiología y la epidemiología de la sociedad. Resultó sangrante que el investigador principal de este caso obtuvo posteriormente la cátedra del Departamento de Pediatría en la Universidad de Nueva York, y más tarde un importante premio como investigador. (GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 23).

⁶⁶⁶ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética*, op. cit., pp. 17-18.

del artículo de Beecher y en él, el senador Edward Kennedy reveló que durante los años 1932 al 1972 a unos 600 hombres de raza negra afectados de sífilis se les negó el tratamiento con antibióticos con el fin de estudiar la evolución natural de la enfermedad⁶⁶⁷. La opinión pública quedó fuertemente marcada por estas declaraciones y así, con el respaldo general de la sociedad en el año 1973, el Congreso estadounidense dio luz verde a la *National Commission for the protection of human subjects of biomedical and Behavioral Research* (Comisión Nacional para la protección del ser humano en la investigación biomédica y conductual)⁶⁶⁸.

Como bien demuestra el calificativo de la Comisión, el tema que orientó principalmente la tarea de la misma fue la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos de la investigación ante las irregularidades y crueldades cometidas en el campo de la investigación biomédica. Es de destacar también que la ya citada *Patient's Bill of Rights* (Carta de los derechos del paciente) fue publicada por la *American Hospital Association* (Asociación Americana de Hospitales) en el año 1973, precisamente cuando se llevaron a la luz los hechos de Tuskegee. La confianza del público en la ciencia, los médicos e investigadores se encontraba gravemente erosionada, y la publicación de esa Carta y la creación de la Comisión con sus consecuentes cometidos tendieron a apaciguar esos sentimientos.

Consiguientemente la *National Commission* tenía un trabajo acotado que no era otro que el estudio de los principios éticos fundamentales que deben inspirar y presidir la investigación sobre sujetos humanos. No obstante al finalizar sus trabajos se consiguió que una nueva ley estableciera en 1978 la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine* (Comisión presidencial para el estudio de los problemas éticos en medicina), cuyo nombre indica que la preocupación ética ha trascendido de la mera investigación para extenderse a la medicina en su conjunto. Los informes y recomendaciones elaborados por esta Comisión tuvieron una enorme trascendencia y se

⁶⁶⁷ A dichos hombres se les atrajo con el señuelo de la promesa de una atención médica gratuita, pero ni se les había informado de que tenían sífilis ni se les suministró tratamiento alguno durante el experimento pese a que durante esa época ya se conocían varios disponibles. La explicación que dieron los investigadores fue que, con la llegada en 1945 de la penicilina, éstos no habían tenido la oportunidad de estudiar los efectos a largo plazo de la enfermedad (GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 25). Este hecho nos recuerda las novelas del médico y escritor Robin Cook en las que entremezcla en muchas ocasiones los problemas éticos subyacentes de los avances biomédicos.

⁶⁶⁸ GOIKOETXEA, M. J., "Introducción a la Bioética", *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 17.

consideran un punto de referencia ineludible a la hora de abordar un gran número de problemas bioéticos⁶⁶⁹.

Pues bien, en el año 1978 la *National Commission* publicó el Informe Belmont (*Belmont Report*) como respuesta ética a las atrocidades cometidas en el campo de las investigaciones biomédicas. No obstante, su finalidad trascendió al convertirse en el acta fundacional de lo que ha venido a ser la corriente más potente de la bioética: la bioética de orientación principialista. Esta doctrina afirma que los problemas éticos de la medicina pueden analizarse evaluando el cumplimiento o la ruptura de varios principios éticos generales. No obstante, el texto fundamental del principialismo verá la luz, un año después, en 1979, con la obra *Principles of Biomedical Ethics* de Beauchamp y Childress⁶⁷⁰. Estos autores tomaron como base la aportación del Informe de Belmont que proponía tres principios básicos originalmente orientados a la investigación biomédica con seres humanos: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. Ellos por su parte hablan de cuatro principios: la autonomía (que recoge el respeto a las personas del Informe Belmont), la beneficencia, la no maleficencia (dividiendo en dos el principio de beneficencia) y la justicia⁶⁷¹.

Pese a que el Informe Belmont surgió precisamente ante los abusos en la experimentación clínica en humanos, concretamente los realizados en la batería de experimentos de Tuskegee, los principios que incluyó no eran totalmente nuevos. Así los de beneficencia y no maleficencia se encontraban enraizados en vieja tradición de la ética hipocrática y el de autonomía ya había surgido algunos años antes en las Cartas de los Derechos de los Enfermos⁶⁷².

⁶⁶⁹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., pp. 26-27; GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 178-179.

⁶⁷⁰ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 46.

⁶⁷¹ FEITO GRANDE, L., “La bioética en la Universidad Complutense de Madrid”, en DE LA TORRE DÍAZ, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la bioética española*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2011, p. 18.

⁶⁷² GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 23. Es decir, “estos principios son deudores de una larga tradición de pensamiento, todos ellos hacen referencia a grandes conquistas de la racionalidad humana y desde ella logran su legitimación. En la misma definición y concepto de cada principio, está ya una determinada situación respecto del individuo y la sociedad: la beneficencia y la autonomía son principios que se explican desde la referencia a un sujeto, portador de un sistema de valores, desde el cual se define su proyecto vital así como la forma que le permite llevarlo a cabo. Por su parte, los principios de maleficencia y justicia se refieren más bien a aquellos elementos que aseguran la supervivencia;

Pese a que el principio de autonomía materializado en la fórmula del consentimiento informado parecía ser el logro específico ante los abusos que la experimentación clínica estaba realizando, los componentes de la Comisión no olvidaron otros principios. Si la Carta de los Derechos de los Pacientes del año 1973 centró su articulado en desarrollar la fórmula del consentimiento informado, el Informe Belmont concentró varios principios, introduciendo la beneficencia a sabiendas de que se trataba de un principio tradicional. Se produce una diferenciación entonces en la posición que ostenta el paciente, ya sea usuario de un servicio sanitario o el sujeto de una experimentación clínica. ¿El criterio de beneficencia no debía de aplicarse entonces a la relación sanitaria tradicional entre médico y enfermo? El texto del año 1973 de la Asociación Americana de Hospitales quiso reconocer de modo lapidario la autonomía de los enfermos materializada en el derecho de éstos a la información y al consentimiento. Los motivos pudieran ser variados: una forma de evitar las demandas judiciales que estaban aconteciendo los años previos y que ya reconocían el derecho del enfermo a su autodeterminación, un intento de apaciguar los ánimos de la opinión pública ante el exacerbado progreso de la tecnología médica o incluso como materialización de la protección de otro más de los movimientos reaccionarios ante el creciente poder del Estado⁶⁷³.

En todo caso, podría afirmarse que los principios enunciados en el Informe Belmont y posteriormente desarrollados por Beauchamp y Childress en su obra *Principios de Ética biomédica* no han perdido su vigencia en la actualidad y se constituyen como principios que deben de orientar no sólo los derechos de los enfermos en particular, sino las actuaciones sanitarias en su conjunto. Hoy en día existe un amplio consenso sobre la

el primero asegura la vida de los individuos, mientras que el segundo presupone la garantía de un trato igualitario en el acceso a aquellos bienes o servicios que permiten el desarrollo en sociedad de esa vida personal”. (FEITO GRANDE, L., “La bioética en la Universidad Complutense de Madrid”, en DE LA TORRE DÍAZ, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la bioética española...*, op. cit., p. 20).

⁶⁷³ Así como en los años 50 se produce un movimiento a nivel internacional a favor de los derechos humanos con la aprobación de documentos tan relevantes como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948 o la Convención Europea para la salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las libertades fundamentales, a partir de los años 60 en la sociedad norteamericana se produjo un movimiento reaccionario contra el poder exorbitado del Estado y su calamitosa actuación en Vietnam. Así se sucedieron diferentes movimientos de reivindicación de la libertad y la individualidad como el de defensa de los consumidores, el de liberación de la mujer, el ecologista y el de salud integral (*holistic health*) que repercutieron en el ámbito de la medicina. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 176-177).

validez de estos principios como el mejor modo de expresar, con su cumplimiento en las relaciones sanitarias, el absoluto respeto y consideración a los seres humanos⁶⁷⁴.

En lo que respecta al principio de autonomía, tanto Belmont como Beauchamp y Childress, lo enuncian en primer lugar, dejando claro que la autonomía de la voluntad del individuo debe imperar primeramente. Belmont lo hace refiriéndose al “respeto a las personas” afirmando que “incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas”. Posteriormente indica que una persona autónoma es “un individuo que tiene capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás”⁶⁷⁵.

En su primera definición, la autonomía o el respeto de la persona constituye en sustancia la exigencia de asegurar el efectivo respeto de la voluntad de participar o no en investigaciones clínicas experimentales⁶⁷⁶. No es necesario indagar demasiado para constatar que esta concepción primigenia de autonomía ha trascendido con mucho dicho ámbito: ahora la idea de autonomía no se ubica exclusivamente al campo de la investigación biomédica, sino que ha extendido su perímetro a cualquier actuación

⁶⁷⁴ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 34.

⁶⁷⁵ “Mostrar falta de respeto a un agente autónomo es repudiar los criterios de aquellas persona, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados, o privarle de la información que se requiere para formar un juicio meditado, cuando no hay razones que obliguen a obrar de este modo”. Por tanto entiende la autonomía en un sentido concreto como: “la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa”. (Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, (18 de Abril de 1979), Observatorio de Bioética y Derecho; En: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf> (Última visita: 2/12/2013).

Inmediatamente después el Informe Belmont pasa a considerar que no todas las personas tienen la misma capacidad de autodeterminación, algunas la tienen disminuida, por lo que merecen ser dignas de una especial protección: “Dicho grado de protección debería depender del riesgo que corren de sufrir daño y de la probabilidad de obtener un beneficio. El juicio con el que se decide si un individuo carece de autonomía debería ser reevaluado periódicamente y variará según la diversidad de las situaciones”. Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento..., op. cit., p. 1.

⁶⁷⁶ CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones...*, op. cit., p. 39.

general en el ámbito sanitario. La idea subyacente bajo la que oscila el principio de autonomía es el respeto a la persona a sus propias convicciones, opciones y elecciones que deben ser protegidas, incluso de forma especial, por el hecho de estar enfermo⁶⁷⁷.

Se ha equiparado autonomía con consentimiento informado o se ha afirmado que el último bastión sobre el que se ha materializado la autonomía de la voluntad del paciente es el consentimiento informado⁶⁷⁸. Siendo real que la primera forma de concreción de los llamados “derechos de los pacientes” fue la fórmula del consentimiento informado en las ya reiteradas Cartas de Derechos de los Enfermos. Tampoco podemos obviar que no ha sido la única derivación del logro de la libertad de éstos. En realidad, pudiera afirmarse que el modelo del consentimiento informado no es más que una de las consecuencias del reconocimiento del derecho de la libertad y de la autonomía del paciente en el espacio biomédico: “Lo que la autonomía ha introducido en el mundo sanitario es un nuevo modo de tomar decisiones y, por tanto, un nuevo modo de definir lo que es salud y lo que es enfermedad, un nuevo criterio para definir lo que es una necesidad sanitaria. (...) El usuario es quien define hoy, y sobre todo quien va a definir en el futuro, lo que es una necesidad de salud y, por tanto, lo que es salud y enfermedad”⁶⁷⁹. Realmente se trata de una situación insólita en la historia de la medicina, que los legos sean los responsables de definir cuáles son las necesidades de salud de la sociedad porque ¿Está realmente preparada la opinión pública para un cometido de tan magna envergadura? ¿Puede realmente la sociedad ser la gestora de discernir lo que es salud y enfermedad? ¿Qué consecuencias futuras pueden acontecer si una sociedad profana de cuestiones médicas define lo que ella considera necesidad de salud? Estas graves cuestiones se encuentran en estrecha relación con la última parte de esta obra: la importancia de educar al individuo y a la sociedad sobre los valores realmente trascendentes en las definiciones de salud y enfermedad con el fin de evitar aquellas aspiraciones inalcanzables.

⁶⁷⁷ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 28.

⁶⁷⁸ “En el ámbito de la asistencia sanitaria es donde la autonomía del individuo ha alcanzado mayor trascendencia, sobre todo, a través de la figura del consentimiento informado” (DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*, op. cit., pp. 65 y ss.); “Será suficiente resaltar la densidad de contenidos de la lapidaria expresión en la que, como ya hemos indicado se ha condensado el núcleo esencial del respeto concreto a la autonomía del paciente: el consentimiento informado”. (CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones...*, op. cit., p. 39).

⁶⁷⁹ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 84.

El principio de autonomía se refiere a la capacidad del sujeto de gobernarse por una norma que él mismo acepta sin coacción externa, una norma que debe ser universalizada por la razón humana. Una acción es autónoma cuando una persona decide con conocimiento suficiente, con intencionalidad, sin un control interno (p. ej. una enfermedad mental o un estado de embriaguez) o externo (p. ej. una coacción o una manipulación) y es acorde a su sistema de valores⁶⁸⁰. Las acciones no pueden ser absolutamente autónomas sino que admiten grados, ya que tanto el control como el conocimiento no son términos absolutos por lo que la autonomía tampoco puede serlo. Incluso las acciones intencionales pueden estar faltas de un control interno y del propio sistema de valores, por lo que tampoco pueden considerarse totalmente autónomas⁶⁸¹. Lo esencial de toda esta apreciación de la autonomía y sus grados es determinar en qué momento ésta puede (y debe) limitarse: en ocasiones en aras del principio del bien del paciente. Sobre la relación del principio de beneficencia y el de autonomía trataremos más adelante. El mayor problema es sopesar los valores en juego, respetar las decisiones individuales sin caer en la arbitrariedad. En otras ocasiones las decisiones y los derechos individuales van a ser limitadas por los derechos de los demás. Ahí entraría la necesidad de un tercer principio, el de justicia, del que trataremos en la última parte de esta obra.

En lo que respecta al segundo de los principios enumerados en el Informe Belmont, la beneficencia, Beauchamp y Childress lo reconocen desglosado en dos, citando en primer lugar al principio mucho más esencial de la no-maleficencia e inmediatamente después el de beneficencia propiamente dicho. Aunque Belmont no cite la “no-maleficencia” como principio independiente lo engloba dentro de la beneficencia: “Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar daño y (2) Maximizar los beneficios posibles y disminuir los riesgos. La máxima hipocrática “no causar ningún daño” ha sido durante mucho tiempo un principio fundamental de ética médica. Claude Bernard la aplicó al campo de la investigación, diciendo que no se puede lesionar a una persona a costa del beneficio que se podría obtener para otros. Sin embargo, incluso evitar daño requiere aprender lo que es perjudicial; y en el proceso para la obtención de

⁶⁸⁰ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 35.

⁶⁸¹ Gracia pone el ejemplo del ama de casa que sufre la compulsión de la limpieza o el neurótico obsesivo que todo el día está lavándose las manos. Necesitan poner en práctica esos ritos, pero no quieren hacer lo que hacen ya que va en contra del propio sistema de valores que ellos aceptan como válido. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 185).

esta información, algunas personas pueden estar expuestas al riesgo de sufrirlo”⁶⁸². Beauchamp y Childress reconocen así el principio de no-maleficencia como independiente del de mera beneficencia, por una parte procurar el bien, por otra, no provocar daño.

El principio de no-maleficencia se formula como la obligación de no lesionar la integridad de un ser humano. En la historia de la ética médica, el “*primum non nocere*” ha sido el principio moral junto a la beneficencia paternalista, aunque el origen de esta expresión es posterior al mero “no perjudicar”⁶⁸³. Como ya vimos más arriba, el propio Juramento Hipocrático reconoce dicha exigencia ética primaria en diversas frases del mismo:

“(…) Evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos ni sugeriré a nadie acciones semejantes; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos”; “Me libraré de cometer voluntariamente falta injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la corrupción de mujeres y jóvenes, libres y esclavos”⁶⁸⁴.

En otras partes del *Corpus Hippocraticum* también se contempla este principio, concretamente en el libro *Epidemias*:

“Hay que ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño. El arte consta de tres elementos, la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico es el servidor del arte. Es preciso que el enfermo oponga resistencia a la enfermedad junto con el médico”⁶⁸⁵.

A la luz de estas palabras puede observarse que desde la antigüedad es función del médico la búsqueda del bien del enfermo tantas veces reiterado y, si esto no fuere

⁶⁸² Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento..., op. cit. pp. 3-4.

⁶⁸³ Gracia afirma que la expresión *primum non nocere* surge en las disputas neohipocráticas del siglo XIX, en las que la terapéutica se opuso frontalmente a la polifarmacia galénica. Un médico francés de la época, Gabriel Andral (1797-1879) propuso como alternativa a la máxima “mejor algo dudoso que nada”, otra más conservadora “mejor nada que algo dudoso”. De ahí surgió la expresión *primum non nocere*. (GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 228).

⁶⁸⁴ LARA NAVA, M. D., “Juramento”, en *Tratados Hipocráticos*, op. cit., p. 77.

⁶⁸⁵ LÓPEZ FÉREZ, J. A., “Epidemias, 1”, en *Tratados Hipocráticos*, op. cit., p. 62.

posible, *al menos* hay que proponerse no perjudicar. Dicho principio sigue siendo la norma moral fundamental de los profesionales sanitarios que están obligados a desarrollar sus prácticas clínicas habituales con el fin de lograr la curación o el alivio de los pacientes⁶⁸⁶.

En todo caso, los contornos de la no-maleficencia aparecen diferenciados de los de la beneficencia: una es la obligación de favorecer y otra la de no perjudicar. Pero en la ética médica las cosas han cambiado: la tesis más tradicional fue que la obligación imperativa del médico es favorecer y el no perjudicar es una obligación subsidiaria cuando el favorecer resulta imposible. Modernamente, la tesis es más bien la contraria: la obligación primaria es la de no perjudicar y el favorecer no puede hacerse nunca sin el consentimiento del paciente⁶⁸⁷. Las bendiciones y maldiciones de los grandes avances tecnológicos de la medicina científica han aumentado muchísimo las opciones de los pacientes, pero como cada opción tiene sus propios beneficios y riesgos, la tesis de la confianza de que los médicos deben ser útiles pero no dañosos ha perdido vigencia⁶⁸⁸. Parece claro que es un deber más primario el no hacer daño que el hacer el bien. En la práctica no todo se muestra meridiano y resulta de tan fácil aplicación. Hay deberes que se formulan globalmente, por lo que tienen pretensión de validez universal (como por ejemplo reparar los daños que hemos cometido), lo que no significa que en determinadas circunstancias puedan ceder. En cualquier caso hay algunos deberes que son más imperativos que otros, entre los que se encuentra el deber de no maleficencia. Éstos no son absolutos, pero la razón proporcional que se necesita para hacer una excepción de ellos es muy elevada⁶⁸⁹. Resulta necesario que existan una serie de principios y proposiciones que sean universales ya que en caso contrario puede caerse en el peligro de aplicar soluciones prácticas y arbitrarias sin una fundamentación. Pero la realidad es mucho más rica y compleja para poder aplicar esas máximas en todas las situaciones. La ética de principios se muestra demasiado rígida, es preciso valorar la

⁶⁸⁶ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto...*, op. cit., pp. 34-35.

⁶⁸⁷ No obstante en la práctica clínica actual aún pueden observarse vestigios de esa dificultad de “no actuar en beneficio del enfermo”. Con esto me refiero a los problemas que tienen en múltiples ocasiones los profesionales médicos a la hora de “no actuar”: en la práctica resulta mucho más sencillo poner, actuar, ejecutar en aras de la vida de un paciente que “no dañar” a ese paciente. En este ámbito podríamos ubicar la en muchas ocasiones difícil línea entre la búsqueda de la pervivencia y el ensañamiento.

⁶⁸⁸ KATZ, J.: *El médico y el paciente...*, op. cit., p. 198.

⁶⁸⁹ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., pp. 240-241.

realidad, sus circunstancias y consecuencias, resulta más correcta “una ética de valores que amplía la visión y cierra menos el campo del comportamiento”⁶⁹⁰; por otra parte “trabajar en el terreno teórico sin tener en cuenta retos reales que la vida va planteando, lleva a construir discursos eruditos, sin relevancia alguna en la vida práctica”⁶⁹¹. El único principio absoluto a la hora de decidir la legitimación de una decisión es el respeto del ser humano, el mayor problema es cómo llevar a la práctica dicho principio de respeto⁶⁹².

En lo que respecta al principio de beneficencia bien sabemos que ha sido la razón de ser tradicional de cualquier actuación médica para con su paciente. Ya vimos en reiteradas ocasiones como el *Corpus Hippocraticum* lo recoge en diversos de sus textos y es al fin y a la postre el espíritu del que están impregnados sus escritos. El Juramento así lo afirma:

“Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades (...); (...) “En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos”⁶⁹³.

El informe Belmont por su parte establece que el trato de modo ético a las personas no sólo se logra respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también “esforzándose en asegurar su bienestar”. De modo lapidario añade ulteriormente: “El término “beneficencia” se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y (2) Maximizar las beneficios posibles disminuyendo los posibles daños”⁶⁹⁴. Por tanto, como ya vimos al tratar el principio de no-maleficencia, el Informe Belmont no distingue claramente entre beneficencia y no-

⁶⁹⁰ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La Bioética en el Instituto Superior de Ciencias Morales y en la revista *Moralía*” en DE LA TORRE DÍAZ, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la bioética española*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2011, p. 272.

⁶⁹¹ FEITO GRANDE, L., “La bioética en la Universidad Complutense de Madrid”, en DE LA TORRE DÍAZ, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la bioética española...*, op. cit., p. 17.

⁶⁹² GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p.242.

⁶⁹³ LARA NAVA, M. D., “Juramento...”, op. cit., p. 77.

⁶⁹⁴ Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento..., op. cit., p. 4.

maleficencia, concretando esas dos obligaciones destacadas anteriormente como reglas generales.⁶⁹⁵

El principio de beneficencia podría formularse como la “obligación de procurar el bien a aquel del que me siento responsable”, determinando de este modo la corrección moral de dicha acción⁶⁹⁶. Como ya hemos visto éste ha sido el principio tradicional que ha imperado en la ética médica desde la Grecia antigua hasta prácticamente el siglo XXI. Sin embargo, a partir de los años 50 el modelo paternalista de relación sanitaria se ha visto afectado por los conceptos de libertad y pluralismo surgidos en los ámbitos político y social. La irrupción del principio de autonomía en las relaciones sanitarias ha removido el principio de beneficencia tradicional, provocando un antagonismo entre ambos. Sobre estos aspectos trataremos en el epígrafe inmediatamente posterior.

Este principio, etimológicamente considerado, tiene connotaciones positivas: “hacer el bien”, Es la finalidad benevolente lo que caracteriza al genuino paternalismo. Así, es entendido como un acto de bondad o de caridad que va más allá de la estricta obligación. Su campo de acción se extiende primariamente a las relaciones familiares, en las que el padre trata y gobierna a sus hijos menores y tiene como particularidad la aplicación de la que podría denominarse “analogía paternalista”. Todas las propuestas doctrinales en torno al paternalismo son aplicables no sólo a la vida familiar, sino también a la política, la religiosa y la médica. Por tanto beneficencia y paternalismo van de la mano. ¿Por qué entonces se produce un problema de justificación en torno a este concepto? La razón de ello no tiene que ver con su finalidad que, como hemos dicho es el bien, sino con el modo en que éste se lleva a cabo. A diferencia de otro tipo de actuaciones benevolentes o altruistas, ésta se realizaría en contra de la voluntad del sujeto contra la que se practica o, al menos, sin contar con la misma⁶⁹⁷. El paternalismo puede ser o no coercitivo, las formas más sutiles no lo son. Por tanto el paternalismo es una especie de mezcla entre beneficencia y poder: “es el rechazo a aceptar o a consentir

⁶⁹⁵ GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética...*, op. cit., p. 26.

⁶⁹⁶ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 34.

⁶⁹⁷ ALEMANY, M., “Las estrategias de la benevolencia. Sobre las relaciones entre el paternalismo y la bioética”, *Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, Universidad de Alicante, 2003, pp. 769-795.

los deseos, opciones y acciones de otra persona por el propio beneficio de esa persona”⁶⁹⁸.

En el ámbito sanitario el paternalismo alude a dos rasgos del papel paterno: la beneficencia y la legítima autoridad. El profesional asistencial, superior en conocimientos técnicos, experiencia y pericia ha sido requerido para favorecer los intereses del paciente tal y como son entendidos por el profesional⁶⁹⁹. El problema que ha suscitado dicho principio ha sido en el momento de cuestionarse si los enfermos tenían o no derecho a saber, y en consecuencia a consentir o rechazar las actuaciones médicas sobre sus propios cuerpos. Durante los años 80, el centro de preocupación de la bioética va a instalarse en el correcto ejercicio de la medicina en un nuevo contexto científico y social con la irrupción de las consecuencias del consentimiento informado y la presencia y coparticipación del paciente en la toma de decisiones. A partir de ese momento se va a rivalizar entre la continuación del ejercicio tradicional de la medicina en el que el médico actúa por y para el paciente sin contar con la opinión de este último o la nueva relación médico-paciente. En esta nueva etapa el enfermo aparece considerado como agente moral autónomo, con capacidad de decisión sobre las cuestiones que afectan a su salud y a su enfermedad, en definitiva, a su vida⁷⁰⁰.

2.1.4. Los principios de beneficencia y autonomía. Autonomía como premisa histórica, necesidad de matización actual

Centrándonos en el nacimiento de la autonomía del paciente en el ámbito bio-sanitario, impresiona que esa conquista de la libertad se hiciera a costa de la pérdida del criterio de beneficencia que estaba instaurado en la relación sanitaria. Antiguamente el médico actuaba por el bien del paciente considerando que, por sus conocimientos y experiencia, era el más indicado para saber lo que le convenía, pero sin contar con la opinión de éste. Hoy ese criterio parece quedar abolido ya que el paciente puede decidir sobre su propio cuerpo y su propia salud lo que él mismo considere más adecuado,

⁶⁹⁸ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 99.

⁶⁹⁹ SEOANE, J. A., “La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas”, *DS*, Vol. 16, 2008, XVI Congreso «Derecho y Salud», 79-86.

⁷⁰⁰ “De ahí surgirá la victoria de los derechos individuales frente a las tendencias aún persistentes del paternalismo médico. Hay un cambio de paradigma y relevo en los protagonistas de la actividad médica: el paciente, su voluntad y su capacidad de decisión pasan a ocupar el lugar central a la hora de tomar decisiones”. (GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit. p. 48).

siempre y cuando conozca las opciones posibles y las consecuencias de sus decisiones. La autodeterminación individual ha penetrado en el mundo occidental en diferentes campos como el filosófico, el religioso, el moral o el legal. También a los pacientes se les ha reconocido un derecho similar. La supremacía del principio de autonomía se ha presentado de una forma mucho más radicalizada de acuerdo con sus raíces filosóficas en la sociedad norteamericana que en la europea, debido a la exaltación y preeminencia de los ideales de libertad y autonomía imperantes en esa cultura. Esta situación constituye un cambio sustancial en virtud del cual el principal protagonista de la relación médico-paciente va a ser este último⁷⁰¹.

La autodeterminación es un concepto extraño a la medicina y ha originado una agria controversia. Tradicionalmente los médicos han sostenido que los pacientes no tienen capacidad para participar en la toma de decisiones, por lo que la autonomía de los pacientes no se inscribió en el vocabulario médico. Los médicos están preparados para atender solícitamente las necesidades físicas de los pacientes, pero no para atender sus necesidades de decisión. No obstante, en los últimos decenios se ha instaurado la tesis de que a los pacientes se les debe reconocer el derecho a la autodeterminación individual, la capacidad de trazar su destino conforme a un plan de su propia elección⁷⁰². La aparición de la autonomía de la voluntad del paciente en el mundo sanitario se ha producido de un modo gradual: inicialmente se parte de lo que se pudiera denominar “consentimiento implícito”. El médico puede estimar que hay consentimiento al tratamiento por el mero hecho de que el paciente acuda a él. Con posterioridad evoluciona hacia lo que se conoce como “conocimiento racional”, en el que el paciente tiene derecho a recibir información y a decidir sobre su tratamiento siempre que lo haga de manera racional. Finalmente, se alcanza la idea de consentimiento informado en su formulación actual, en el sentido de que el paciente

⁷⁰¹ DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital...*, op. cit., p. 69.

⁷⁰² El debate contemporáneo sobre la autodeterminación de los pacientes se ha librado en dos campos: los derechos y las capacidades. Los defensores de la participación de los pacientes en la toma de decisiones han propuesto diversas teorías de autonomía (autonomía moral, autonomía civil y autonomía de la voluntad) para fundar sus pretensiones. Sus oponentes han argumentado que reivindicar que el paciente pueda elegir pasa por alto la realidad de la incapacidad humana para tomar decisiones cuando las personas se convierten en pacientes. (KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., pp. 215 y ss.).

debe recibir toda la información disponible y actuar conforme a su criterio personal⁷⁰³. Así, hace algunas décadas, por influencia anglosajona, surge un modelo que se fundamenta en que la persona debe decidir por y sobre uno mismo sin los otros, o sin considerar a los otros. Es lo que se conoce con el nombre de autonomismo que es la reacción pendular frente al paternalismo⁷⁰⁴.

Pero, ¿Sinceramente esto es así en la práctica clínica? Y, ¿*debe* de ser así? ¿Debe el enfermo recibir *toda* la información disponible? ¿El médico debe actuar únicamente en base a lo que el paciente decida? ¿Cuáles serían las consecuencias si las actuaciones en la sanidad de los enfermos se justificasen exclusivamente en torno a sus determinaciones? ¿Realmente se debe prescindir del criterio de beneficencia en aras de un mayor cumplimiento de la autonomía del enfermo?

La relación clínica actual no puede fundamentarse únicamente en el principio de la autonomía del paciente, del mismo modo que tradicionalmente encontraba su apoyo en el de beneficencia. Por otra parte debe diferenciarse entre el *primum non nocere* y el principio de beneficencia: así como el primero obliga de modo primario y es lícito en cualquier momento, no sucede lo mismo con el de beneficencia. Nunca es lícito hacer el mal, pero a veces no es lícito hacer el bien. En principio, el *primum non nocere* no tiene nada que ver con el paternalismo, mientras que el criterio “*en beneficio del enfermo*” sí que lo tiene, si se realiza sin el consentimiento informado del enfermo⁷⁰⁵. Por tanto, paternalismo y autonomismo son hoy dos modelos extremos y fallidos: hay que evitar la polaridad beneficencia-autonomía y reinterpretar sus notas distintivas para fundamentar razonablemente la relación clínica actual. Hoy en día la relación clínica del siglo XXI no es la misma que la del pasado siglo: el “enfermo” no sólo es o está siempre enfermo, sino que ha modificado sus atributos y roles, denominándose usuario, cliente o consumidor. No obstante, nosotros vamos a seguir refiriéndonos al paciente en sentido

⁷⁰³ DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital...*, op. cit., p. 71.

⁷⁰⁴ “Afirmar la autosuficiencia del individuo, considerar la autonomía como valor absoluto y aceptar que todos los sujetos disponen de capacidad para adoptar o realizar acciones correctas en una determinada situación es un error. El atomismo yerra cuando identifica corrección y autonomía: una decisión o una acción autónomas son siempre, qua autónomas, correctas, con independencia de si lo elegido o realizado es bueno o malo y de las consecuencias que pueda originar”. (SEOANE, J. A., “Las autonomías del paciente”..., op. cit., p. 62; SEOANE, J. A., “La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas”, *DS*, Vol. 16..., op. cit., p. 80).

⁷⁰⁵ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 103.

genérico o inclusivo de la figura del usuario no enfermo⁷⁰⁶. Por otra parte, el médico ya no ostenta ese histórico rol privilegiado y sacerdotal, y tanto éste como el paciente conviven rodeados de familiares, la sociedad, así como de otros profesionales. El cuidado de la salud ya no va a proporcionarse individualmente, sino por un equipo. Además el cuidado de la salud se ha generalizado mediante sistemas colectivos de seguridad y asistencia social⁷⁰⁷.

Por estos motivos en la actualidad se ha producido cierta matización del principio de autonomía. Así, tras la proclamación de la supremacía de la voluntad como principio supremo para resolver los conflictos que surgen en la relación médico-paciente, surge una nueva corriente que afirma que la excesiva preponderancia de este principio determina el deterioro de la relación clínica afectando negativamente al propio paciente⁷⁰⁸. Debe abogarse por un principio de confianza que sustente la relación más que por un principio de autonomía. El principio de autonomía no puede suponer la aceptación ilimitada de las decisiones del paciente. Los pacientes buscan principalmente en los médicos confianza antes que información. El principal reto del profesionalismo médico en la actualidad se encuentra en la adopción de patrones de conducta y estilos de práctica profesional que incrementen y consoliden la confianza de la sociedad en la profesión médica, adaptándose ésta a las nuevas realidades sociales⁷⁰⁹. Para ello debe superarse el concepto profesional de confianza tradicional basado en un modelo equivocado. Ahora no se trata de que el paciente “siga las instrucciones del médico” fundamentado en su propia autoridad, ni tampoco que sea el paciente el que de un modo absoluto asuma la posición dominante en la relación clínica. Parece que la solución estriba en un acuerdo intermedio: el paciente puede tener esperanza y confianza en lo

⁷⁰⁶ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica”..., op. cit., pp. 29-30.

⁷⁰⁷ SEOANE, J. A., “La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas”, *DS*, Vol. 16..., op. cit., p. 80.

⁷⁰⁸ “No deseamos el modelo paternalista ya obsoleto, pero estamos en cada país definiendo el modelo que queremos, y no siempre la aplicación de modelos importados sin más es lo mejor. Debemos huir de la medicina defensiva y del paternalismo por igual”. (LEÓN CORREA, F. J., “Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva”, *Biomedicina*, nº2 (3), 2006, pp. 257-260.

⁷⁰⁹ DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital...*, op. cit., p. 78.

que el médico diga, él le ayudará a tomar sus propias decisiones, en base a la realidad médica y a la historia personal del enfermo congruente con sus intereses⁷¹⁰.

Esta nueva situación sólo puede lograrse si existe una previa y adecuada conversación y comunicación con el paciente en la relación clínica. Por otra parte, la propia opinión del médico no es condición suficiente para llevar a cabo una actuación médica, sino que es preciso consultar al paciente antes de ejecutarla. Esta realidad nos lleva a otra: el enfermo no sólo tiene más derechos, sino que también tiene una mayor responsabilidad. Responsabilidad sobre su propia salud, su propio cuerpo y su propia vida, lo que conlleva a un nuevo estatuto jurídico. Sobre estos aspectos trataremos en la última parte de esta obra.

2.2. Los derechos de información, libertad e intimidad en el ámbito sanitario

Hemos visto que la primera materialización de los denominados “derechos de los enfermos” se manifestó en la implantación de la fórmula del consentimiento informado, tal y como demostraron los primeros códigos de derechos de los enfermos. No obstante es indudable que existen otra serie de derechos en el ámbito sanitario que es conveniente que desarrollemos en este trabajo ya que constituyen el entramado en el que va a desenvolverse la relación clínica. Por ello, aunque en principio son derechos de los enfermos, el profesional también va a tener la posibilidad de ejercer una serie de facultades en torno a los mismos. Vamos a tratar aquellos derechos que consideramos son el eje sobre el que giran otros accesorios, la base de sustentación genérica de la actual relación sanitaria. Esta afirmación no obsta a que algunos de los derechos de los que vamos a tratar sean nuevos, sino que algunos se han reconocido tradicionalmente y hoy en día permanecen con nuevos contornos e incluso más radicalizados. Trataremos en primer lugar del derecho a la información que todo paciente posee en la actualidad, para pasar a la esfera de la libertad en el ámbito biomédico, en su sentido más amplio considerado, y por último la intimidad del paciente, concepto reconocido históricamente pero que en la actualidad ha adquirido un especial relieve.

2.2.1. El derecho a la información en el ámbito biomédico

El derecho a la información (al igual que el del consentimiento informado) se encuentra estrechamente vinculado con el principio ético de la autonomía. Por otra

⁷¹⁰ KATZ, J., *El médico y el paciente...*, op. cit., p. 211.

parte, en el ámbito sanitario "consentimiento" e "informado" aparecen indisolublemente unidos de tal modo que para realizar cualquier intervención sobre el cuerpo de un paciente se requiere su autorización una vez haya recibido con carácter previo la información precedente. En el campo jurídico se va más allá, puesto que para que el consentimiento pueda surtir plenos efectos es necesario que se haya proporcionado toda la información necesaria. Para el Derecho, el consentimiento o es informado o no es plenamente válido por lo que, en cierta forma para los juristas, la fórmula del *consentimiento informado* no deja de ser una mera redundancia⁷¹¹. En este sentido, el propio TC afirma que si se prescinde de la información previa "se omite, en definitiva el consentimiento informado"⁷¹².

Por otra parte, debemos delimitar los contornos del derecho a la información en el ámbito sanitario que se encuentra totalmente desvinculado del derecho genérico a la información en relación con las correlativas libertades de expresión, opinión y comunicación. El derecho a la información al paciente se encuentra directamente relacionado con dos derechos que le amparan: el derecho a la vida y el derecho a la integridad física, y con otro más genérico que los engloba, el derecho a la protección de la salud del individuo⁷¹³. Esta afirmación estriba en que el contenido de la información sanitaria dista en gran manera del que se incluye en el derecho genérico a la información. En este sentido, la Constitución recoge este último al afirmar que se reconoce y protege el derecho "a comunicar o recibir libremente información veraz *por cualquier medio de difusión*"⁷¹⁴. No puede englobarse aquí el derecho a la información sanitaria: el añadido en cursiva lo hace evidente, ya que en ningún caso la información entre profesional y paciente se realizará por "cualquier medio de difusión". El derecho a la información sanitaria se fundamenta en aspectos mucho más concretos tales como el

⁷¹¹ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "La información y el consentimiento informado", *Moralia* 36 (2013), 31-50, p. 47; JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica"... , op. cit., p. 32. En parecido sentido "existe una íntima relación entre consentimiento e información, de tal modo que se da la necesidad de que el consentimiento debe haber cumplido la exigencia de haber recibido la previa información". (GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, Ed. Lex Nova, Madrid, 2004, p. 74).

⁷¹² En dicha sentencia, el TC afirma "Partimos del hecho cierto, de que no se prestó al demandante de amparo información previa sobre la intervención quirúrgica que se le debía de practicar, omitiéndose, en definitiva su consentimiento informado". (STC 37/2011, FJ 6).

⁷¹³ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "La información y el consentimiento informado", *Moralia*, op. cit., p. 36.

⁷¹⁴ Art. 20.1.a) CE.

conocimiento de la patología que padece el paciente, los potenciales síntomas que pudiera acarrear, su posible tratamiento, efectos y riesgos...etc.; en definitiva todo aspecto relacionado con la salud individual de la persona.

En lo que respecta a la especial relación con el derecho a la protección de la salud y subsiguientemente el de la vida e integridad física y moral es indudable la existencia de la misma. Dicha constancia resulta evidente en el momento de apreciar el mero contenido del derecho a la información del que ya hemos hablado. Si la realización de una determinada técnica médica depende de que el paciente haya dado su autorización a la misma, es obvio que la información previa que tuviera en su poder constituye un elemento esencial a la hora de tomar esa decisión. La especial vinculación entre el derecho a la información y a la integridad física y moral también ha sido apreciada por el Tribunal Constitucional⁷¹⁵. Así en la ya citada STC 37/2011 se afirma que “la privación de información equivale a una privación o limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral”⁷¹⁶. A modo de compendio podemos afirmar que el derecho a la información en el campo de la sanidad es totalmente independiente del derecho genérico a la información, reconocido en el art. 20CE. Por otra parte, el derecho a la información sanitaria se encuentra en estrecha vinculación con los derechos fundamentales de la vida y la integridad física, y así ha sido reconocido en la jurisprudencia del TC.

Es de destacar que la mayor parte de los documentos legislativos promulgados en el área del bioderecho en los últimos tiempos ya no resaltan con la intensidad de hace años la necesidad de informar. El derecho se da por supuesto y sus preocupaciones van a extenderse a definir el contenido y alcance de la información⁷¹⁷. El derecho a la información en el ámbito sanitario ha sido recogido en diversas disposiciones normativas que engloban el vasto campo que integra el bioderecho y que abarca desde el trasplante de órganos, las técnicas de reproducción humana asistida, la interrupción

⁷¹⁵ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La información y el consentimiento informado”, *Moralia*, op. cit., p. 34.

⁷¹⁶ STC 37/2011, FJ 7.

⁷¹⁷ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 291.

voluntaria del embarazo o los ensayos clínicos⁷¹⁸. Veamos cuál es la regulación específica del derecho a la información en el campo sanitario por las principales disposiciones normativas en el área del bioderecho.

La primera norma relacionada con las cuestiones del bioderecho que se publica tras la entrada en vigor de nuestra vigente Constitución de 1978 es la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos⁷¹⁹. Respecto a la obtención de órganos procedentes de un donante vivo exige que éste haya sido previamente informado. Por lo que respecta al receptor, antes de expresar por escrito su consentimiento, deberá ser informado de todos los extremos relacionados con la intervención⁷²⁰. La normativa de desarrollo también hace referencia a la información al donante y al receptor del órgano: tanto el originario RD 426/1980, de 22 de febrero, como el que derogó a éste, el RD 2070/1999, de 30 de diciembre, realizaban referencias al derecho de información al donante y al receptor. El vigente Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad, reitera la necesidad de informar al donante y al receptor. El Real Decreto del año 1999 también establece que “se deberán respetar los derechos fundamentales de la

⁷¹⁸ DE LA TORRE DÍAZ, J., JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., APARICIO RODRÍGUEZ, L. C., GONZÁLEZ MORÁN, L., *Normas básicas de Bioderecho*, Dykinson, Madrid, 2010.

⁷¹⁹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 290.

⁷²⁰ Así, en el artículo 4.b) de la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos establece: “La obtención de órganos procedentes de un donante vivo, para su ulterior injerto o implantación en otra persona, podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos: (...) b) Que el donante goce de plenas facultades mentales y haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión. Esta información se referirá a las consecuencias previsibles de orden somático, psíquico y psicológico, a las eventuales repercusiones que la donación pueda tener sobre su vida personal, familiar y profesional, así como los beneficios que con el trasplante se espera haya de conseguir el receptor”.

En lo que respecta a la información que debe proporcionarse al receptor, los arts. 6a) y 6b) se refieren al mismo: “El responsable de la unidad médica en que haya de realizarse el trasplante sólo podrá dar su conformidad si se cumplen los siguientes requisitos: a) Que el receptor sea plenamente consciente del tipo de intervención que va a efectuarse, conociendo los posibles riesgos y las previsibles ventajas que, tanto física como psíquicamente, puedan derivarse del trasplante. b) Que el receptor sea informado de que se han efectuado en los casos precisos los necesarios estudios inmunológicos de histocompatibilidad u otros que sean procedentes, entre donante y futuro receptor, efectuados por un laboratorio acreditado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad”. (El artículo 6 ha sido redactado por el número dos del artículo 5 de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

persona y los postulados éticos que se aplican a la práctica clínica y a la investigación biomédica”⁷²¹, entre los que pudiera integrarse el derecho de información al donante y al receptor. No obstante de modo directo, para la obtención de órganos de donante vivo, el vigente Real Decreto establece la exigencia de que éste sea informado previamente⁷²². En lo que respecta al receptor, éste deberá ser asimismo informado “de los riesgos y beneficios que la intervención supone, así como de los estudios que sean técnicamente apropiados al tipo de trasplante del que se trate en cada caso”⁷²³. En el supuesto de la obtención de órganos de fallecidos se habla del deber de informar a los familiares presentes (se entiende que del difunto), *siempre que las circunstancias no lo impidan*⁷²⁴.

Debemos destacar también que la Ley 14/1986, de 14 de abril, General de Sanidad reconoció de un modo genérico el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a los que se puede acceder, así como sobre el proceso, diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento⁷²⁵. Esta ley se vio obligada a adaptarse al *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina* firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997 (más conocido como Convenio de Oviedo), que motivó la promulgación de la Ley de autonomía del paciente. 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* ha derogado, como bien sabemos varios de los apartados del

⁷²¹ Art. 4.1 del RD 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

⁷²² “El donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión, de los riesgos, para sí mismo o para el receptor, así como de las posibles contraindicaciones, y de la forma de proceder prevista por el centro ante la contingencia de que una vez se hubiera extraído el órgano, no fuera posible su trasplante en el receptor al que iba destinado” (Art. 8.1.c) del RD 1723/2012).

⁷²³ Art. 17.1 del RD 1723/2012.

⁷²⁴ El art. 9.1.b) 2º del RD 1723/2012 establece: “Siempre que las circunstancias no lo impidan, se deberá facilitar a los familiares presentes en el centro sanitario información sobre la necesidad, naturaleza y circunstancias de la obtención, restauración, conservación o prácticas de sanidad mortuoria”.

⁷²⁵ El art. 10.5 de la Ley 14/1986 General de Sanidad establece: “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: (...) 5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”. Este es uno de los apartados junto con el 6, el 8, el 9 y el 11 que han sido derogados por la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente.

artículo 10 de la Ley 14/1986, entre ellos el que reconoce el derecho a la información sobre el proceso.

El derecho a ser informado en sanidad también aparece recogido en la normativa referente a la reproducción humana asistida. Así la vigente Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (al igual que sus precedentes, la Ley 35/1988 y la Ley 45/2003) reconoce el derecho a la información que se prestará tanto a las personas que deseen recurrir a las técnicas de reproducción asistida como a quienes vayan actuar como donantes. El contenido de dicha información versará sobre las posibilidades de éxito que abarcan dichas técnicas, sus riesgos y las condiciones de dicha aplicación⁷²⁶. Añade que la información sobre estas técnicas se extenderá a los aspectos biológicos, jurídicos y éticos, así como las condiciones económicas del tratamiento. Destaca la importancia de que dicha información se realice en las condiciones adecuadas que faciliten su comprensión, recayendo dicha obligación en los responsables de los equipos médicos⁷²⁷. En este sentido, la información efectuada a los donantes deberá practicarse en los formatos adecuados, de manera que resulte accesible y comprensible a las personas con discapacidad⁷²⁸. La ley hace especial hincapié en la información referente a los riesgos para la mujer durante el tratamiento, el embarazo y

⁷²⁶ El art. 3.1 de la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida afirma que: “Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación”.

⁷²⁷ Art. 3.3 de la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida.

⁷²⁸ Esta garantía se encuentra recogida en el art. 5.4 de la Ley 14/2006, redactado por el apartado uno del artículo 8 de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: “El contrato se formalizará por escrito entre los donantes y el centro autorizado. Antes de la formalización, los donantes habrán de ser informados de los fines y consecuencias del acto. La información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad”. La especial protección a las personas con discapacidad también aparece reflejada en los arts. 6.4, el 11.7 y el 15.1.a) de la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida que han sido añadidos por Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

para la descendencia que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada⁷²⁹.

La aún vigente Ley 2/2010, de 3 de marzo, de *salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* se muestra especialmente detallada a la hora de informar a las mujeres que deseen someterse a una interrupción voluntaria del embarazo. Dicha información estribará sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir, los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente⁷³⁰. La ley es particularmente rigurosa en lo que respecta a la información en el caso de la opción de interrupción del embarazo libre (por la simple voluntad de la mujer) dentro de las primeras catorce semanas de gestación. En este caso, además de las indicaciones ya citadas, deberán recibir en un sobre cerrado información sobre ayudas y cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto; los derechos laborales, beneficios fiscales e información relevante sobre ayudas al nacimiento; sobre los centros disponibles que puedan proporcionar información sobre anticoncepción y sexo seguro y sobre el asesoramiento antes y después de la interrupción voluntaria del embarazo. La entrega de dicha información deberá ser atestiguada mediante un documento acreditativo de la fecha de dicha entrega y la elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno⁷³¹. También dicha disposición normativa realiza una referencia específica para el caso de la opción de la interrupción voluntaria del embarazo si existiera el riesgo de graves anomalías fetales. En dicho supuesto, la mujer deberá recibir también información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas⁷³². La ley 2/2010 se remite a la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente en lo referente al derecho a la

⁷²⁹ Art. 6.2 de la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida. Sobre estas normas reguladoras de la Reproducción Asistida ver: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. y DE LA TORRE DÍAZ, F.J., *La Reproducción Medicamente Asistida*, Tecnos, Madrid, 2013.

⁷³⁰ Art. 17.1 de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

⁷³¹ Art. 17.2 de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

⁷³² Art. 17.3 de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

información asistencial y a las condiciones de la misma⁷³³ y añade que deberá ser clara, objetiva, comprensible, adecuada y accesible en el caso de personas con algún tipo de discapacidad⁷³⁴.

La Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica también realiza unas precisiones en lo que respecta a la información para la realización de análisis genéticos y utilización de muestras biológicas. Esta ley establece que el consentimiento se prestará una vez recibida la información “adecuada”⁷³⁵. Esto no significa que ésta deba ser “ni exhaustiva ni completa”, sino acomodada a la capacidad comprensiva del receptor de la misma⁷³⁶. Por otra parte es de destacar que esta disposición normativa prevé que la información en este caso se deberá suministrar “por escrito”⁷³⁷. Así, si bien la Ley 41/2002 había establecido como regla general que la información se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica,⁷³⁸ también prevé la posibilidad y necesidad de suministrar la información por escrito estableciendo unos límites tasados en lo que respecta a la información básica: las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y, finalmente, las contraindicaciones⁷³⁹.

En lo que respecta al contenido de dicha información, “comprenderá la naturaleza, importancia, implicaciones y riesgos de la investigación, *en los términos que establece*

⁷³³ “En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo”. (Art. 17.4 de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).

⁷³⁴ 17.5 de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

⁷³⁵ El art. 4.1 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica establece: “Se respetará la libre autonomía de las personas que puedan participar en una investigación biomédica o que puedan aportar a ella sus muestras biológicas, para lo que será preciso que hayan prestado previamente su consentimiento expreso y escrito una vez recibida la información adecuada”.

⁷³⁶ GONZÁLEZ MORÁN, L., “Información y consentimiento en el ámbito de los análisis clínicos y de la utilización de muestras biológicas humanas con fines de investigación biomédica”, en: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. y DE LA TORRE DÍAZ, J., (editores), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Dykinson, Madrid, 2012, p. 105.

⁷³⁷ Arts. 4.1; 15; 20.1.c); 29.1.b); 32.2 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

⁷³⁸ Art. 4.1 de 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.

⁷³⁹ Art. 4.1 de la Ley 41/2002.

*esta ley*⁷⁴⁰. Este último inciso se encuentra desarrollado en cada materia específica de las contempladas por la ley y de modo genérico en el artículo 15 designado como “Información a los sujetos participantes en la investigación”, referente a aquellas investigaciones que impliquen procedimientos invasivos en seres humanos. La ley precisa las garantías en orden a la salvaguarda del derecho de información que han de observarse para la protección de las personas que no tengan capacidad para prestar su consentimiento en las investigaciones sobre ellas mismas: que los resultados de la investigación puedan producir beneficios reales o directos para su salud; que no pueda realizarse una investigación de eficacia comparable en individuos capaces de otorgar su consentimiento; que la persona que vaya a participar en la investigación haya sido informada por escrito de sus derechos y límites y que sus representantes legales también hayan recibido la información prevista en el artículo 15⁷⁴¹.

Es también relevante el contenido que debe incluir la información previa a la realización de análisis genéticos con fines de investigación en el ámbito sanitario, mostrándose la ley muy rigurosa al respecto⁷⁴². En este sentido, la ley es particularmente respetuosa con la libertad de la autonomía del individuo, dejando a su voluntad la decisión sobre la información a sus familiares, aunque “éstos aparezcan implicados”. No obstante, el problema salta a la luz, ya que la ley no prevé qué sucede en aquellos casos en los que el sujeto se niega a prestar la información o delegar en los profesionales sanitarios o investigadores la práctica de la misma. Debería de optarse por

⁷⁴⁰ Art. 4.1 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

⁷⁴¹ Art. 20.1 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

⁷⁴² Así, el art. 47 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica establece: “Sin perjuicio de lo establecido en la legislación sobre protección de datos de carácter personal, antes de que el sujeto preste el consentimiento (...), deberá recibir la siguiente información por escrito:

1º Finalidad del análisis genético para el cual consiente.

2º Lugar de realización del análisis y destino de la muestra biológica al término del mismo, sea aquel la disociación de los datos de identificación de la muestra, su destrucción, u otros destinos, para lo cual se solicitará el consentimiento del sujeto fuente en los términos previstos en esta Ley.

3º Personas que tendrán acceso a los resultados de los análisis cuando aquellos no vayan a ser sometidos a procedimientos de disociación o anonimización.

4º Advertencia sobre la posibilidad de descubrimientos inesperados y su posible trascendencia para el sujeto, así como sobre la facultad de éste de tomar una posición en relación con recibir su comunicación.

5º Advertencia de la implicación que puede tener para sus familiares la información que se llegue a obtener y la conveniencia de que él mismo, en su caso, transmita dicha información a aquellos.

6º Compromiso de suministrar consejo genético, una vez obtenidos y evaluados los resultados del análisis”.

una solución intermedia y así, en aras el respeto de la autonomía y de la libertad del individuo afectado, sólo excepcionalmente informar a sus familiares. En los supuestos de enfermedades graves hereditarias, el médico podrá legítimamente asumir la responsabilidad de informar a los familiares cuando no exista otro medio para evitar un riesgo de salud de terceros, teniendo en cuenta el caso y las circunstancias concretas, y limitando la información a lo estrictamente necesario⁷⁴³.

Por último esta ley dedica un artículo a la información previa al consentimiento para la utilización de muestras biológicas humanas. Este artículo distingue dos casos: la utilización de una muestra biológica con fines de investigación biomédica cuando aquella no va a ser sometida a un proceso de anonimización y el caso de utilización de muestras que vayan a ser anonimizadas, siendo más estricta en el primer caso⁷⁴⁴. Según la definición que proporciona la propia ley, dato anonimizado o irreversiblemente disociado es aquel que no puede asociarse a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda la información que identifique al sujeto, o porque dicha asociación exige un esfuerzo no razonable, entendiéndose por tal el empleo de una cantidad de tiempo, gastos y trabajo desproporcionado⁷⁴⁵. En todo caso, la información habrá de ser suministrada por escrito y en ambos casos el sujeto deberá recibir la siguiente: la finalidad o la línea de investigación; los beneficios esperados; los posibles inconvenientes vinculados con la donación y la obtención de la muestra y la identidad del responsable de la investigación. En caso de que la utilización de una muestra biológica con fines de investigación biomédica no vaya a ser sometida a un proceso de anonimización, la información suministrada deberá de ser mucho más amplia, incluyendo el derecho de revocación y sus efectos; el lugar de realización del análisis y destino de la muestra; el derecho a conocer los datos genéticos que se obtengan; la garantía de confidencialidad de la información obtenida y las advertencias sobre la posibilidad de que se obtenga información relativa a su salud, así como la implicación de la misma respecto a sus familiares⁷⁴⁶.

⁷⁴³ GONZÁLEZ MORÁN, L., “Información y consentimiento en el ámbito de los análisis clínicos y de la utilización de muestras biológicas humanas con fines de investigación biomédica”, en: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. y DE LA TORRE DÍAZ, J., (editores)..., op. cit., pp. 111-112.

⁷⁴⁴ Art. 59 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

⁷⁴⁵ Art. 3.i. de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

⁷⁴⁶ Art. 59 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

Pues bien, son diversas disposiciones normativas en el ámbito del bioderecho que incluyen la necesidad de información al paciente como principio general de las aplicaciones de la biología y de la medicina. Así el Convenio de Oviedo establece como regla general que “una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento”⁷⁴⁷ es decir, tras ser informado sobre la finalidad y la naturaleza de dicha intervención y de los riesgos y consecuencias que acarrea⁷⁴⁸. Dicho Convenio también reconoce el derecho de toda persona a conocer toda la información obtenida respecto a su salud⁷⁴⁹. También la Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos recoge el derecho a la información en el ámbito sanitario de un modo comprensible y adecuado, incluyendo las modalidades para la revocación del consentimiento⁷⁵⁰.

En lo que respecta al contenido del derecho a la información en el ámbito biomédico éste abarca diversos aspectos. Siguiendo principalmente la *Ley General de Sanidad* y la Ley 41/2002, podemos considerar una información general que corresponde a todos los ciudadanos y por otra parte una más concreta concerniente a cada sujeto dentro del específico proceso asistencial. Dentro de la primera podemos englobar diversas clases de informaciones:

- Información general sobre los derechos y deberes de los usuarios de los servicios del sistema sanitario público⁷⁵¹.

- Información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y requisitos de acceso a ellos⁷⁵².

⁷⁴⁷ Art. 5 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), Convenio de Oviedo.

⁷⁴⁸ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La información y el consentimiento informado”, *Moralia*, op. cit., p. 40.

⁷⁴⁹ Art. 10 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), Convenio de Oviedo.

⁷⁵⁰ Art. 6 de la Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos de 19 de octubre de 2005, Conferencia General de la Unesco.

⁷⁵¹ Art. 9 de la Ley 14/1986 General de Sanidad.

⁷⁵² Art. 12. 1 de la Ley 41/2002.

-Información epidemiológica, es decir, el derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para la salud individual⁷⁵³.

-Información del derecho que asiste a los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud para elegir médico y centro sanitario⁷⁵⁴.

Dentro de la información que corresponde a cada sujeto concreto creemos que es apropiado diferenciar entre dos tipos: Por una parte aquella relativa a los datos relativos a la propia salud del paciente en general, que redundan dentro del propio proceso asistencial y, por otra, la información correspondiente a una intervención que se va a llevar a cabo sobre un sujeto y que vendría dedicada principalmente a otorgar su autorización⁷⁵⁵. Esta última se concreta en los aspectos que redundan en torno a la propia intervención, vinculada necesariamente con el consentimiento posterior para la práctica de la misma. Debemos asimismo precisar que cuando hablamos de “intervención” no sólo nos referimos a todo procedimiento terapéutico, sino que también se incluirían aquellos meramente diagnósticos. En lo que respecta a la información referente al propio proceso asistencial podríamos incluir las siguientes:

-Información sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos invasores, que se apliquen, en un proyecto docente o de investigación⁷⁵⁶.

-Información sobre la identidad de su interlocutor, es decir el profesional dentro del equipo médico que tiene la responsabilidad de informarle⁷⁵⁷. Esta información se encuentra en estrecha relación con la información relativa a la práctica de una intervención concreta, pero resulta adecuado incluirla en la general.

-Información asistencial. Existen elementos incluidos dentro de ésta que deben incorporarse dentro de la denominada información para el consentimiento, lo que no significa que todo contenido incluido en la información asistencial vaya a ser destinado

⁷⁵³ Art. 6 de la Ley 41/2002.

⁷⁵⁴ Art. 13 de la Ley 41/2002.

⁷⁵⁵ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “La información y el consentimiento informado”, *Moralia*, op. cit., p. 41.

⁷⁵⁶ Art. 10.4 de la Ley 14/1986 General de Sanidad y art. 8.4 de la Ley 41/2002.

⁷⁵⁷ Art. 10.7 de la Ley 14/1986 General de Sanidad.

a emitir un consentimiento referente a una actuación en la salud. En otras palabras, la información asistencial puede incluirse en la información otorgada para obtener un consentimiento pero es independiente de ésta. Para vulnerar la dignidad y la libertad de un paciente no es necesario que se transgreda únicamente la libre voluntad de éste, sino que dicho quebrantamiento puede darse con la simple falta de información sin que exista una intervención médica posterior. No obstante, la omisión de la información sin lesión física consecuente como un “daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención” es una posibilidad que se debe admitir con prudencia⁷⁵⁸. La ley da mayor importancia a la “información para el consentimiento”, ya que recurrentemente habla de “actuación en el ámbito de la sanidad”, “actuaciones en el ámbito de la salud” o de “aplicación de técnica o procedimiento”.

En lo que respecta a la información referida a una intervención médica determinada podemos incluir la información destinada a obtener el consentimiento, la cual debe abarcar una serie de elementos. En esta información, el pensamiento fundamental gira en torno a la idea de la necesidad de ser informado para poder llegar a tomar decisiones con respecto a la salud de una persona⁷⁵⁹. En este sentido, para que dicho consentimiento pueda ser válido y consecuente, dentro de la información deben incluirse determinados aspectos antes de recabar el mismo:

- El conocimiento del estado de salud real del paciente, la enfermedad que presenta, es decir el diagnóstico médico principal. Considero este elemento esencial a la hora de elaborar un estado de conocimientos adecuado para emitir el consentimiento referente a una determinada actuación médica. La Ley 41/2002 habla de “información clínica” de un modo amplio al considerar incluido en la misma “cualquier dato que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla”⁷⁶⁰. A la hora de hablar del derecho a la información asistencial reconoce el derecho de los pacientes a “conocer toda la

⁷⁵⁸ El artículo citado era el 10.6 de la Ley 14/1986 General de Sanidad. (GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, Ed. Lex Nova, Madrid, 2004, p. 221). En este sentido, no debe olvidarse que en el trámite parlamentario se valoró la imposición de una sanción disciplinaria al médico que no recabara el consentimiento informado de sus pacientes, pero finalmente dicha opción fue rechazada.

⁷⁵⁹ El art. 2.2 de la Ley 41/2002 establece que “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada (...)”⁷⁶⁰.

⁷⁶⁰ Art. 3, párrafo séptimo de la Ley 41/2002.

información disponible sobre su salud”⁷⁶¹. Por su parte, el Convenio de Oviedo también contempla el derecho de toda persona a “conocer toda la información obtenida respecto a su salud”⁷⁶². No obstante, la Ley 41/2002 vincula el derecho a la información sobre la salud con cualquier actuación o intervención médica posterior, es decir, que apenas contempla el derecho de información del estado de salud de modo independiente como información autónoma.

- El conocimiento de las posibles opciones clínicas disponibles⁷⁶³. La Ley 14/1986 también reconocía el derecho a la “libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso” como lógica consecuencia del derecho a la información. En dicho precepto, derogado por la disposición derogatoria única de la Ley 41/2002, se reconocía fundamentalmente la exigencia previa del consentimiento del usuario de los servicios sanitarios, de ahí su relevancia⁷⁶⁴.

- Finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias, es decir, en qué consiste cada una de las actuaciones⁷⁶⁵. La Ley 41/2002 ubica el contenido que debe poseer la información básica en el capítulo IV referente a “el respeto a la autonomía del paciente” y no en el segundo “el derecho a la información sanitaria”, demostrando así la vinculación existente entre información y consentimiento. Es de destacar que, así como los dos aspectos anteriores citados se referían a “un estado anterior a la propia intervención” (estado de salud y opciones clínicas), este aspecto habla de los caracteres de la propia intervención en sí. Así, en lo que respecta al contenido de dicha información se puede precisar la siguiente información básica⁷⁶⁶:

- a) Finalidad y naturaleza de la intervención. Aunque el artículo 10.1 de la Ley 41/2002 no especifique este primer punto, el mismo se considera esencial y ya viene citado en el 4.1. En este punto debe precisarse en qué consiste la intervención incluyendo elementos tales como: si precisa o no ingreso, si se requiere o no anestesia,

⁷⁶¹ Art. 4. 1 de la Ley 41/2002.

⁷⁶² Art. 10, párrafo segundo del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), Convenio de Oviedo.

⁷⁶³ Art. 2.3 de la Ley 41/2002.

⁷⁶⁴ El artículo citado era el 10.6 de la Ley 14/1986 General de Sanidad. (GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, Ed. Lex Nova, Madrid, 2004, p. 66).

⁷⁶⁵ Art. 8.1, con referencia al art. 4.1 y art. 10.1 de la Ley 41/2002.

⁷⁶⁶ Art. 10.1 de la Ley 41/2002.

qué tipo de técnica se lleva a cabo, cuál es la duración estimada de la misma, en qué consiste el procedimiento, etc. También aquí debe especificarse cuál es la finalidad buscada con esta técnica, el por qué está indicada la misma.

b) Consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad. Por tanto, es necesario que dichas consecuencias vayan a producirse de un modo real, no basta con que sean probables⁷⁶⁷.

c) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. Por tanto, no son riesgos generales de cualquier persona sino que se refiere a aquellos individuales y subjetivos⁷⁶⁸.

d) Los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención. En este apartado podríamos incluir un gran número de elementos informativos. No obstante, la fórmula presentada por la ley es bastante ambigua y se muestra a una interpretación abierta. Así, en la STS, Sala 1ª de 21 de diciembre de 1998 se establece que “la obligación de información al paciente, sobre todo cuando se trata de medicina curativa, tiene ciertos límites y así se considera que quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles e infrecuentes, frente a los riesgos típicos que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia.”⁷⁶⁹ Obsérvese que en esta sentencia continuaba en vigor el art. 10.5 de la Ley 14/1986 que hablaba de la información sobre el “diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”, siendo la jurisprudencia la que ensanchó ésta⁷⁷⁰.

⁷⁶⁷ Un ejemplo de consecuencia que se origina con seguridad es el dolor o las cicatrices posteriores a una intervención quirúrgica, la esterilidad que conlleva una histerectomía o la rigidez articular secundaria a una artrodesis. (BLAS ORBÁN, C., *El equilibrio en la relación médico-paciente*, Bosch Editor, Madrid, 2006, pp. 184-185).

⁷⁶⁸ Por ejemplo, la obesidad, la insuficiencia renal, la diabetes o la patología cardíaca son algunos de los componentes esenciales de mayor riesgo operatorio y anestésico en relación con los pacientes que no las padecen. En lo que respecta a las circunstancias profesionales cabría incluir toda intervención que pueda limitar la capacidad laboral que el paciente viene realizando habitualmente; por ejemplo, la extirpación de un quiste ganglionar de la muñeca de un paciente que es pianista profesional, cuyo riesgo es la rigidez articular.

⁷⁶⁹ STS, Sala 1ª de 28 de diciembre de 1998, FJ 5.

⁷⁷⁰ Así, en la sentencia citada se consideró que tanto “la impotencia como la incontinencia urinaria no pueden ser considerados como riesgos típicos (...) y constituyen clínicamente incidencias inevitables que estadísticamente está comprobado, se presentan entre 1-3% de las

En una sentencia posterior, ya estando en vigor la Ley 41/2002, el Tribunal Supremo afirma, rememorando la Sentencia 13-4-1999 que, “en cuanto a la esencia a que debe referirse el derecho o deber de información, no es posible exponer un modelo prefijado que albergue “a priori” todo el vasto contenido de dicha información, si bien abarcaría como mínimo y, en sustancia, por un lado, la exposición de las características de la intervención quirúrgica que se propone, en segundo lugar, las ventajas o inconvenientes de dicha intervención, en tercer lugar, los riesgos de la misma, en cuarto lugar, el proceso previsible del post-operatorio e, incluso en quinto lugar, el contraste con la residual situación ajena o el margen a esa intervención”⁷⁷¹. En este caso, el demandado reconoció en la prueba de la confesión judicial que no informó a la actora del riesgo de perforación timpánica residual a consecuencia de la intervención a la que fue sometida, por estimar que no era pertinente. Según la perito judicial dicha perforación timpánica residual se produce en un porcentaje de entre un 1 y un 3% de los casos y tiene lugar por un proceso de cicatrización anómalo y fibrosis. No obstante y a diferencia de la anterior sentencia citada, en este caso determina la responsabilidad del profesional médico de haber vulnerado el deber de informar al paciente de unos riesgos estimados probables y directamente relacionados con este tipo de intervención.

Visto lo anterior, podemos englobar los diferentes riesgos que deben ser incluidos en la comunicación previa a la intervención. Por tanto, aun cuando sea demasiado riguroso en lo que respecta a la información sobre los riesgos, se estima que debería extenderse a extremos que integren tanto la eventualidad de la producción del daño como la intensidad del riesgo⁷⁷²:

-Las consecuencias o efectos que con seguridad van a producirse a resultas de la intervención o tratamiento de que se trate. Dicha información deberá ofrecerse aunque se trate de riesgos mínimos e insignificantes siempre que sean de acontecimiento seguro. Esta opción se muestra mucho más estricta que la ley, que sólo exige la información de las “consecuencias relevantes o de importancia”⁷⁷³.

prostatectomías (Ibídem). Por tanto en este caso no se consideró que había obligación de informar de los riesgos citados de dicha intervención por lo que no hubo lugar a declarar responsabilidad patrimonial de la Administración.

⁷⁷¹ STS, Sala 1ª, de 23 de Julio de 2003, FJ 3.

⁷⁷² GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., pp. 91-92.

⁷⁷³ Art. 10.1.a) de la Ley 41/2002.

-Los riesgos frecuentes que suelen producirse o que pueden esperarse en condiciones normales y con arreglo a la experiencia y al estado normal de la ciencia.

-Los riesgos infrecuentes o excepcionales que tienen la consideración de muy graves⁷⁷⁴. Aunque su acaecimiento sea extraño o excepcional, en este caso no se valora la eventualidad de la producción del daño, sino la intensidad del riesgo.

-Los riesgos personalizados, ya nombrados anteriormente, aquellos que derivan de las circunstancias propias del paciente, incluyendo los tres anteriores: consecuencias seguras, riesgos frecuentes y los excepcionales pero muy graves.

-En el caso de la decisión de no tratamiento o intervención, también debe informarse de las cuatro clases de riesgos anteriores.

-Por último, también deberá de informarse de los procedimientos alternativos, con mención de los riesgos nombrados anteriormente.

Por tanto, parece que los únicos riesgos de los que no será necesario informar será de aquellos de entidad insignificante y de improbable posibilidad de acaecimiento⁷⁷⁵. Este límite no resulta claro y determinado, de ahí la evolución del pensamiento jurisprudencial en lo que respecta a la “frecuencia” y a la “gravedad” de los riesgos.

e) El último de los elementos que integran la información básica previa al consentimiento son las contraindicaciones que conlleva la asistencia sanitaria que el paciente solicita. Es en la medicina voluntaria o satisfactiva en donde se puede prestar con mayor frecuencia la necesidad de informar al cliente de las contraindicaciones: cuanto menor es la necesidad de tratamiento, mayor es la exigencia de información como es en el caso de las intervenciones de cirugía estética⁷⁷⁶. Así, en este tipo de intervenciones la información sobre las posibles contraindicaciones se amplía en contraste con las denominadas necesarias, curativas o asistenciales. En este sentido, el

⁷⁷⁴ Podríamos englobar aquí la perforación timpánica de la STS Sala 1ª, de 23 de Julio de 2003, la esterilidad e incontinencia de la STS, Sala 1ª de 28 de diciembre de 1998 o el riesgo de muerte, (“muy excepcionalmente: 1 de cada 100.000 pacientes) en la angioplastia secundaria a la administración del contraste que provoque una reacción alérgica. (Consentimiento informado referente a la Recanalización vascular (angioplastia) endoprótesis, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria).

⁷⁷⁵ GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 92.

⁷⁷⁶ BLAS ORBÁN, C., *El equilibrio en la relación médico-paciente*, op. cit., pp. 197-199.

Tribunal Supremo afirma que: “El deber de información en la medicina satisfactiva -en el caso, cirugía estética-, en la perspectiva de la información dirigida a la obtención del consentimiento para la intervención, (...) no sólo comprende las posibilidades de fracaso de la intervención, es decir, el pronóstico sobre la probabilidad del resultado, sino que también se debe advertir de *cualesquiera* secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, y con independencia de su frecuencia y de que la intervención se desarrolle con plena corrección técnica. Por lo tanto debe advertirse de la posibilidad de dichos eventos *aunque sean remotos, poco probables o se produzcan excepcionalmente*, y ello tanto más si el evento previsible –no debe confundirse previsible con frecuente- no es la no obtención del resultado sino una complicación severa, o agravación del estado estético como ocurre con el queloide. La información de riesgos previsibles es independiente de su probabilidad, o porcentaje de casos, y sólo quedan excluidos los desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención”⁷⁷⁷. Como puede observarse en dicha sentencia el Tribunal Supremo se muestra especialmente riguroso entendiendo que, con más razón, es exigible el derecho a la libertad personal de decisión o derecho de autodeterminación sobre la salud en los casos de intervenciones caracterizadas por su “innecesidad o falta de premura” porque “la relatividad de la necesidad podría dar lugar en algunos casos a un silenciamiento de los riesgos excepcionales a fin de evitar una retracción de los pacientes a someterse a la intervención”⁷⁷⁸. Con estas palabras el Tribunal introducía el dedo en la llaga al evidenciar que este tipo de intervenciones se practican en su mayoría en centros sanitarios privados, con el consabido detrimento económico ante una “excesiva información”. Consecuentemente, se apreció una infracción en el deber de información por parte del profesional médico que debió de indemnizar a la actora la cantidad económica reclamada.

Otro de los aspectos dentro del derecho a la información en el ámbito sanitario que conviene estudiar son los sujetos participantes en este derecho. Por una parte debemos concretar quién es aquél que tiene la obligación de facilitar la información, y por otra

⁷⁷⁷ STS, Sala 1ª, de 21 de octubre de 2005, FJ 4. En dicha sentencia la demandante sufrió unas cicatrices queloideas en el labio inferior y en el mentón, y un consiguiente trastorno psíquico diagnosticado por los especialistas de “neurosis de angustia” tras habersele sido practicado una intervención consistente en un tratamiento dermoabrasor por láser quirúrgico con la finalidad de hacer desaparecer unas pequeñas cicatrices puntiformes en la región peribucal y mentón provenientes de una depilación eléctrica realizada hace algunos años.

⁷⁷⁸ STS, Sala 1ª, de 21 de octubre de 2005, FJ 4.

parte quién es el que debe reclamar que se facilite la misma o, como bien dice la Ley 41/2002, quién es el titular del derecho a la información asistencial. Así, esta ley se muestra clara especificando que “el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información”, añadiendo seguidamente que “los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o procedimiento concreto también serán responsables de informarle”⁷⁷⁹. En lo que respecta al interrogante de quien se considera “médico responsable” dentro de las definiciones legales se considera como tal “al profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”⁷⁸⁰. Por tanto parece demostrarse que esta ley exige que aquel profesional sanitario que presta materialmente la asistencia sanitaria al paciente, también es el encargado de prestarle dicha información. Por otra parte, resulta muy significativo que uno de los pocos apartados de la Ley 14/1986 que no ha sido derogado por la disposición derogatoria única de la Ley 41/2002 haya sido el séptimo. En este sentido, dicho precepto establece que un médico será el interlocutor principal del paciente con el equipo asistencial, pero que en caso de ausencia “otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad”⁷⁸¹. Por tanto, aunque el obligado a informar es el médico que aplica el tratamiento, existe la posibilidad de que se designe a otro médico del equipo como interlocutor con el paciente. No obstante, en la atención sanitaria actual existen muchos y diversos profesionales que atienden a un mismo paciente, y no son considerados del mismo equipo asistencial propiamente dicho. Podría decirse que existen múltiples equipos compuestos de múltiples profesionales sanitarios, produciéndose en no pocas ocasiones cierta dilución de responsabilidades a la hora de proporcionar la información⁷⁸². En el caso de esas asistencias interdisciplinarias o en equipo sería conveniente centralizar en un solo médico responsable la información para

⁷⁷⁹ Art. 4.3 de la Ley 41/2002.

⁷⁸⁰ Art. 3, párrafo 11 de la Ley 41/2002.

⁷⁸¹ Art.10.7 de la Ley 14/1986.

⁷⁸² En no pocas ocasiones el paciente es intervenido por un determinado cirujano pero los días del post-operatorio su evolución es seguida por otros facultativos, e incluso es dado de alta por profesionales que no han participado en la intervención. En la práctica sanitaria actual la centralización en un solo médico (el médico responsable) de toda la información referente a un proceso terapéutico es una opción prácticamente inviable. No obstante, debe intentar tenderse a combatir esta dilución de la información en diversos sujetos, o al menos procurar que un mismo paciente sea “compartido” por parte del equipo médico formando un todo.

con el paciente y su familia, pero en múltiples ocasiones dicho sistema no es viable y se tiende a prestar la misma de modo indistinto por los profesionales que integran un departamento o servicio determinado⁷⁸³. No obstante, como bien dice Junquera, hubiera sido preferible que la ley estableciera que ese interlocutor principal (médico responsable) fuera el encargado de la comunicación y de la información, independientemente que los demás profesionales le ayudaran en la tarea⁷⁸⁴.

En lo que respecta a la mención que la ley realiza a “los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto” es claro que la obligación a informar a un paciente recae en todos los profesionales sanitarios. Por tanto, tal y como establece el artículo 4.1 de la Ley 41/2002 “cualquier actuación en el ámbito de la salud del paciente” debe ser informada. Estas actuaciones consideradas de carácter menor (una extracción sanguínea, una radiografía, una implantación de una sonda vesical..., etc.) entrarían en el supuesto de ofrecimiento de la información de modo verbal que, por otra parte, supone la regla general. No obstante, no podemos evitar pensar que en un futuro no muy lejano los pacientes puedan reclamar y exigir que la información y el consentimiento se presten por escrito en aquellos procedimientos considerados de menor entidad⁷⁸⁵.

En cuanto al sujeto receptor de la información, la Ley 41/2002 establece de modo lapidario “el titular del derecho a la información es el paciente”⁷⁸⁶. La definición de paciente proviene de sus “definiciones legales” al afirmar de modo somero que es paciente “la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”⁷⁸⁷. Además se añade como fórmula complementaria que, en la medida en que el paciente lo permita de manera expresa o tácita, también serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁷⁸⁸. No obstante la precisión con la que la norma establece

⁷⁸³ GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 77.

⁷⁸⁴ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica”..., op. cit., p. 36.

⁷⁸⁵ En este sentido, en los últimos años se está generalizando la existencia de formularios de consentimiento informado ante las transfusiones sanguíneas, técnica de la que hasta hace muy poco tiempo se prescindía de información y consentimiento por escrito.

⁷⁸⁶ Art. 5.1 de la Ley 41/2002.

⁷⁸⁷ Art. 3, párrafo 12º de la Ley 41/2002.

⁷⁸⁸ Art. 5.1 de la Ley 41/2002.

esta afirmación no está exenta de problemas: no debe deducirse directa y genéricamente que por ser familiar del paciente se tiene derecho a recibir la información, sino que la información dada a estas personas sin el consentimiento del paciente (si se trata de una persona mayor de edad y consciente, entiéndase) supone una violación del derecho a la confidencialidad y la intimidad⁷⁸⁹. En la práctica clínica suele inferirse que los familiares que acompañan al paciente son los depositarios de la información, salvo manifestación en contrario, aplicando el “permiso tácito” que la ley dispone en su artículo 5.1.

Por otra parte, el paciente deberá ser informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, independientemente del deber de informar también a su representante legal⁷⁹⁰. En este caso la ley se está refiriendo a aquellas situaciones en las que una persona es declarada incapaz por el Derecho⁷⁹¹. En cuyo supuesto si el paciente declarado incapaz dispone de posibilidades de comprensión la información deberá de adecuarse a las mismas.

Caso diferente es el supuesto en el que el paciente carece de capacidad (a criterio del médico) para entender la información. Entonces ésta se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁷⁹². Entiéndase que en este caso no se trata de una persona declarada incapaz por el derecho sino que se refiere a aquellos supuestos en los que personas presuntamente capaces se encuentran en situaciones en las que no pueden entender la información (pacientes en coma, intubados, sedados...etc.).

En la STS, Sala 1ª de 31 de marzo de 2004 un paciente afectado de carcinoma vesical demanda a los tribunales alegando primeramente un error de diagnóstico y después que no se le prestó “información clara y suficiente a efectos de poder emitir consentimiento adecuado para la práctica de las tres intervenciones quirúrgicas sucesivas”. El tribunal resolvió que “no hubo error de diagnóstico” y que “se suministró información adecuada y mantenida, sin dejar de lado que la evolución de la enfermedad no permitía otra opción que la de practicar de una vez la cirugía radical (...)” añadiendo que “cabe que

⁷⁸⁹ BLAS ORBÁN, C., *El equilibrio en la relación médico-paciente*, op. cit., p. 170.

⁷⁹⁰ Art. 5.2 de la Ley 41/2002.

⁷⁹¹ Piénsese en los menores de edad o los discapacitados mentales. (JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica”..., op. cit., p. 36).

⁷⁹² Art. 5.3 de la Ley 41/2002.

los familiares ocultasen, con la mejor intención, el alcance de la gravedad de la enfermedad del recurrente”⁷⁹³. En este sentido podemos comprobar la importancia que tiene en la práctica proporcionar la información al propio paciente, aunque las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho también deban ser informadas en la medida que el paciente lo permita de modo expreso o tácito. En el caso de que el médico limite el derecho a la información para con el paciente, deberá plasmar este hecho en la historia clínica.

Por otra parte, y aunque ya hemos dicho más arriba que en el ámbito jurídico no pueden separarse el derecho a la información y el derecho al consentimiento, los aspectos relativos a los supuestos de incapacidad y del consentimiento por representación serán estudiados en la parte correspondiente al derecho de libertad en el ámbito sanitario vinculado con la propia idea de autonomía del paciente. Así, no debemos de olvidar que esa libertad de elección no va a surgir sin que antes se haya contado con una información previa y adecuada: “A partir de la información surge la libertad”⁷⁹⁴.

No podemos concluir este estudio referente al derecho a la información en el ámbito sanitario sin considerar cuáles son las excepciones a este derecho: en qué supuestos no se hace imperativo que el médico responsable facilite al paciente la información sobre la actuación médica de que se trate. Son aquellos supuestos en los que del hecho de facilitar la información se derivaría un perjuicio mayor que el perjuicio que se ocasiona a la autonomía y al derecho a la autodeterminación del paciente al no habersele informado⁷⁹⁵. En este sentido, podemos precisar que los principales supuestos son tres: la renuncia del propio paciente a recibir la información, las situaciones derivadas de la incapacidad y por último la valoración de un estado de necesidad terapéutica. Existen otros supuestos en los que también va a prescindirse no sólo de la información dada al paciente, sino que además se actuaría sin contar con el consentimiento del mismo. Sobre estos aspectos trataremos en el epígrafe dedicado al derecho a la libertad en el ámbito sanitario. Vamos a profundizar en las excepciones referidas anteriormente:

⁷⁹³ STS, Sala 1ª de 31 de marzo de 2004, FJ 1.

⁷⁹⁴ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 235.

⁷⁹⁵ GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 102.

-Como ya hemos reiterado el titular de la información es el propio paciente, pero evidentemente no se puede forzar a éste para que la reciba. Así, la norma prevé la posibilidad de que el paciente manifieste su derecho a no ser informado, y dicha voluntad deberá de ser respetada, haciendo constar su renuncia documentalmente⁷⁹⁶. Por otra parte, este derecho “a no saber” no es ilimitado, sino que se encuentra limitado por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Los incisos “en interés de terceros y de la colectividad” no resultan en principio controvertidos ya que es de obligada responsabilidad del facultativo informar a un paciente de su enfermedad (aún en contra de su voluntad) si la salud de otros se encuentra en juego. En lo que respecta al apunte “por el interés de la salud del propio paciente” resulta ciertamente difuso. Todos los aspectos que redunden en la salud y la enfermedad de un individuo resultan “de su interés”, por tanto este añadido de la ley parece justificar una beneficencia encubierta. ¿Debe preguntarse al paciente que es lo que quiere y lo que no quiere saber? ¿Y si quiere saber algunas cosas pero no otras? ¿Si el paciente comunica que no desea recibir información cómo se le explicaría un determinado tratamiento? ¿No se trataría más bien de un privilegio de necesidad terapéutica a la inversa, de defensa a ultranza de la información? La práctica clínica diaria muestra dificultades como las planteadas: la búsqueda del equilibrio entre lo que el paciente *quiere saber* y lo que el profesional sanitario cree que *debería saber* no es una tarea sencilla.

-Otro de los supuestos en los que el derecho a la información va a decaer es en las situaciones derivadas de la “incapacidad”. Sobre estos aspectos ya nos hemos referido al tratar de los sujetos receptores de la información sanitaria. Así el paciente que, a criterio médico, carezca de “capacidad” para entender la información, no se le proporcionará la misma. En este caso, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁷⁹⁷. En el caso de las personas consideradas incapaces para el Derecho, no consideramos que el derecho a la información sufra una excepción: En este supuesto, si bien el representante legal también debe de ser informado, el paciente incapaz también lo será; a diferencia de las “personas que carezcan de capacidad para entender la información a criterio médico”.

⁷⁹⁶ Arts. 4.1 y 9.1 de la Ley 41/2002.

⁷⁹⁷ Art. 5.3 de la Ley 41/2002.

-La última excepción al derecho a la información sanitaria a los pacientes es la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, y así lo contempla la Ley. En este sentido se entenderá por la misma “la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave”⁷⁹⁸. En el caso que concurra esta circunstancia, debe dejarse constancia en la historia clínica, así como comunicar su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho. Ciertamente se trata de un precepto controvertido: se produce un manifiesto conflicto entre el derecho de autodeterminación del paciente con el correlativo derecho a recibir información y el interés de proteger la salud o la vida del enfermo, y se hace decaer aquel (el derecho a la información) en beneficio de éste (su interés por la salud y la vida)⁷⁹⁹. En realidad de lo que se trata es del llamado “privilegio terapéutico del médico” que debe ser asumido con especial cautela. En este sentido, se debe partir del principio esencial de que es el interesado el que decide si desea o no conocer su propia situación, y el profesional deberá poseer convincentes razones para justificar que la información al paciente le causaría un daño grave para privarle de ésta. Este privilegio terapéutico del médico debe ser la excepción y no la regla, por lo que como en toda actuación sanitaria la prudencia debe presidir ésta⁸⁰⁰.

En este sentido puede traerse a colación la STS, Sala 1ª, de 21 de diciembre de 2005 en el que se conoce de un supuesto de falta de información a la codemandante. Ésta, en estado de gestación, acudió al Servicio de Genética de un centro hospitalario con el fin de que se le informara de todas las posibilidades efectivas de irregularidades o de riesgo para el feto, incluso las más remotas que pudieran acaecer y tomarse en consideración, con la finalidad de poder tomar la decisión que considerase más conveniente. A pesar de los resultados obtenidos, el centro hospitalario entendió que no debía proporcionar a la embarazada toda la información obtenida y disponible, y así “omitió la existencia de un dato perturbador”, (como era que el feto estaba afectado de síndrome de Down),

⁷⁹⁸ Art. 5.3 de la Ley 41/2002.

⁷⁹⁹ GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 105.

⁸⁰⁰ BLAS ORBÁN, C., *El equilibrio en la relación médico-paciente*, op. cit., p. 181.

informando por el contrario que el feto era “citogenéticamente normal”, permitiendo la continuación de la gestación⁸⁰¹.

El último de los aspectos que vamos a tratar en este estudio sobre el derecho a la información en el ámbito sanitario es la forma y los caracteres que debe de reunir la misma. En lo que respecta al primero de los aspectos citados la norma es clara, priorizando como regla general la forma verbal a la escrita, aunque debe dejarse constancia en la historia clínica⁸⁰². Hemos de recordar que la Ley 14/1986 contemplaba la posibilidad de que la información se facilitara de modo “verbal y escrito”, convirtiéndose dicha expresión legal en la *crux interpretum*. En este sentido, se ha manifestado reiteradamente que es suficiente con proporcionar al paciente la información de forma oral, siendo la forma escrita un elemento o requisito *ad probationem*, no *ad validitatem*⁸⁰³. Así, es la forma que mejor se adapta al verdadero fundamento de la exigencia de la información: la existencia de un diálogo previo entre el médico y el paciente⁸⁰⁴.

Por otra parte, en lo que respecta a las disposiciones normativas que engloban el bioderecho algunas dan prioridad a la información facilitada de modo verbal, ya que no establecen de modo directo que deba otorgarse por escrito⁸⁰⁵. No obstante, otras establecen que la información proporcionada se realizará por escrito: la *Ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica* prevé de modo lapidario que “la información se proporcionará por escrito”⁸⁰⁶ y el *Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos* prevé que la información se proporcionará verbalmente pero también será documentada en una “hoja de

⁸⁰¹ STS, Sala 1ª, de 21 de diciembre de 2005, FJ6.

⁸⁰² Art.4.1 de la Ley 41/2002.

⁸⁰³ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 306.

⁸⁰⁴ GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 98.

⁸⁰⁵ Así la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida no establece que la información proporcionada deba ser realizada por escrito, previendo sólo que dicha información se proporcione “en las condiciones adecuadas” (art. 3.3). Tampoco el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos que sólo establece que “habrá de informarse previamente” (art. 81.c).

⁸⁰⁶ Art. 4.1 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

información”⁸⁰⁷. En parecido sentido la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* prevé que en los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo, la mujer recibirá “un sobre cerrado con la información” y “un documento acreditativo de la fecha de la entrega”⁸⁰⁸. Por tanto podemos comprobar que la información otorgada por escrito no debe de reemplazar en ningún caso la información proporcionada de modo verbal y la comunicación entre médico y paciente.

En lo que respecta a los caracteres que debe reunir esa información, conviene citar el artículo 4.2 de la Ley 41/2002 que posee un contenido esencialmente genérico. Así se afirma que “la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”. Por su parte no debemos olvidar la Ley 14/1986 que caracterizaba a la información como uno de los derechos de los pacientes “en términos comprensibles, completa y continuada, verbal y escrita”. Los dieciséis años transcurridos entre una y otra disposición no han sido en balde, y una ingente labor jurisprudencial fue afinando las características de la información. Así, jurisprudencialmente no se ha estimado necesario que la información sea suministrada por escrito, y este requisito ha sido reservado para determinados supuestos y actos médicos de especial gravedad y riesgo⁸⁰⁹.

En definitiva de lo que se trata es que la información que se ponga en conocimiento de los pacientes sea clara y comprensible y esto implica que sea adecuada y adaptada a las circunstancias personales de éstos. Obsta mencionar que dicha información debe ser verdadera: por muy comprensibles que se expongan los términos para que un paciente comprenda el alcance de una actuación médica, las mentiras piadosas o las verdades encubiertas no quedan justificadas en ningún caso, lo que no impide que el médico deba prestar especial cautela y tacto a la hora de ejercer la comunicación.

Visto todo lo anterior podemos afirmar que, el deber de información constituye un elemento intrínseco del denominado “consentimiento informado” sin el cual, como ya

⁸⁰⁷ Art. 7.2 del Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

⁸⁰⁸ Art. 17. 2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

⁸⁰⁹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit. p. 319.

hemos reiterado, éste no tiene razón de ser: “el consentimiento o es informado o no es, y por tanto, no tiene ninguna validez”⁸¹⁰. Sobre el mismo hablaremos en el siguiente subepígrafe.

2.2.2. *El derecho a la libertad en el ámbito sanitario. Libertad y salud.*

Como vimos al estudiar el nacimiento de los derechos de los enfermos, éstos no hubieran tenido razón de ser si primeramente no hubieran surgido las ideas de libertad general en los planos político y religioso.

La relación entre libertad y salud es compleja, pero debemos entender que ésta se materializa en muchos ámbitos: en el ámbito de la realización de la persona, de su libre desarrollo y de sus posibilidades de ejercer su libertad y de disfrutar de su salud. En definitiva el objetivo final del derecho a la salud es garantizar una supervivencia lo más funcional posible de las personas, preservar la vida pero no definir ni imponer cómo debe de ser vivida. Esta función correspondería a cada persona en el ejercicio de su libertad⁸¹¹. En esta parte del trabajo vamos a tratar el derecho a la libertad en el ámbito sanitario, que consideramos que comprende diversos aspectos y materializaciones: por una parte el derecho a la salud genéricamente considerado (como sistema de protección de la salud) y que se encuentra en íntima relación con los sistemas de distribución estatales y por otra el derecho a la libertad individual dentro de las actuaciones sanitarias (como derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo).

En lo que respecta al primero de los puntos señalados, y aunque volveremos a tratarlo en el último capítulo, nos interesa describir el proceso por el cual se llegó a definir el “derecho a la salud como libertad”. Existe una estrecha vinculación entre el derecho a la salud y la libertad, si bien el primero no fue inicialmente reivindicado en las primeras Declaraciones de derechos de los siglos XVIII y siguientes, que centraron más su atención en los derechos civiles y políticos. Las referencias dedicadas a la protección de la vida y del cuerpo humano iban dedicadas principalmente a la defensa

⁸¹⁰ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica”..., op. cit., p. 32; GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 75.

⁸¹¹ DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, Núm. 32, Bilbao, 2005, pp. 26-27.

contra las torturas o los tratos inhumanos o degradantes⁸¹². Como ya vimos, también en esos siglos se produce una “laicificación” de la asistencia sanitaria que hasta ese momento se proporcionaba de modo esencialmente benéfico. La medicalización de la asistencia en los hospitales se unió al principal bloque de actividad de la Administración sanitaria, que va a consistir en la denominada “policía sanitaria”, integrada por medidas restrictivas de derechos individuales en cuanto primaba el valor de la salud colectiva sobre la enfermedad individual⁸¹³. Así, en la dualidad entre soberanía de los individuos y protección de la salud, se trabajó intensamente sobre el segundo de los aspectos, ignorando prácticamente por completo al primero.

En realidad el conocido derecho a la salud o más bien, el derecho a la protección de la salud proviene de la llamada “sociedad postindustrial”, “sociedad de consumo” o “sociedad de bienestar”. Así, con posterioridad a la Primera Guerra Mundial se inició esta etapa en la que predominó el crecimiento del sector terciario o de servicios. Por su parte, el Estado comenzó a crecer de modo exponencial, convirtiéndose en intervencionista y asegurador de las contingencias negativas de la vida de los ciudadanos. Esta actuación se encuentra fundamentada en una actuación básica: el consumo provoca automáticamente un incremento de la producción, y para estimular dicho consumo es esencial que el Estado proteja a los ciudadanos de las contingencias negativas de la vida, el desempleo, la enfermedad o la muerte. Éste es el origen de los sistemas de protección social o de seguro público occidentales. Así, la sociedad de consumo genera un nuevo concepto de salud concebido como “bien de consumo” o “bienestar”, debiendo ser el Estado el encargado de su protección⁸¹⁴. La salud se configuró así como uno de esos bienes básicos que ese estado de bienestar tiene la obligación de garantizar.

No hemos de olvidar que la libertad y la salud son valores prioritarios de nuestro tiempo, y “seguramente que es cierto que los derechos humanos no son sino formas de un único y fundamental derecho que es el derecho a la libertad”⁸¹⁵. Además, la salud

⁸¹² GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 232.

⁸¹³ FERNÁNDEZ MONTALVO, R., “Dimensión del derecho a la protección de la salud. Su tratamiento en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional”, *Derecho y Salud*, Vol. 19 Extraordinario XVIII Congreso, 2010, p. 11.

⁸¹⁴ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., pp. 38-39.

⁸¹⁵ CAMPS, V., “Presentación”, *Cuaderno de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, Libertad y Salud*, Nº1, Barcelona, 1999, p. 9.

contribuye y posibilita el ejercicio de la libertad y así el desarrollo de los derechos sociales va a fomentar las libertades individuales y con ello el crecimiento⁸¹⁶.

El reconocimiento jurídico de este derecho es más bien reciente, no tiene remotos antecedentes y corre de la mano de disposiciones internacionales. Así, representa un hito de especial importancia la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud, en cuya Exposición de Motivos definía positivamente la salud como “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A estas contundentes palabras se añade “(...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”⁸¹⁷. La Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, reconoce a “toda persona como miembro de la sociedad, el derecho a la seguridad social”⁸¹⁸; “el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar (...), la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”⁸¹⁹. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 19 de diciembre de 1966 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”⁸²⁰. A estas palabras se añaden las medidas que deberán de adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho: “a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños⁸²¹; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole,

⁸¹⁶ DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, op. cit., pp. 23-24.

⁸¹⁷ Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

⁸¹⁸ Art. 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948 (DUDH).

⁸¹⁹ Art. 25 de la DUDH.

⁸²⁰ Art. 12.1 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, de 19 de diciembre de 1966.

⁸²¹ La mortinatalidad es la relación entre la cantidad de nacimientos y la cantidad de nacidos muertos en un tiempo determinado, generalmente en 1 año o 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año y antes de cumplir 5 años). Puede consultarse el documento de la OMS *Estadísticas Sanitarias Mundiales* del año 2011 al respecto.

En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44574/1/9789243564197_spa.pdf?ua=1 (Última consulta: 23/03/14).

y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”⁸²².

En el ámbito supranacional, la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961 establece que “toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar”⁸²³. Además añade en otra parte de la disposición dedicada al “derecho a la protección de la salud” que “para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1. Eliminar en lo posible, las causas de una salud deficiente; 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de la responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras”⁸²⁴. Por su parte, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea dedica un precepto a la “seguridad social y ayuda social”⁸²⁵; y otro a la “protección de la salud” afirmando que “toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”⁸²⁶. Con estas plasmaciones va tejiéndose el progresivo reconocimiento de la plena autonomía de la salud como derecho, produciéndose así la inserción paulatina de la salud en el marco de los derechos fundamentales, que hace nacer una situación de libertad donde antes había casi exclusivamente necesidades y controles⁸²⁷.

Otro aspecto reseñable es la naturaleza y el contenido del derecho a la protección de la salud cuya regulación constitucional fundamental se encuentra ubicado en el capítulo dedicado a los “principios rectores de la política social y económica”. Concretamente se afirma:

⁸²² Art. 12.2 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, de 19 de diciembre de 1966.

⁸²³ Parte I. 11 de la *Carta Social Europea* de 18 de octubre de 1961, Consejo de Europa (Estrasburgo).

⁸²⁴ Art. 11, *Ibidem*.

⁸²⁵ Art. 34 de la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* 2000/C 364/01 de 18 de diciembre del 2000.

⁸²⁶ *Ibidem*.

⁸²⁷ RODOTÀ, S., “Salud y libertad”, *Cuaderno de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, Libertad y Salud*, N°1, Barcelona, 1999, p. 31.

”1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”⁸²⁸. Este precepto, en cuanto reconoce el derecho a la protección de la salud, no se limita a establecer un compromiso político, sino que impone un deber concreto de adoptar cierta legislación. Dicho en otros términos, no reconoce directamente un derecho subjetivo, pero impone la necesaria configuración de dicho derecho en el ámbito material de la salud a través del correspondiente desarrollo legislativo⁸²⁹. Por otra parte, aunque el derecho a la protección de la salud se considera un “principio rector de la política social y económica, y no un derecho fundamental” tiene como destinatario al legislador por lo que puede, como tal principio, ser aplicado por el Tribunal Constitucional en los recursos de constitucionalidad y en los conflictos de competencias⁸³⁰. No obstante, el derecho a la salud debe considerarse algo más que un mero derecho prestacional. La garantía de satisfacción del mismo no debería depender única y exclusivamente de la existencia o no de recursos económicos, la naturaleza final del derecho a la salud y de la profesión médica no es ni debe estar fundamentada en motivos económicos⁸³¹.

Por otra parte el derecho a la salud puede ser observado tanto en sentido negativo como en sentido positivo. El primero de los aspectos se traduce en un límite frente a las potenciales injerencias por parte del poder público, referidas no sólo a la salud, sino también a la vida, a la integridad física y moral y a no sufrir torturas ni tratos inhumanos o degradantes. En este aspecto, el derecho a la salud se configura como un derecho de la personalidad, que desarrolla un papel complementario respecto a los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral reconocidos en el art. 15CE⁸³². Como libertad negativa también podría englobarse aquella actitud que tendería a eludir

⁸²⁸ Art. 43 de la Constitución Española.

⁸²⁹ FERNÁNDEZ MONTALVO, R., “Dimensión del derecho a la protección de la salud. Su tratamiento en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional”, *Derecho y Salud*, op. cit., p. 13.

⁸³⁰ JIMÉNEZ DE PARGA, M., “El derecho constitucional a la protección de la salud”, en *La Salud como valor constitucional y sus garantías*, Editor: Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, Madrid, 2004, p. 11.

⁸³¹ DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, op. cit., p. 44.

⁸³² FERNÁNDEZ MONTALVO, R., “Dimensión del derecho a la protección de la salud. Su tratamiento en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional”, *Derecho y Salud*, op. cit., p. 14.

el sufrimiento, la discapacidad y la muerte prematura⁸³³, o la definición básica de “ausencia de dolencias o enfermedades”. Por otra parte, la salud no sólo se desvela como un derecho en sentido positivo, sino que puede presentarse como un deber: piénsese en la obligación social a la salud cuando se pretende evitar la difusión de patologías al resto de la comunidad. Nacen así las vacunaciones obligatorias, el aislamiento de enfermos y la cuarentena o el encierro de enfermos mentales en instituciones de tipo carcelario⁸³⁴.

En su aspecto positivo se encuentra en íntima relación con el llamado “Estado social” o “del bienestar” y que se traduce en el derecho a exigir de los poderes públicos actuaciones por una parte y prestaciones por otra, en una doble dirección. En lo que respecta a las actuaciones englobaríamos todas aquellas medidas tendentes a controlar y asegurar la protección de la salud en situaciones de riesgo y a preservar y mejorar el ambiente sanitario general. Así, se incluirían actividades como las medidas de salud laboral, de sanidad exterior, control alimentario, productos farmacéuticos, seguridad industrial, medio ambiente, ordenación de determinados aspectos urbanísticos y de vivienda y el establecimiento de medidas y requisitos relativos a la higiene en múltiples actividades⁸³⁵. En lo que respecta a las prestaciones, comprendería aquellos servicios médicos o sanitarios encaminados a la preservación o al restablecimiento de la salud. Es en el ámbito de la legislación ordinaria donde se perfila el contenido del derecho a la protección de la salud y dichas normas deben priorizar ese derecho por encima de los recursos, la administración o el diseño de políticas públicas⁸³⁶. En su aspecto positivo la salud también podría ser observado como ideal, tal y como ya vimos contemplaba el criterio adoptado por la Organización Mundial de la Salud: “estado de total bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”⁸³⁷.

Para finalizar este estudio del derecho genérico a la protección de la salud y en relación con el vínculo existente entre las libertades individuales y la concepción pública de la salud, podemos traer a colación el llamado por Engelhardt “peligro de una

⁸³³ ENGELHARDT, H. T., “Salud, medicina y libertad. Una evaluación crítica”, *Cuaderno de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, Libertad y Salud*, Nº1, Barcelona, 1999, p. 31.

⁸³⁴ RODOTÀ, S., “Salud y libertad”, op. cit., p. 31.

⁸³⁵ FERNÁNDEZ MONTALVO, R., “Dimensión del derecho a la protección de la salud. Su tratamiento en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional”, *Derecho y Salud*, op. cit. p. 14.

⁸³⁶ DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, op. cit., p. 49.

⁸³⁷ RODOTÀ, S., “Salud y libertad”, op. cit., p. 32.

religión laica”. Dicha teoría podría ser aplicada tanto al aspecto positivo como al negativo de la concepción del derecho a la salud. Según el autor existe en la actualidad una patente obsesión por la lucha por la salud, que nos obliga a cargar con la responsabilidad propia de los agentes morales que deben elegir las políticas sanitarias adecuadas a su propio bienestar. Por otra parte, esta actitud fomenta dos disposiciones: el afán de salud junto con la prevención de enfermedades alimenta una religión laica a favor de una promoción de la salud; y a su vez, ello da lugar a un nuevo puritanismo acerca de cómo vivir sanamente. Dicho puritanismo puede empañar la diversidad de valores relacionados con el bienestar del ser humano, poniendo asimismo en peligro su libertad⁸³⁸. En definitiva, los nuevos ideales de promoción de la salud y de la búsqueda anhelante de un cuerpo sano enturbian en la actualidad la propia libertad del ser humano. Sobre estos aspectos volveremos a referirnos en la última parte de este trabajo.

En lo que respecta al segundo de los aspectos vinculados con la libertad, vamos a tratar el derecho a la libertad individual dentro de las actuaciones sanitarias en particular y de las ciencias de la vida en general como derecho a controlar la propia salud. En este sentido, es en el campo de la salud donde la esfera de la libertad del individuo sobre sí mismo se hace más patente: del trato del propio cuerpo y de la propia vida, en definitiva⁸³⁹. Es lo que conocemos en la bioética principialista como principio de autonomía que propugna el respeto hacia las personas en la gestión de su propia vida y en la adopción de decisiones respecto a su salud y su enfermedad.

Como vimos páginas atrás la materialización de los derechos de los pacientes no fue más que el logro de la fórmula del “consentimiento informado”. Si bien en el anterior epígrafe hemos tratado la información como un elemento consustancial del mismo, el consentimiento (o la ausencia del mismo) es el máximo exponente de la encarnación de la libertad en el espacio biomédico. Lo que no obsta, como ya dijimos más arriba, que sin información previa el consentimiento no tiene valor: la libertad surge con el conocimiento, con la información. Dicha fórmula no sólo va a modificar la relación entre el profesional sanitario y el paciente, sino que pone en el centro la voluntad de este último; hace que la salud se convierta en un derecho fundamental de la persona y

⁸³⁸ ENGELHARDT, H. T., “Salud, medicina y libertad. Una evaluación crítica”, op. cit., p. 12.

⁸³⁹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 234.

consecuentemente hace prevalecer las razones individuales sobre las colectivas⁸⁴⁰. No obstante, no es cierto (ni debe serlo) que el eje sobre el que giran las actuaciones médicas sea la libertad y la autonomía del paciente. Bien es verdad que la crisis de la beneficencia paternalista fue la introducción de la idea de la autonomía moral de las personas, pero es un error reducir a ello la fundamentación ética del nuevo modelo. En realidad la fundamentación ética del consentimiento informado consiste en la articulación correcta de los cuatro principios clásicos de la bioética moderna en el marco de las relaciones clínicas⁸⁴¹. Debemos de ser muy cautos a la hora de enaltecer el principio de autonomía: si bien es cierto que es un principio merecedor de todo respeto, no debe ser considerado aisladamente ya que las decisiones individuales sobre la salud pueden afectar a los demás.

El consentimiento informado es “un acto de voluntad que admite o que rechaza, que presta o que deniega conformidad a las proposiciones ofertadas”⁸⁴². Si bien es cierto que, como ya hemos reiterado, para las juristas el consentimiento sin información no tiene ninguna validez⁸⁴³, vamos a centrarnos en las siguientes líneas a estudiar la parte de la exteriorización de la decisión, el consentimiento (o la denegación de éste). Así, la Ley 41/2002 proporciona una definición de consentimiento informado: “La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”⁸⁴⁴.

Una sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga del año 2003 establece los requisitos y elementos que considera debería de tener el consentimiento, que reseñamos a continuación y que comentamos someramente⁸⁴⁵. Por nuestra parte añadimos algunas precisiones especificadas en los puntos posteriores.

⁸⁴⁰ RODOTÀ, S., “Salud y libertad”, op. cit., pp. 32-33.

⁸⁴¹ SIMON LORDA, P., “Diez mitos en torno al consentimiento informado”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, Vol. 29, Suplemento 2, 2006, 29-40.

⁸⁴² GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit. p. 267.

⁸⁴³ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica” ..., op. cit., p. 32; GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 75.

⁸⁴⁴ Art. 3, párrafo 4º de la Ley 41/2002.

⁸⁴⁵ Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de 2 de diciembre de 2003, FJ 2.

a) En primer lugar la competencia, es decir, el paciente que ha de prestar el consentimiento ha de estar en pleno uso de sus facultades mentales. Si el sujeto no es capaz de comprender, difícilmente podrá prestar consentimiento válido alguno. Sobre este asunto volveremos más abajo al tratar los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación.

b) El momento ha de ser en todo caso previo al inicio de la intervención a realizar sobre la persona⁸⁴⁶. La Ley 41/2002 también prevé que “toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios”⁸⁴⁷.

c) El consentimiento ha de estar libre de vicios, ya sea error, violencia o intimidación. El error, en la medida en que medie una información correcta es difícil que concurra. Conectando con ello, la Ley 41/2002 exige el carácter de veracidad de aquella⁸⁴⁸.

d) Además, el consentimiento ha de ser reconocible. La LGS exigía la forma escrita “para la realización de cualquier intervención”⁸⁴⁹, mientras que la Ley 41/2002 prevé como regla general que el consentimiento se realice de forma verbal, aunque para las actuaciones de mayor alcance se requiere la forma escrita. En lo que respecta a la previsión que la LGS realizaba ha sido objeto de abundantes críticas: “se arroja tanto sobre las administraciones sanitarias públicas como sobre los servicios sanitarios privados una obligación imposible de cumplir por un doble motivo: uno de carácter material, por la extrema dificultad de tener que documentar por escrito todo tipo de actuaciones y otro, porque tener que recabar un consentimiento por escrito para determinadas actuaciones en el ámbito de la salud desnaturalizaría las relaciones médico/paciente”⁸⁵⁰. A esto debemos añadir que este precepto no se cumplió en la práctica y seguramente su regulación era de desconocimiento generalizado tanto por usuarios como por profesionales sanitarios. Por su parte la jurisprudencia también

⁸⁴⁶ El derogado párrafo 6º del art. 10 de la LGS establecía el derecho “a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención (...)”.

⁸⁴⁷ Art. 2.2 de la Ley 41/2002.

⁸⁴⁸ Art. 4.2 de la Ley 41/2002.

⁸⁴⁹ Art. 10.6 de la LGS (derogado).

⁸⁵⁰ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 327.

dulcificó su labor al precisar que “en cuanto a la forma escrita del consentimiento no resulta imprescindible si consta que efectivamente se ha prestado, no siendo indispensable que se acredite mediante prueba documental sino que la información y el consentimiento pueden demostrarse por cualquier otro medio de prueba”⁸⁵¹.

La Ley 41/2002 añade que “el consentimiento se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aquellos procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”⁸⁵². La *Ley 30/1979, de 27 de octubre sobre extracción y trasplante de órganos* exige al donante vivo la prestación del consentimiento por escrito ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine⁸⁵³. Así, el Real Decreto 1723/2012 de desarrollo establece que dicho consentimiento se deberá presentar por escrito ante el Juzgado de Primera Instancia de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante⁸⁵⁴. El receptor (o sus representantes legales) por su parte también deben prestar el consentimiento por escrito previo a la intervención⁸⁵⁵. En parecido sentido, las usuarias de las técnicas de reproducción humana asistida también deberán prestar su consentimiento por escrito en un formulario, así como el de su marido o del varón no casado⁸⁵⁶. También se prestará por escrito el consentimiento por parte de los sujetos que participen en investigaciones biomédicas, aunque, si el sujeto de la investigación no pudiera escribir, el consentimiento podrá ser prestado por cualquier medio admitido en derecho que permita dejar constancia de su voluntad⁸⁵⁷. Las mujeres que accedan a la

⁸⁵¹ STS, Sala 1ª de 14 de octubre de 2002, FJ 8; STS Sala 1ª de 26 de octubre de 2000, FJ 1 y de 3 de octubre de 1997, FJ 2 y 10; estas dos últimas reseñadas por la primera a las que remite.

⁸⁵² Art. 8.2 de la Ley 41/2002.

⁸⁵³ Art. 4c) de la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.

⁸⁵⁴ Art. 8.4 del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

⁸⁵⁵ Art. 17.1 del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

⁸⁵⁶ Arts. 6.3 y 8.2 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

⁸⁵⁷ Art. 4.1 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

interrupción voluntaria del embarazo también deberán realizar el consentimiento por escrito y se remite de modo expreso a la regulación de la Ley 41/2002⁸⁵⁸.

En lo que respecta a los formularios escritos o documentos impresos, como bien sabemos, son de uso generalizado por parte de las instituciones sanitarias. Existe una corruptela (e ignorancia además) por parte del personal sanitario consistente en obtener la firma del paciente en uno de estos documentos como fin de garantizar al médico un arma procesal para una eventual reclamación judicial. En este sentido, una STS ha sido especialmente rigurosa afirmando que “la información practicada en el supuesto del pleito no reúne ni se aproxima a los presupuestos que se dejan estudiados para poder considerarlo como información correcta, ya que únicamente consta que la actora y su marido firmaron un documento impreso del Hospital, carente de todo rigor informativo, pues resulta ser un modelo general para todo tipo de intervenciones, sin especificación concreta de los riesgos y alternativas de la intervención”⁸⁵⁹. Por tanto, pese a haberse plasmado la firma en dicho documento, el tribunal consideró que dicho consentimiento no era válido, ya que no era verdadera ni realmente informado. En parecido sentido: “el consentimiento prestado mediante documentos impresos, carentes de todo rigor informativo, no conforma debida ni correcta información”⁸⁶⁰. Por su parte, la jurisprudencia contencioso-administrativa del TS se ha decantado por la validez del consentimiento no realizado por escrito, es decir, la forma escrita del consentimiento no resulta imprescindible si consta que efectivamente se ha prestado⁸⁶¹.

e) El último de los requisitos que la Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga considera necesario respecto a un consentimiento válido es que éste sea informado. Sobre este aspecto hemos dedicado la parte correspondiente a la información en el ámbito biosanitario por lo que a ella nos remitimos. Solo recordar de nuevo que en el ámbito del derecho el consentimiento o es informado o no es válido: para que el consentimiento sea válido y libre debe de ser precedido por una adecuada información,

⁸⁵⁸ Art. 13. Tercero de la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

⁸⁵⁹ STS, Sala 1ª, de 27 de abril de 2001, FJ 1.

⁸⁶⁰ STS, Sala 1ª, de 29 de mayo de 2003, FJ 1.

⁸⁶¹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., pp. 332-333; GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 179-185. Y así sentencias como la STS, Sala 3ª de 14 de octubre de 2002, FJ 8º; STS, Sala 3ª de 26 de octubre de 2000, FJ 1º y de 3 de octubre de 2000, FJ 2º y 10º.

por lo tanto la estrecha conexión e interdependencia entre uno y otra es un hecho incuestionable. En estos términos se expresa la jurisprudencia de la Sala 1ª del TS al afirmar que: “se infringió el deber de información médico de tal modo que el consentimiento obtenido para la operación no estaba debidamente informado por lo que el paciente (cliente, usuario) no pudo ejercer con cabal conocimiento (consciente, libre y completo) el derecho a la autonomía decisoria que tiene fundamento en la dignidad de la persona”⁸⁶².

f) Aunque la sentencia citada no lo mencione, otro de los requisitos que en todo caso debe poseer el consentimiento es que éste sea revocable. La Ley 41/2002 prevé que el paciente puede revocar por escrito su consentimiento en cualquier momento⁸⁶³. La LGS no preveía la revocabilidad del consentimiento, solamente contemplaba la posible negativa a un determinado tratamiento con la obligación de solicitar el alta voluntaria en dicho caso⁸⁶⁴. En el supuesto de las técnicas de reproducción humana asistida, los donantes sólo podrán revocar dicha donación si se dan dos requisitos: que precisase para sí los gametos donados y que en la fecha de revocación estos estuvieran disponibles⁸⁶⁵. Por su parte, la mujer receptora de estas técnicas podrá pedir que se suspenda su aplicación en cualquier momento previo a la transferencia embrionaria⁸⁶⁶. También la *Ley de Investigación Biomédica* prevé la posibilidad de revocación del consentimiento⁸⁶⁷ al igual que la normativa referente al trasplante de órganos, que lo contempla en cualquier momento antes de la intervención “sin sujeción a formalidad alguna”⁸⁶⁸.

g) Podría añadirse otro posible rasgo del consentimiento prestado ante cualquier actuación en el ámbito sanitario. Éste debe ser personal es decir, debe ser emitido por el propio paciente. No obstante, esta afirmación admite determinadas excepciones. La LGS no ofrecía suficiente claridad en lo que se refiere a la manifestación de la voluntad

⁸⁶² STS, Sala 1ª del 2 de julio de 2002, FJ6º.

⁸⁶³ Art. 8.5 de la Ley 41/2002.

⁸⁶⁴ Art. 10.9 de la LGS (derogado).

⁸⁶⁵ Art. 5.3 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

⁸⁶⁶ Art. 3.5 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

⁸⁶⁷ Art. 4.4 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

⁸⁶⁸ Art. 8.6 del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

del paciente y su repercusión sobre el actuar del médico, a efectos de la posible exoneración de su responsabilidad ante los daños que eventualmente pudieran producirse⁸⁶⁹.

No obstante, una conocida STS del año 1995 se encargó de delimitar y aclarar esta cuestión: La actora, una mujer de 39 años, médico de profesión, se quedó embarazada trece años después de haber dado a luz una hija anterior. Dos horas después del comienzo del parto, el médico especialista que le asistía comunicó a ella y a su marido la necesidad de practicar una cesárea por peligro de rotura del útero, y en el pasillo previo a la entrada a quirófano, el facultativo preguntó “si aprovechaba la operación para efectuar una ligadura de trompas, para evitar futuros embarazos”; a lo que la interesada contestó negativamente. En el transcurso de la operación, el doctor comentó la conveniencia de realizar la ligadura de trompas ya que se había producido la rotura del útero, y después de consultar a su marido sobre el tema realizó la intervención. La interesada, una vez despierta de la anestesia se encontró con el hecho consumado de que era estéril sin su consentimiento, con la consiguiente y justificada reacción psicológica⁸⁷⁰.

El Tribunal consideró que el facultativo no acomodó su conducta a la *lex artis* pues no contó con el consentimiento/autorización de la paciente en cualquiera de las formas admitidas en derecho. Considera asimismo que el consentimiento debe prestarse de modo personal, no pudiendo ser suplido por el que preste un familiar íntimo, salvo que exista riesgo urgente. En este caso el Tribunal consideró que no existía un riesgo urgente en el que la no intervención pudiera hacer peligrar la vida del paciente o pudiera ocasionarle graves lesiones de carácter irreversible. Así, aunque el médico alegara que contaba con el consentimiento del esposo de la actora, se prescindió de la obtención del consentimiento personal de la paciente. Esta omisión del consentimiento provoca que su conducta deba ser calificada de antijurídica en el ámbito del derecho, dado que “el

⁸⁶⁹ BLAS ORBÁN, C., *El equilibrio en la relación médico-paciente*, op. cit., p. 149. Así, la LGS preveía de modo ciertamente ambiguo que “es preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: (...) b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas; c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento”. (Art. 10.6 de la LGS (derogado).

⁸⁷⁰ STS, Sala 1ª de 24 de mayo de 1995.

consentimiento es de índole personal y no puede ser suplido por el prestado por un familiar, ni siquiera por el cónyuge”.

En relación con el último punto, la Ley 41/2002 prevé unos determinados supuestos en los que el consentimiento no se realizará de modo personal y directo por el propio paciente y que denomina “consentimiento por representación” que abarca los siguientes supuestos⁸⁷¹:

1º Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁸⁷². Parece que se trata del mismo supuesto regulado en el artículo 5.3 que habla de que “la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas con el paciente por razones familiares o de hecho cuando el paciente carezca de capacidad para entender la información”. Esta duplicidad de regulación muestra una separación ficticia entre información y consentimiento que se hace en dos capítulos distintos de la misma ley cuando, en realidad, se trata de dos vertientes de una misma cosa y habría sido posible tratar conjuntamente las exigencias de capacidad tanto para recibir como para ofrecer el correspondiente consentimiento⁸⁷³. Este supuesto se refiere a personas que, por causas de orden físico o psíquico, no pueden prestar válidamente el consentimiento y dicho juicio de incapacidad real lo hace el médico. Por tanto se trata de situaciones transitorias, porque de ser permanentes debería de haberse acudido al procedimiento judicial de incapacitación⁸⁷⁴. No obstante, al hablar de representante legal esta afirmación parece enturbiarse, ya que en caso de que existiera éste significa que existe una incapacidad legal, no una transitoria “a criterio médico”.

2º Cuando el paciente esté incapacitado legalmente⁸⁷⁵. En realidad este supuesto parece estar incluido en la suposición anterior, ya que todo aquel que sea incapacitado legalmente no va a ser capaz de tomar decisiones por sí mismo. No obstante lo

⁸⁷¹ Art. 9.3 de la Ley 41/2002.

⁸⁷² Art. 9.3a) de la Ley 41/2002.

⁸⁷³ GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, op. cit., p. 82.

⁸⁷⁴ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 340.

⁸⁷⁵ Art. 9.3b) de la Ley 41/2002.

apriorístico de esta afirmación, hay que entenderla de acuerdo al propio “espíritu” de la ley, en concreto el art. 9.5. En este sentido se mantiene que el paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. A esta afirmación se suma lo dicho más arriba en la ley sobre la prestación de la información de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, lo que no impide cumplir con el deber de información a su representante legal⁸⁷⁶.

3º Cuando el paciente menor de edad no sea capaz de entender intelectual ni emocionalmente el alcance de la intervención. En este caso el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos⁸⁷⁷. Esta afirmación puede entenderse en el sentido de que el consentimiento del representante legal va a depender, o al menos puede llegar a estar influenciado, por lo que ese menor de 12 años pueda pensar, porque, ¿Qué sentido tiene si no escucharle? Este precepto nos hace recordar la famosa STC 154/2002 en la que el Tribunal defendió el derecho de un menor de 13 años a oponerse a una intervención por motivos ideológicos y religiosos aún en contra de su vida. Los padres, testigos de Jehová habían sido condenados por la Sala Penal del Tribunal Supremo que consideró que, como garantes del menor, debieron de convencerle para recibir sangre. En cambio, el Tribunal Constitucional anuló la sentencia condenatoria desde la apreciación de que el menor ejerció su derecho a la libertad religiosa⁸⁷⁸, no estimando exigible que los padres se opusieran a tal ejercicio, en contradicción también con sus propias creencias⁸⁷⁹.

4º Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Esta afirmación aparentemente lapidaria encierra profundas matizaciones que demuestran una mayoría de edad sanitaria “relativa” al menos con dos de sus precisiones: El subsiguiente inciso, “sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”, ha sido objeto de dudas y discusiones⁸⁸⁰. En primer lugar, la referencia a “padres” parece incorrecta, ya que debería haberse

⁸⁷⁶ Art. 5.2 de la Ley 41/2002.

⁸⁷⁷ Art. 9.3c) de la Ley 41/2002.

⁸⁷⁸ STC 154/2002 de 18 de julio de 2002, FJ 9 y 10.

⁸⁷⁹ STC 154/2002 de 18 de julio de 2002, FJ 14 y 15.

⁸⁸⁰ “El artículo 9.3 c) contiene un prolijo y farragoso párrafo que puede dar ocasión a dudas y discusiones en lo que se refiere a su interpretación y aplicación en cada caso concreto”. (BLAS ORBÁN, C., *El equilibrio en la relación médico-paciente*, op. cit., p. 156).

referido a “representantes legales”⁸⁸¹. Por otra parte, el concepto de “grave riesgo” constituye un concepto jurídico indeterminado que, en ocasiones, será difícil de interpretar en casos concretos y parece que el legislador deja su determinación en manos exclusivas del médico. Además tampoco resulta claro cuáles son los efectos que reviste la opinión de los padres sobre la toma de la decisión final⁸⁸². El segundo inciso que relativiza esa “ausencia del consentimiento por representación de los menores con dieciséis años cumplidos” aparece más abajo al especificar que “la práctica de ensayos clínicos y las técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación”⁸⁸³. Este precepto fue modificado en conformidad con la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*⁸⁸⁴. Por tanto parece que la capacidad de obrar del menor de dieciséis o más años cesa en los casos de grave riesgo, en los que habrá que escuchar a sus padres y su opinión deberá ser tenida en cuenta⁸⁸⁵.

Vistos los derechos de libertad y de información en el ámbito sanitario, pasemos a estudiar un derecho tradicionalmente reconocido por el profesional médico y que en la actualidad ha cobrado especial relevancia: el derecho a la intimidad del paciente.

2.2.3. *El derecho a la intimidad en el ámbito sanitario.*

El primer signo de reconocimiento del derecho a la intimidad se encuentra ubicado en el ámbito jurisdiccional, concretamente en el artículo publicado en 1890 *The Right to Privacy* por los abogados Samuel Warren y Louis Brandeis. En el mencionado artículo los autores sientan las bases técnico-jurídicas de la noción de *privacy*, la conciben como un derecho a la soledad, como la garantía de los individuos frente a cualquier invasión

⁸⁸¹ GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte...*, op. cit., p. 341.

⁸⁸² DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., “El menor: un paciente complicado (al menos desde la perspectiva legal)”, *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, No 8, 2014, pp. 289-305.

⁸⁸³ Art. 9.4 de la Ley 41/2002.

⁸⁸⁴ El enunciado inicial del art. 9.4 incluía “sometido al régimen general sobre la mayoría de edad y sus disposiciones de aplicación a “la interrupción voluntaria del embarazo”.

⁸⁸⁵ Sobre este tema ver: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Minoría de edad, paternalismo y capacidad de decisión: ¿hacia una mayoría de edad sanitaria?”, en ADROHER BIOSCA, S., y MONTALVO JAASKELAIN, F., *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Thomson-Aranzadi/Comillas, 2008, pp. 475-489.

del sagrado recinto de su vida privada y doméstica⁸⁸⁶. El derecho aparece ya plenamente reconocido tres años después en la sentencia *Marks vs. Joffra*, en la que defiende el derecho de cualquier individuo a que le sea respetada su intimidad⁸⁸⁷. Por otra parte, el fundamento constitucional del derecho a la intimidad así como su íntima conexión y apoyatura con la dignidad de la persona son un hecho indudable. En este sentido nuestro texto constitucional afirma que “la dignidad humana, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”⁸⁸⁸. Así, se ha afirmado que los tres primeros principios constitucionalizados (dignidad humana, derechos inviolables que le son inherentes y libre desarrollo de la personalidad) refuerzan la libertad individual, mientras que los dos últimos (respeto a la ley y a los derechos de los demás) son límites de esa misma libertad. Puede afirmarse que el Ordenamiento está dirigido a organizar la colectividad humana en función de lo más específico de la misma: su dignidad⁸⁸⁹. Pues bien, la dignidad del ser humano constituye uno de esos derechos inviolables que le son inherentes y así viene recogido en la Sección primera del Capítulo Segundo de nuestra Constitución, destinada a aquellos derechos que gozan de una mayor protección constitucional: “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”⁸⁹⁰.

Para evitar equívocos, se hace conveniente definir los conceptos que vamos a tratar en las siguientes líneas (privacidad, intimidad, confidencialidad y secreto profesional)⁸⁹¹. En primer lugar lo privado o la privacidad hacen referencia a aquello no público, aquello que puede ser gestionado libremente por la persona sin interferencia de los otros. La intimidad abarca el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada ser humano guarda en su interior, alude a la interioridad de la persona, pudiendo ser variable histórica e individualmente. En la actualidad se contempla como la posibilidad de conocer, acceder y controlar las informaciones que conciernen a cada persona o

⁸⁸⁶ PÉREZ LUÑO, A.E., “Bioética e intimidad. La tutela de los datos personales biomédicos”, *Revista Aldaba* Nº32, Año 2004, pp. 31-63.

⁸⁸⁷ REBOLLO DELGADO, L., GÓMEZ SÁNCHEZ, Y.: *Biomedicina y Protección de Datos*, Dykinson, 2008, p. 24.

⁸⁸⁸ Art. 10.1 CE.

⁸⁸⁹ GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., “La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida”, en FEITO, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, op. cit., p. 88.

⁸⁹⁰ Art. 18.1 CE.

⁸⁹¹ SANTANDER, F., DEL CASTILLO, C., “El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario”, *Norte de Salud Mental*, nº16, 2003, pp. 15-19.

“autodeterminación informativa”⁸⁹². Por confidencial se entiende aquello que es reservado y secreto, lo que se comparte, se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca de que no será revelado. Encuentra su fundamento en la confianza y en el respeto mutuo, siendo por ello la base del secreto profesional. Por último, el secreto profesional es la obligación de guardar los datos y confidencias que el profesional recibe de sus pacientes, e incluye todo aquello que haya sido visto, oído, deducido o intuido en el transcurso de la relación profesional. Sobre el mismo volveremos a referirnos unas líneas más abajo.

En lo que respecta al traslado del derecho fundamental de la intimidad al ámbito sanitario, pueden destacarse dos aspectos esenciales pertenecientes a un mismo concepto: uno eminentemente corporal y otro derivado de la confidencialidad de los datos de salud, mayormente vinculado con el denominado secreto profesional. Es de destacar que la mayor parte de obras consultadas que tratan sobre la intimidad de los pacientes se refieren principalmente a la confidencialidad de los registros sanitarios, al secreto profesional o la seguridad de la identidad del paciente en publicaciones⁸⁹³. En lo que respecta a la intimidad en su aspecto “eminentemente corporal” llama la atención que el mismo ha sido desarrollado fundamentalmente por profesionales del ámbito de la salud, seguramente debido al conocimiento de la situación de los pacientes en el ámbito sanitario y a la especial posición del cuidador sobre su paciente⁸⁹⁴.

⁸⁹² Al respecto puede consultarse PÉREZ LUÑO, A.E., “Bioética e intimidad. La tutela de los datos personales biomédicos”, op. cit. pp. 31 y ss.

⁸⁹³ GÓMEZ RIVERO, M.C.: *La protección penal de los datos sanitarios. Especial referencia al secreto profesional médico*, Editorial Comares, Granada, 2007; REBOLLO DELGADO, L., GÓMEZ SÁNCHEZ, Y.: *Biomedicina y Protección de Datos*, op. cit.; PARDO LÓPEZ, M. M., “Intimidad personal, protección de datos sanitarios e intromisiones legítimas: una proyección hipotética de la doctrina *Tarasoff* sobre el ordenamiento jurídico español”, *Anales de Derecho*, Universidad de Murcia, Número 25, pp. 181-214, 2007.

⁸⁹⁴ FERNÁNDEZ LAMELAS, M. A., ALVAREZ RODRIGUEZ, T., RAMIRO FERNÁNDEZ, J. M., MARTÍNEZ DE SANTIAGO, S., “El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería”, *Cuaderno Bioética XIX*, 2008, pp. 59-66; SOLDEVILLA-CANTUESO, M.A., SOLANO-CORRALES, D., LUNA-MEDINA, E., “La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales”, *Rev. Calidad Asistencial*, 2008, 23 (2):52-6. Habría que precisar que la intimidad es el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior como expresión de su identidad y cuya salvaguarda es un derecho. (PRIETO GIL DE SAN VICENTE, L., VÉLEZ VÉLEZ, E., JUAN MELERO, P., LÓPEZ REVUELTA, Y., MARTÍNEZ GALA, P., MOÑINO SAINZ, M.A., “Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado”, *Rev Nure Investigación*, N° 16, Junio 2005), en: http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=39&id_menu=147 (Última visita 14/2/2014).

En lo que respecta al derecho a la intimidad en el espacio biosanitario desde el punto de vista corporal podemos encontrar dos ámbitos: la intimidad “física” dentro del espacio sanitario y las denominadas intervenciones corporales que también pudieran afectar a la intimidad personal del individuo. La que hemos denominado “intimidad física” (de la que los juristas apenas han centrado su atención) ha sido calificada acertadamente como “la cenicienta de los derechos de los pacientes”⁸⁹⁵. Quizás uno de los mayores exponentes de vulnerabilidad de ese derecho a la intimidad física es la inevitabilidad del compartir habitación a la hora del ingreso hospitalario. Aunque la Ley de Cohesión y Calidad ya lo fija como objetivo a perseguir, el cambio se muestra aún demasiado costoso para que pueda ser asumido⁸⁹⁶. Las situaciones propias del cuidado profesional de la salud exigen con frecuencia desvelar aspectos de la intimidad corporal que normalmente quedan reservados para las relaciones especiales y limitadas de familiaridad. La persona cuidada se pone en múltiples ocasiones en condiciones que le fuerzan a compartir aspectos de su intimidad con el cuidador. Si la habitación se encuentra compartida este hecho se suma al resto de personas que convergen en un mismo espacio como el otro enfermo o sus familiares. Como hemos dicho antes, destacamos que la mayor parte de bibliografía consultada sobre el cuidado de la intimidad de los pacientes se refiere fundamentalmente a la protección de datos de la historia clínica o al respeto a su anonimato vinculado a la obligatoriedad del secreto profesional. No obstante, en la rutina de la práctica clínica los aspectos más esenciales de intimidad y la dignidad del paciente aparecen en muchas ocasiones vulnerados. En diversos estudios han resaltado diferentes grupos de necesidades en los que los pacientes se han mostrado mayormente vulnerados entre los que destacan la “eliminación”, la “higiene”, la “autoestima” y la “comunicación”⁸⁹⁷. En lo que respecta al primero de ellos, los pacientes presentan en múltiples ocasiones cierto pudor a la hora de compartir el baño con alguien que no conocen, a lo que se suman los sentimientos de

⁸⁹⁵ IRABURU, M., “Confidencialidad e intimidad”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, 2006; 29 (Supl. 3): 49-59.

⁸⁹⁶ El párrafo tercero del artículo 28 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud propugna: “Los hospitales del Sistema Nacional de Salud procurarán la incorporación progresiva de habitaciones de uso individual”.

⁸⁹⁷ LÓPEZ ESPUELA et al., “La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería”, *Nure Investigación*, nº 46, Mayo-Junio 2010, pp. 1-14; SOLDEVILLA-CANTUESO, M.A., SOLANO-CORRALES, D., LUNA-MEDINA, E., “La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales”, op. cit., pp. 52-56.

vergüenza en reconocer el olor, los ruidos o la desnudez⁸⁹⁸. En parecido sentido, la dependencia en la higiene puede suscitar cierto pudor en algunos enfermos, por no contar que en ocasiones, por la propia infraestructura de las instalaciones, la intimidad a la hora de practicar la misma se ve quebrantada⁸⁹⁹. En el grupo de necesidad de la “autoestima” pueden englobarse los grupos anteriores y otros elementos que constituyen el respeto a la integridad del paciente, y que por ello deben individualizarse en cada caso. En este sentido se ha criticado que se considera a “todos los pacientes por igual, no se individualizan los cuidados y se estandarizan las acciones”⁹⁰⁰. Otro de los grupos de cuidados que ha sido resaltado por los estudios sobre la intimidad de los pacientes ha sido la “comunicación”. En muchas ocasiones, los problemas estructurales o de tipo administrativo amenazan el derecho a la intimidad⁹⁰¹. Este aspecto se encuentra en íntima conexión con la perspectiva de la confidencialidad de los datos sanitarios y a ella nos remitimos. En todo caso, respecto a la intimidad física tratada debe considerarse que es un concepto único para cada individuo, subjetivo e influenciado por factores como la educación, la edad, el sexo, la etnia o la religión.

El otro aspecto dentro de la intimidad corporal en el espacio biosanitario que merece nuestra atención son las denominadas intervenciones corporales. Debemos precisar que

⁸⁹⁸ Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, éstos han afirmado “Cuando tienes incontinencia urinaria o fecal intimida que te vean” o “Debe causar vergüenza, tanto al hombre como a la mujer, que lo veamos con pañal”. Los pacientes por su parte, en el caso de que necesiten cuña han demostrado cierto pudor por diversos motivos como la manifiesta dependencia que tienen de otra persona, por la presencia de familiares propios o ajenos en la misma habitación o por el sexo del cuidador. (SOLDEVILLA-CANTUESO, M.A., SOLANO-CORRALES, D., LUNA-MEDINA, E., “La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales”, op. cit. pp. 53-54).

⁸⁹⁹ En este sentido resulta gráfico el comentario de una profesional “Cuando vas con prisas, siempre se te pasa algún detalle, cuando te das cuenta lo tienes medio desnudo y resulta que no has corrido la cortina”. (LÓPEZ ESPUELA et al., “La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería”, op. cit., p. 8).

⁹⁰⁰ “Desde que entras en el Hospital, te sientes agredida, la intimidad se queda en la puerta. Te ponen un camisón con el que te sientes ridícula y con el culo al aire...”; “La unificación de criterios, la uniformidad o la propia organización provoca una despersonalización del paciente...”; “El despojo de señas de identidad como dentaduras postizas o pelucas provoca en ocasiones una vulneración a la autoestima personal”. (LÓPEZ ESPUELA et al., “La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería”, op. cit., p. 6).

⁹⁰¹ En este sentido, los profesionales han manifestado “La información se da en las habitaciones, enterándose todo el mundo... ante el enfermo de al lado”. Los pacientes se sienten coartados en ocasiones a responder a determinadas preguntas delante de otro compañero de habitación y rechazan recibir información sobre la evolución de su enfermedad. (SOLDEVILLA-CANTUESO, M.A., SOLANO-CORRALES, D., LUNA-MEDINA, E., “La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales”, op. cit., p. 54).

no se tratan aparentemente⁹⁰² de afectaciones directas a los derechos de los pacientes en sí mismos considerados, pero hemos creído necesario al menos mencionarlas⁹⁰³. Por intervenciones corporales se entienden “todas aquellas medidas de investigación que se realizan sobre el cuerpo de las personas sin necesidad de obtener su consentimiento, y por medio de coacción directa si es preciso, con el fin de descubrir circunstancias fácticas que sean de interés para el proceso, en relación con las condiciones o estado físico o psíquico del sujeto, o con el fin de encontrar objetos escondidos en él”⁹⁰⁴. Este marco conceptual permite detectar las siguientes actuaciones⁹⁰⁵:

-El carácter heterogéneo de las diligencias que abarcan desde los análisis de sangre para la obtención del ADN, los cacheos policiales, la práctica de una prueba de alcoholemia, la toma de huellas dactilares, la obtención de pelos o la práctica de registros anales o vaginales.

-La amplitud de los sujetos pasivos susceptibles de ser sometidos a su realización, y que pueden ir desde la persona o personas sobre las que existen sospechas razonables de participación en el hecho delictivo que se investiga, hasta terceros incluida la víctima, en el supuesto de que tal actuación fuera imprescindible para la obtención de una fuente de prueba.

-Por último, la presencia de una constelación de derechos fundamentales que, en principio pudieran considerarse afectados por la práctica de dichas diligencias de investigación. Los derechos que pudieran encontrarse vulnerados son de forma mayoritaria derechos fundamentales tales como el derecho a la integridad física y moral, el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes⁹⁰⁶, el derecho a la libertad deambulatoria⁹⁰⁷, el derecho a no declarar y a no declarar contra sí mismo y

⁹⁰² En realidad, en la historia de la denominada “medicalización del Derecho” se produce una cierta conversión del criminal en enfermo y de algún modo, también del enfermo en criminal. (GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p.309).

⁹⁰³ Así lo han hecho REBOLLO DELGADO, L., GÓMEZ SÁNCHEZ, Y.: *Biomedicina y Protección de Datos*, op. cit., pp. 80-83.

⁹⁰⁴ GONZÁLEZ-CUELLAR, N.: *Proporcionalidad y derechos fundamentales en el proceso penal*, Colex, Madrid, 1990, p. 290.

⁹⁰⁵ SUBIJANA ZUNZUNEGUI, I. J., “Policía judicial y derecho a la intimidad en el seno de la investigación criminal”, *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, Nº Extra 10, 1997, pp. 121-160.

⁹⁰⁶ Art. 15CE.

⁹⁰⁷ Art. 17CE.

a no confesarse culpable⁹⁰⁸ e inevitablemente el derecho a la intimidad personal⁹⁰⁹. Así, en estos casos, aunque no se traten de una “vulneración lícita” del derecho de la intimidad de los pacientes en sí mismo considerados, dichas actuaciones son practicadas en la mayor parte de las ocasiones por profesionales sanitarios por lo que van a entrar en actuaciones dentro del campo biosanitario.

El Tribunal Constitucional ha diferenciado entre inspecciones y registros corporales por una parte, y las intervenciones corporales son otras. Las primeras son “aquellas que consisten en cualquier género de reconocimiento del cuerpo humano, bien sea para la determinación del imputado (diligencias de reconocimiento en rueda, exámenes dactiloscópicos o antropomórficos, etc.) o de circunstancias relativas a la comisión del hecho punible (electrocardiogramas, exámenes ginecológicos, etc.) o para el descubrimiento del objeto del delito (inspecciones anales o vaginales, etc.), en principio no resulta afectado el derecho a la integridad física (...) pero si puede verse afectado el derecho fundamental a la intimidad corporal (art. 18.1 CE) si recaen sobre partes íntimas del cuerpo o inciden en la privacidad⁹¹⁰. Por su parte, las intervenciones corporales consisten “en la extracción del cuerpo de determinados elementos externos e internos para ser sometidos a informe pericial (análisis de sangre, orina, pelos, uñas, biopsias, etc.) o en su exposición a radiaciones (rayos X, TAC, resonancias magnéticas, etc.) con objeto de averiguar determinadas circunstancias relativas a la comisión del hecho punible o a la participación en él del imputado; el derecho que se verá por regla general afectado es el derecho a la integridad física, en tanto implican una lesión o menoscabo del cuerpo, siquiera sea de su apariencia externa⁹¹¹. Por tanto el ámbito de la intimidad corporal constitucionalmente protegido no es identificable con una realidad concreta del cuerpo humano, sino que se trata de un concepto cultural, que se delimita en nuestra sociedad en el recato y en el pudor personal, independientemente de las partes del cuerpo sobre las que se realizan las indagaciones⁹¹².

⁹⁰⁸ Arts. 17.3 y 24 CE.

⁹⁰⁹ Art. 18.1 CE.

⁹¹⁰ STC 207/1996, FJ 2a).

⁹¹¹ STC 207/1996, FJ 2b).

⁹¹² REBOLLO DELGADO, L., GÓMEZ SÁNCHEZ, Y.: *Biomedicina y Protección de Datos*, op. cit., p. 83. En este sentido, en la STC 207/1996 el Tribunal consideró que la intervención corporal consistente en el análisis pericial del cabello de la cabeza y de las axilas del recurrente de modo coactivo constituiría una vulneración de los derechos a la integridad física y a la intimidad.

El segundo de los aspectos enunciados sobre el derecho fundamental de la intimidad en el ámbito sanitario es aquel derivado de la confidencialidad de los datos de salud, en mayor medida vinculado con el denominado secreto profesional. La preocupación sobre la divulgación de estos datos se ha hecho acuciante en los últimos años como consecuencia de la ingente acumulación y utilización de datos personales por parte de diferentes instituciones, tanto de índole público como privado, así como el creciente desarrollo de los sistemas informáticos (historias clínicas digitalizadas, registros sanitarios, bases de datos, etc.) que ha puesto a prueba toda la teoría de la confidencialidad de los datos médicos, obligando a repensarla desde sus orígenes.

Desde la antigüedad existe un acuerdo universal fundamentado en que la relación con el paciente está basada en la confianza mutua y que esta confianza jamás debe traicionarse. El secreto se contemplaba no tanto como un derecho del individuo, sino más bien como un deber del profesional, por lo que es este último el que decidirá qué cosas pueden decirse y cuáles no. En este sentido, el *Juramento Hipocrático*, paradigma de la ética profesional, afirma:

“Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré, teniéndolo por secreto.”⁹¹³

Así, hasta bien entrado el mundo moderno, el médico pudo guardar secretos los datos conocidos en el curso de su relación profesional pero, a partir del siglo XVIII las cosas comenzaron a cambiar fundamentalmente por dos razones: en primer lugar porque el secreto comenzó a verse como un derecho del ciudadano y no como un deber del profesional y, en segundo lugar, porque se produjo un acercamiento entre la Medicina y el Derecho y un fuerte proceso de medicalización de la doctrina penal. La consecuencia final fue una mejor configuración de la teoría del secreto profesional en el ámbito médico, pero también una mayor justificación de sus excepciones⁹¹⁴. Por otra parte, también se nos hace necesario delimitar los conceptos existentes en torno a la protección de los datos biosanitarios, de los más genéricos a los más específicos: los

⁹¹³ LARA NAVA, M. D., “Juramento”, en *Tratados Hipocráticos*, op. cit., p. 71.

⁹¹⁴ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 307.

denominados datos sensibles, para pasar a delimitar los datos de la salud y por último esbozar el concepto de los datos biosanitarios⁹¹⁵.

Por datos sensibles pueden entenderse aquellos elementos informativos de carácter personal que conllevan en sí mismos un riesgo innato, por afectar a aspectos de nuestra vida o conducta especialmente importantes. Dentro de este tipo de datos pueden citarse el origen racial o étnico, las opiniones políticas o el estado de salud. En este sentido, los datos relativos a la salud son datos sensibles y pueden definirse como “las informaciones que se refieren a la salud pasada, presente o futura, en personas sanas o enfermas, con enfermedades de carácter físico o psicológico, y que incluye la adicción al alcohol o a las drogas. También forma parte de los datos sobre la salud la información de datos genéticos”⁹¹⁶. La potencialidad aplicativa de los datos genéticos se ha convertido en la actualidad en un factor relevante en diversas áreas relacionadas con la salud, la asistencia sanitaria, el ámbito policial y forense o incluso en la lucha contra la migración ilegal⁹¹⁷. Por último, en lo que respecta a los datos biosanitarios, éstos nacen de la conjunción de dos sustantivos: la biología y la medicina. En general gozan del carácter de los datos sensibles, e incluso parte de ellos del de los datos de salud, pero existe otro conjunto indefinido de datos biosanitarios que pueden no serlo. En todo caso, este tipo de datos deberían de estar incluidos en el ámbito de los denominados datos sensibles y, por tanto, gozar de la máxima protección que para éstos se prevé, respetando al máximo la dignidad humana⁹¹⁸.

Lo realmente relevante es la protección de la que gozan dichos datos de salud concebidos dentro de los denominados datos sensibles. Dicha protección es la que se encuentra amparada por el denominado secreto profesional. Así, en la legislación española, concretamente a partir de la década de los años setenta la protección de los datos médicos se hace patente. Junto con el ya citado artículo 18.1 de la Constitución que garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia

⁹¹⁵ REBOLLO DELGADO, L., GÓMEZ SÁNCHEZ, Y.: *Biomedicina y Protección de Datos*, op. cit., 2008, pp. 177-ss.

⁹¹⁶ APDCMA, *Guía de protección de datos personales para servicios sanitarios públicos*, Thomson-Cívitas, Madrid, 2004, p. 69.

⁹¹⁷ GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., “Los datos genéticos en el tratado de Prüm”, *Revista de derecho constitucional europeo*, N°7, 2007, pp. 137-166.

⁹¹⁸ REBOLLO DELGADO, L., GÓMEZ SÁNCHEZ, Y.: *Biomedicina y Protección de Datos*, op. cit., pp. 180-181.

imagen se une lo estipulado en el artículo 20.1d). Es en este último donde se alude al secreto profesional:

“Se reconoce y protege el derecho (...) a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades”.

El desarrollo legal de dicho artículo ha sido realizado mediante el artículo 7.4 de la *Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo sobre protección civil del derecho del honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen*⁹¹⁹. Por su parte, la *Ley General de Sanidad* protege la intimidad como derecho del enfermo⁹²⁰, así como la “confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”⁹²¹. La *Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal* considera los datos de la salud como “especialmente protegidos” englobándolos dentro de la “información sensible” junto con el origen racial y la vida sexual. En este sentido, no podrán comunicarse a nadie, ni incluso por motivos científicos, a no ser por imperativo legal o por decisión del interesado⁹²². También “quedan prohibidos los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial o étnico, o vida sexual”⁹²³. No obstante y, lógicamente, quedarán excluidos los ficheros médicos cuando “dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación

⁹¹⁹ Así, el art. 7.4 de esta ley prevé que “tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección delimitado por el artículo 2 de esta ley: (...) 4. La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela”.

⁹²⁰ Art. 10.1 de la Ley 14/1986 General de Sanidad.

⁹²¹ Art. 10.3 de la Ley 14/1986 General de Sanidad.

⁹²² El art. 7. 3 de la Ley 15/1999 establece que “los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente”.

⁹²³ El art. 7. 3 de la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

equivalente de secreto”⁹²⁴. También es de destacar que la normativa deontológica de las profesiones sanitarias recoge el deber de sigilo por parte del profesional sanitario, concretamente *Código Deontológico de la Enfermería Española* y el *Código de Ética y Deontología Médica*⁹²⁵. Por su parte, la Ley 41/2002 dedica su Capítulo III al “Derecho a la intimidad” constituido por un único artículo y que propugna “el derecho de toda persona a que se le respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”⁹²⁶. Además prevé que “los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”⁹²⁷. En concordancia con la normativa anteriormente citada, uno de los aspectos más relevantes a la hora de hablar del secreto profesional es la recepción de su violación como figura delictiva en el artículo 199 englobado dentro del Capítulo general “Del descubrimiento y revelación de secretos” del Código Penal⁹²⁸.

Es de destacar que el citado artículo no diferencia entre los distintos colectivos que pueden subsumirse en la noción de profesional, por lo que habrán de incluirse aquí todos los sujetos pertenecientes a otras profesiones, como los abogados y procuradores. No obstante, en el ámbito que tratamos consideramos que la información biomédica es una “información sensible” por lo que debe de estar sometida a una protección especial, lo que no obsta que la misma pueda ceder ante determinadas excepciones que veremos más abajo. Por otra parte, debe observarse que el deber de secreto profesional del

⁹²⁴ El art. 7. 6 *Ibíd.*

⁹²⁵ El Código Deontológico de la Enfermería Española aprobado en 1989 por el Consejo General de Enfermería, mediante Resolución 32/89 y 2/1998 consagra en su artículo 19 el deber de estos profesionales de guardar en secreto toda la información sobre el paciente que hayan llegado a conocer en el desempeño de su trabajo. Por su parte Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial, elaborado por la Comisión Central de Deontología Médica, y aprobado por la Asamblea General el pasado sábado 9 de julio de 2011 dedica un capítulo completo (concretamente el V) al Secreto Profesional del Médico, comprendiendo los artículos 27 al 31.

⁹²⁶ Art. 7.1 de la Ley 41/2002.

⁹²⁷ Art. 7.2 *Ibíd.*

⁹²⁸ “1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de una a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años”. (Art. 199 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995).

médico aparece concebido en la actualidad como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad fundamentado en la especial relación de confianza que se produce entre el profesional sanitario y su paciente.

No obstante, este deber de secreto médico debe ceder en caso de conflicto con otros derechos fundamentales. La derogada *Ley Orgánica 5/1992 de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal* era muy restrictiva al respecto al exigir que “los datos de carácter personal objeto de tratamiento automatizado no podrán usarse para *finalidades distintas* de aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos”. Esta matización traía evidentemente graves problemas en la práctica⁹²⁹. Así, la vigente *Ley Orgánica 15/1999* prevé en la actualidad que “los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para *finalidades incompatibles* con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos”⁹³⁰. Así, la investigación científica es un fin perfecta y lícitamente compatible.

Como ya hemos atisbado, la intimidad del paciente no puede concebirse como un derecho de carácter absoluto, sino que su contenido y alcance deberá ser analizado en términos relativos, a la luz de otros derechos e intereses que eventualmente pudieran entrar en colisión con él⁹³¹. Si ya en general hemos visto que en el ámbito de la práctica médica el espacio de la intimidad resulta muchas veces vulnerado por razones de mera operatividad⁹³², las disposiciones normativas también enuncian genuinas limitaciones legales. Tanto el *Código de Ética y Deontología Médica*⁹³³, como la *Ley Orgánica de*

⁹²⁹ El profesor Gracia trae como ejemplo la imposibilidad de que los investigadores de campo pudieran acceder a los datos del censo, ya que éstos no habían sido recopilados para que con ellos se investigara o el causado en los atestados judiciales en los que se hacía necesario revelar la información al personal sanitario. (GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 316).

⁹³⁰ El art. 4. 2 de la *Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal*.

⁹³¹ En este sentido ha tenido ocasión de pronunciarse el Tribunal Constitucional, entre otras sentencias en la STC 37/1989 de 15 de febrero, al considerar que “la intimidad puede ceder en ciertos casos y en cualquiera de sus expresiones ante exigencias públicas” o la STC 57/1994 de 28 de febrero “la intimidad puede llegar a ceder en ciertos casos y en cualquiera de sus expresiones ante exigencias públicas, pues no es éste un derecho de carácter absoluto”.

⁹³² Piénsese por ejemplo en la ya comentada necesidad de compartir habitación con otros enfermos, debido a los limitados recursos hospitalarios, de tal forma que el diagnóstico médico u otro tipo de información sanitaria lo recibe no solo el paciente, sino los otros con los que comparte la habitación e incluso de los familiares de éstos.

⁹³³ El *Código de Ética y Deontología Médica* es particularmente prolijo al respecto estableciendo en su artículo 30: “El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico

*protección de datos de carácter personal*⁹³⁴ como la Ley 41/2002⁹³⁵ enuncian determinadas situaciones en las que el deber de secreto profesional puede ceder. A continuación trataremos los motivos que con más frecuencia pueden oponerse al deber de secreto profesional⁹³⁶.

Con carácter general, las causas que eventualmente pueden justificar la violación del deber de secreto son por un lado el estado de necesidad (para evitar un daño propio o ajeno) y por otro, el cumplimiento de un deber o el ejercicio de un derecho, oficio o cargo⁹³⁷. De una forma o de otra los supuestos que describimos a continuación pueden subsumirse en estos supuestos.

podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos:

- a. En las enfermedades de declaración obligatoria
- b. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- c. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.
- d. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.
- e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquico o actos de agresión sexual.
- f. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- g. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional
- h. Por imperativo legal:
 1. En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.
 2. Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.
 3. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto”.

⁹³⁴ El art. 11.2.f) contempla una excepción a la exigencia general del consentimiento para la comunicación de datos “Cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica”

⁹³⁵ El artículo 16.3 prevé el acceso a la historia clínica “con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia” remitiéndose a lo dispuesto por la Ley 15/1999. La identificación personal del paciente sólo podrá realizarse en aquellos “supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clinicoasistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente”.

⁹³⁶ GÓMEZ RIVERO, M.C.: *La protección penal de los datos sanitarios. Especial referencia al secreto profesional médico*, op. cit., p. 282 y ss.

⁹³⁷ Arts. 20.5 y 20.7 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal.

En el caso de la denuncia de la comisión de delitos y de posibles situaciones de riesgo el profesional actuaría motivado por un estado de necesidad. En este sentido podemos acudir a la normativa que con carácter general se ocupa de la denuncia, en concreto la *Ley de Enjuiciamiento Criminal*. Aunque la ley no hable específicamente de “profesional sanitario” ni de médico, parece más adecuado equipararlos al “profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia” que a los “Abogados”, “Procuradores” o los “eclesiásticos y ministros de culto”. La lectura de tales preceptos nos lleva a la conclusión interpretativa de que el profesional sanitario debe optar por la denuncia frente al mantenimiento de la obligación de guardar secreto que algunos autores mantienen⁹³⁸. En el caso de que el profesional sanitario denuncie un supuesto hecho delictivo del que ha llegado a tener conocimiento a través de la revelación de un paciente, es claro que no está llevando a cabo un incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva.

Un supuesto diferente es el de una posible revelación de datos a familiares o a terceras personas para alertar de determinadas situaciones de riesgo, como el contagio de enfermedades transmisibles. Esta posibilidad eventual de quebrar el deber de reserva o sigilo debe observarse con criterios de proporcionalidad y de no extralimitación: el reconocimiento de este deber del profesional no puede suponer una autorización en blanco para revelar cualquier dato del paciente, sino tan solo aquellos que sean estrictamente necesarios para evitar la situación de riesgo. En todo caso, la solución en estos aspectos resulta en ocasiones sumamente controvertida⁹³⁹.

⁹³⁸ El art. 263 LECr. dispensa de la obligación de denunciar algún delito público a los Abogados y Procuradores respecto de las instrucciones o explicaciones que recibieran de sus clientes así como las noticias reveladas a los eclesiásticos y ministros de cultos. Algunos autores entienden esa dispensa de la obligación de denuncia también a los médicos (SERRANO GONZÁLEZ DE MURILLO: “Alcance del deber de secreto profesional sanitario ante la Administración de Justicia” en *Revista penal*, Enero 2005, p. 139). Por su parte, otros autores defienden la obligación de denunciar en todo caso. (MUÑOZ CONDE: *Derecho penal: parte especial*, Valencia, 2004, p. 268).

⁹³⁹ “El dilema de los médicos es si deben informar a los familiares de esa circunstancia a fin de prevenir esa enfermedad o si debe prevalecer el derecho del paciente a la protección de sus datos si se niega a que se faciliten éstos. Las posiciones son encontradas. Un sector defiende que debe facilitarse la información a los familiares pues prevalece el derecho a la vida sobre el derecho a la intimidad, mientras que otro sector considera que debe ocultarse esa información a los familiares si no la consiente el paciente. (BELTRÁN AGUIRRE, J. L., “Tratamiento de datos de salud en la prestación de servicios sociales”, *Derecho y Salud*, Volumen 18, Número 1, Enero-Junio 2009, p. 14).

Dentro de este grupo podríamos encontrar aquí la declaración de enfermedades infectocontagiosas o de declaración obligatoria individual, en el que no cabe dissociar los datos a fin de preservar el anonimato del paciente o usuario⁹⁴⁰. Otro supuesto paradigmático y de endiablada actualidad es el de los malos tratos: en la denuncia de los mismos no se atiende solo a los hechos pasados que persiguen su persecución judicial, sino a los futuros, en los que está presente el interés de evitar nuevos episodios de vejaciones y maltratos.⁹⁴¹

Otro grupo de casos en que puede plantearse la quiebra del deber de secreto profesional se refiere a los supuestos en que la revelación de los datos que el profesional hubiera llegado a conocer con ocasión del ejercicio de su actividad estuviera motivada por la necesidad de defenderse en un proceso⁹⁴². En este supuesto estamos ante una actuación en beneficio exclusivamente del profesional, por lo que en estos casos, la causa de justificación sería el ejercicio legítimo de un derecho (art. 20.7CP). Por otra parte, sólo tendrá sentido plantear la justificación de la conducta allí donde la revelación de los datos relativos a los pacientes fuese necesaria para asegurar las posibilidades de defensa del médico. Por tanto, de nuevo habrá de tenerse en cuenta para tomar una decisión los criterios de proporcionalidad en la revelación y de no extralimitación.

Podrían enumerarse otros intereses que potencialmente pueden entrar en colisión con una quiebra de la obligación de sigilo o reserva que se impone de modo general al profesional sanitario. A modo de ejemplo podríamos citar la obligación de testificar en

⁹⁴⁰ En este caso, la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública prevé en su artículo 2 que “las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad”. En estos casos, la intimidad y la confidencialidad de los datos sanitarios de las personas afectadas por estas enfermedades no está debidamente garantizado. (BELTRÁN AGUIRRE, J. L., “Tratamiento de datos de salud en la prestación de servicios sociales”, op. cit., p. 17).

⁹⁴¹ Tan es así que en los servicios de urgencias de los hospitales existen un tipo de informes protocolizados para este tipo de atentados, documentos que deben de llevar incluido el oficio de remisión al juez de guardia; en algunos de ellos, incluso se está llevando a cabo un registro de control de dichos hechos.

⁹⁴² En relación a este supuesto, recordemos lo que propugnaba el Código de Ética y Deontología Médica en dos de los puntos referentes a la vulneración del secreto profesional “d. cuando el médico se ve injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permita tal situación; (...) f. cuando el médico comparezca como acusado ante el Colegio o (...) h.3. ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito (...)”.

un proceso judicial en calidad de testigo, los casos en los que los intereses de las compañías aseguradoras pudieran encontrarse en juego⁹⁴³ o cuando los intereses empresariales también requieran datos de salud del trabajador⁹⁴⁴ que pudiera vulnerar su propia intimidad. En todos estos casos deberían de tenerse en cuenta a la hora de tomar una decisión los criterios de proporcionalidad en la revelación y de no extralimitación: en general sólo el consentimiento del afectado y la preservación de una exigencia de interés social podrían justificar posibles restricciones sobre el derecho a la intimidad de los enfermos.

En definitiva, podemos precisar que el modo más prudente a la hora de actuar respecto a la confidencialidad de los datos clínicos sería regirse por una serie de principios: transparencia, es decir, informar al paciente de las notas que realizamos y quién pudiera acceder a las mismas; responsabilidad, que equivale a ser sensatos con el manejo de la información; parquedad o recabar y anotar sólo lo estrictamente necesario y por último, universalidad, ya que los datos sanitarios se han de aplicar de un modo general y sin discriminación⁹⁴⁵.

2.3. Recapitulación

El nacimiento y consolidación de la Bioética como disciplina independiente ha tenido una gran repercusión histórica en el nacimiento y posterior afianzamiento de los derechos de los enfermos. En realidad, es tan íntima y directa su relación que el nacimiento es históricamente coincidente. Por otra parte, como ya hemos reiterado, los llamados “derechos de los enfermos” considerados en su origen, no son más que la materialización de la exaltación y reconocimiento de la autonomía del individuo en el ámbito biomédico, concretamente representados por la fórmula del Consentimiento Informado.

⁹⁴³ Un particular conflicto se plantea cuando lo que está en juego es el interés de una compañía aseguradora en tener conocimiento de la enfermedad del asegurado y decidir así sobre la procedencia o no de la cantidad que se le reclama, o incluso descubrir la comisión de una estafa cuando sospeche que el asegurado está simulando un siniestro o en general el supuesto de hecho que da lugar a la cobertura asistencial.

⁹⁴⁴ Uno de los supuestos es el sometimiento de los trabajadores a controles orientados a avalar la justificación o no de sus ausencias laborales.

⁹⁴⁵ SANTANDER, F., DEL CASTILLO, C., “El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario”, *Norte de Salud Mental*, op. cit., p. 19.

La bioética va a nacer como disciplina en el año 1971 ante la gran cantidad de problemas éticos que se comienzan a producir en la investigación y en los tratamientos médicos. Es en esta afirmación cuando se muestra la relación directa entre los términos bioética, paciente y su derecho a la autonomía. No obstante, hemos considerado una serie de factores que han contribuido en el nacimiento de la bioética en general y en los derechos de los enfermos en particular. El primero de ellos es la situación cultural y política existente durante los años sesenta y setenta impregnada de los ideales de libertad, igualdad, justicia y desconfianza hacia las grandes instituciones, entre las que se encontraba la medicina. En este ambiente reivindicativo y reformador, el ser humano es afirmado como autónomo, puesto que se autoimpone sus propias leyes morales. Con la autonomía surge el pluralismo, las confrontaciones entre las diferentes ideologías y la búsqueda de una armonización entre la pluralidad y el respeto a la diferencia que es el fundamento de la tolerancia social. Obviamente esta transformación supuso la crisis del modelo paternalista anterior, en la que la incapacidad del enfermo hacía recaer en el profesional sanitario toda decisión sanitaria que pudiera incumbirle. No obstante, hemos precisado que los derechos de los enfermos no surgieron del mismo modo que otros movimientos revolucionarios como el estudiantil, el feminista o el de las minorías, sino que tuvieron como característica fundamental el haber sido “concedidos” desde arriba. En realidad la extenuante problemática judicial en torno a la autonomía del paciente, y la evitación de las consecuentes demandas por parte de los enfermos, promovió a las instancias hospitalarias el reconocimiento de un elenco de derechos a los pacientes.

Otro de los factores influyentes en la conformación de los derechos de los enfermos, en los que la bioética proporcionó sus primeras aportaciones, fueron dos hechos vinculados íntimamente entre sí: por una parte el vertiginoso avance de la ciencia y por otro los abusos indiscriminados en la investigación científica. Tanto uno como otro, o más bien, las reticencias por parte no sólo de la opinión pública, como sobre expertos médicos, científicos, filósofos o teólogos contribuyeron a potenciar cada vez más la necesidad de la persona a la autogestión de su propio cuerpo y de su propia vida. Es en este ámbito cuando se muestra patente el papel que asume la bioética como disciplina: “aportar una nueva visión del concepto vida y todo lo que está relacionado con la misma (calidad de vida, salud, inicio de la vida, final de la vida, integridad física y moral,

etc.)”⁹⁴⁶. Y ese fue el papel que asumió en sus primeros años de evolución: su preocupación esencialmente por el movimiento de autogestión del cuerpo y el principio de autonomía. Doscientos años después de la aparición de los derechos humanos fundamentales, surgen los derechos de los pacientes enarbolados por la idea de libertad y autonomía en el espacio sanitario. El *Código de Núremberg* de 1946, la *Declaración de Helsinki* de 1964 y el *Informe de Belmont* de 1978 no son sino una respuesta institucional ante los abusos que la experimentación científica realizó en la práctica, de ahí que el primer postulado defendido fuera “el respeto de las personas” o su “autonomía”.

No obstante, la relación clínica actual no puede fundamentarse únicamente en el principio de la autonomía del paciente, del mismo modo que tradicionalmente encontraba su apoyo en el de beneficencia. Ni el paciente debe seguir ciegamente las instrucciones del médico, ni éste debe asumir dócilmente lo que el primero le solicite sin cuestionarlo. Debe abogarse por un principio de confianza que sustente la relación más que en un principio de autonomía. El principio de autonomía no puede suponer la aceptación ilimitada de las decisiones del paciente. Los pacientes buscan principalmente en los médicos confianza antes que información. El principal reto del profesionalismo médico en la actualidad se encuentra en la adopción de patrones de conducta y estilos de práctica profesional que incrementen y consoliden la confianza de la sociedad en la profesión médica, no en asunciones de poderes absolutos por parte de los pacientes.

Aunque ya hemos afirmado reiteradamente que la primera materialización de los denominados “derechos de los enfermos” se manifestó en el descubrimiento de la fórmula del consentimiento informado, es indudable que existen otra serie de derechos en el ámbito sanitario. Hemos considerado tres derechos que detenta el paciente en el espacio sanitario. En primer lugar hemos tratado del derecho a la información clínica, elemento esencial a la hora de manifestar la autorización procedente. En lo que respecta a la información hemos de destacar su íntima relación con el derecho a la integridad física y a la salud. El contenido de la información clínica puede ser destinado a un público general (derechos y deberes generales, información epidemiológica..., etc.) o al

⁹⁴⁶ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica”, en: JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. y DE LA TORRE DÍAZ, J. (editores), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Dykinson, Madrid, 2012, p. 20.

sujeto particular que participe en el proceso asistencial. En este segundo caso engloba dos ámbitos: aquel que contiene información sobre el proceso asistencial general y aquella destinada a emitir una autorización sobre una intervención concreta, sobre la que la jurisprudencia ha sido particularmente dinámica.

El derecho a la salud genéricamente considerado guarda estrecha relación con la libertad. Así, la salud contribuye y posibilita el ejercicio de la libertad y el fomento de los derechos sociales van a promocionar las libertades individuales y con ello el crecimiento, de ahí un estudio del nacimiento de la concepción pública de la salud como bien distributivo. La libertad en el ámbito sanitario también puede ser contemplada desde la perspectiva individual, en la que el sujeto es gestor de su propio cuerpo y de su propia vida. Esta afirmación se fundamenta principalmente en la fórmula del consentimiento informado. Y así como en el ámbito jurídico ambos elementos (información y consentimiento) no pueden ser observados de modo separado: “el consentimiento o es informado o no es”, nosotros a efectos didácticos los hemos tratado de modo independiente, aunque subrayando su estrecha correlación.

El último de los derechos tratados es la intimidad del paciente que, aunque ha sido tradicionalmente reconocido, en la actualidad ha cobrado especial importancia debido a la ingente acumulación de información así como el gran número de personas que pueden acceder a la misma. La intimidad que hemos denominado “corporal” apenas ha sido estudiada por la disciplina jurídica, mientras que los estudios que se han dedicado a la misma provienen principalmente del ámbito sanitario, debido seguramente a la particular relación que tiene el cuidador con el paciente. La otra perspectiva desde la que puede ser contemplada la intimidad se refiere a la confidencialidad de los datos sanitarios, considerados “datos sensibles” y detentadores por tanto de una especial protección. No obstante, como cualquier otro derecho, éste también puede ceder, bien por la propia auto disponibilidad de su titular, bien en interés de terceros o por imperativo legal.

El logro de los derechos de los enfermos ha conformado un éxito histórico. La fórmula del consentimiento informado ha constituido la materialización de la libertad y de la autonomía de los enfermos en el espacio biomédico. No obstante el ámbito sanitario no puede ni debe fundamentarse únicamente en las decisiones libres de los individuos. Así, ni las decisiones exclusivamente médicas, ni las de los enfermos deben

imperar unas sobre otras, ni tampoco la suma de ambas. Las razones económicas o las necesidades sociales reemplazarán el imperio de la autonomía individual: se hace necesario otro principio, el de justicia, del que trataremos en el próximo capítulo.

**CAPÍTULO III. AUTONOMÍA *VERSUS* JUSTICIA Y
SOLIDARIDAD**

1. LA NECESARIA MATIZACIÓN DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: LOS PRINCIPIOS DE JUSTICIA Y SOLIDARIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

Como vimos en el anterior capítulo, el reconocimiento inicial de los derechos de los pacientes se materializó en las ideas de libertad y autonomía, concretamente en la encarnación de la fórmula del consentimiento informado. No obstante, la autonomía de los pacientes no es la solución absoluta ante la toma de decisiones biomédicas. Si bien, el logro de la autodisposición personal del propio cuerpo y de la propia vida ha conformado un éxito histórico sin parangón en el ámbito sanitario, no puede defenderse este ideal de un modo categórico. En ocasiones podrá ser limitado paradójicamente por el principio beneficentista, pero cuando las decisiones e intereses individuales perjudiquen los comunes será necesario la aplicación de un tercer principio, el de justicia. Los derechos individuales de las personas acaban en el momento que comienzan a surgir los derechos de los demás. Como bien dice Gracia “el bien común exige poner coto a las decisiones libres de los individuos”⁹⁴⁷.

Los derechos humanos que nacieron por vez primera en la historia fueron los de libertad (los civiles y políticos), para posteriormente ser completados por los de igualdad (los económicos, sociales y culturales) y más tarde por los de tercera generación (derechos de los pueblos). En el ámbito de la medicina ha sucedido algo parecido aunque con diferente orden cronológico. Comenzamos por el logro de la autonomía en el ámbito bioclínico (que ha sido nuestro objeto de estudio en el anterior capítulo) para posteriormente preocuparnos por las cuestiones relacionadas con el principio de justicia y la distribución de recursos. Todos estos aspectos han influenciado en una u otra forma el papel del enfermo en la relación sanitaria y sus propios derechos.

Históricamente parece que el principio de beneficencia cedió su lugar en favor del principio de autonomía, y nada más lejos de la realidad. El profesional sanitario tiene que seguir orientando su actividad profesional en base a la beneficencia, pero ahora respetando la autonomía de su paciente. El enfermo y el médico no se encuentran solos, existen unos terceros, la sociedad y el Estado que también van a afectar sus propias decisiones. En este sentido, los derechos de los enfermos también pueden verse afectados por esa realidad, entrando esta vez en juego el principio de justicia. ¿Cuál es el fundamento último del principio de justicia? ¿Existe históricamente este principio?

⁹⁴⁷ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 187.

¿Existen diferentes formas de concebir ésta?, y en este caso, ¿cuáles son? ¿Cuáles son las formas en las que el principio de justicia pone freno a las decisiones particulares de los individuos, es decir a su autonomía en el ámbito sanitario? ¿En qué casos debe llevarse a cabo esta limitación? ¿Cuáles son los procedimientos políticos y económicos de materializar este principio que se han dado en la historia? ¿Existe alguno indudablemente defendible sobre los demás?

La justicia está relacionada con lo que es debido a las personas, con aquello que de alguna manera les pertenece. Cuando a una persona le corresponden beneficios o cargas en la comunidad estamos ante una cuestión de justicia. La injusticia va a conllevar una acción que deniega o quita aquello que le es debido, que le pertenece como suyo, bien sea porque se le ha negado a alguien su derecho o porque la distribución de cargas no ha sido equitativa. La dificultad está hoy planteada desde el entendimiento, desde la concepción del término de justicia que no es absoluto ni es único⁹⁴⁸.

La manera de hacer efectivo ese principio de justicia es a través del de solidaridad, éste sólo podrá realizarse mediante una sana convicción de justicia e igualdad. La solidaridad pretende dar un paso más allá: parte del primigenio pensamiento fundamentado en la existencia de una igual consideración de todo ser humano en cuanto portador de derechos y el establecimiento de un mínimo irrenunciable a conseguir. “Los derechos humanos fundamentales diferenciados por la ética constituyen dicho mínimo y determinan la meta aspirada. Ésta debe quedar justificada desde la teoría principialista y para ello se considera necesario postular un nuevo principio armonizador y articulador de dicha teoría: la solidaridad”⁹⁴⁹. Aunque hoy este término ha adquirido tintes globales, en su origen se fundamenta exclusivamente en la igualdad de los seres humanos unidos en los vínculos de una sociedad. El fin último de la solidaridad es el bienestar de todos y cada uno de los individuos que lo conforman, en término jurídicos supone una alta responsabilidad de cada individuo con respecto al todo. Es fundamental para que una sociedad pueda progresar, ya que es el modo en el que los derechos y obligaciones se equilibran y encuentran la armonía. Por tanto, los principios originales de la bioética principialista, a saber beneficencia, autonomía y justicia van a engrosarse con un cuarto

⁹⁴⁸ ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, Universidad Pontificia de Comillas, Desclée De Brouwer, Bilbao, 2005, pp. 197-198.

⁹⁴⁹ DE VELASCO, J. M., *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2003, p. 186.

principio, el de solidaridad. O dicho con otras palabras, “la globalización requiere de una reformulación de la justicia más allá de demonizarla o canonizarla, al ir acompañada de un aumento de las desigualdades entre los países y entre las personas”⁹⁵⁰. Se hace necesario ampliar el horizonte y plantearse nuevos derechos relativos a la vida y a su gestión, que ya no son individuales ni sociales, sino globales. Estos derechos no pueden ser gestionados ni individual ni socialmente dentro de los paradigmas clásicos⁹⁵¹.

1.1. Un nuevo derecho de los pacientes: el derecho a la asistencia sanitaria. Los principios de justicia y solidaridad como fórmulas para materializarlo.

El principio de justicia encuentra una de sus mayores concreciones en el momento que nace el reconocimiento de un derecho humano a la salud, o más bien un derecho a la asistencia sanitaria. En el instante en que surgen los problemas operativos (distribución de recursos limitados ante necesidades ilimitadas) el principio de justicia encuentra su razón de ser, su modo de justificación. De nada vale el reconocimiento al enfermo de unos derechos en el ámbito sanitario si no puede desarrollarlos a la hora de llevar a cabo una determinada asistencia sanitaria. No obstante este derecho que hoy concebimos como básico y usual ha sido el resultado de largos años de evolución de las formas políticas y económicas de concebir el Estado. Porque el derecho a la protección de la salud tal y como hoy lo conocemos es un hecho político, una conquista social de los Estados Democráticos de Derecho. Pero que tiene un coste económico. La medicina tradicional siempre dejó fuera de su ámbito la evaluación de los factores socioeconómicos, incluso llega a considerar que estas cuestiones son opuestas al buen ejercicio de la medicina⁹⁵². En realidad la medicina o “arte de curar” es una cosa y “el sistema sanitario” es otra. Expliquemos un poco la situación.

Ya vimos más arriba que la instauración de los derechos económicos, sociales y culturales dentro de los cuales se encuentra el derecho a la asistencia sanitaria germinaron cronológicamente con anterioridad al logro de los llamados “derechos de los pacientes” bajo la fórmula de la autonomía y de la libertad en el ámbito sanitario. Por su parte, en el ámbito político y social los derechos de libertad nacen históricamente

⁹⁵⁰ ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, op. cit., p. 190.

⁹⁵¹ *Ibíd.*, p. 86.

⁹⁵² COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, 2006; 29 (Supl. 3), pp. 61-74.

en un momento anterior a los sociales, de ahí su diferenciación nominal en derechos de primera y segunda generación. ¿Por qué ocurre esto en el ámbito sanitario? ¿Primero el reconocimiento de la protección del derecho a la asistencia sanitaria y posteriormente la instauración de la esfera de la libertad en ese ámbito? Sinceramente parece que esto ha ocurrido así debido a la diferenciación entre el “arte de curar” que es la medicina y la garantía del “sistema sanitario” por otra. El primero pertenece al campo de aquellos que desarrollan el ejercicio de la profesión médica, que siempre han sido reacios a que un tercero pudiera inmiscuirse en su actividad⁹⁵³. Por su parte, la garantía del “sistema sanitario” entra dentro de las políticas sociales y económicas del Estado. No es una cuestión que pertenezca al “arte de curar”, si no fuera porque el bien a proteger, la asistencia sanitaria, constituye el núcleo del ejercicio de ese “arte de curar”. “Arte de curar” y “sistema sanitario” se entrecruzan, primero porque ambos tienen destinatarios comunes, los pacientes; segundo porque el bien a administrar es el mismo, el cuidado sanitario. Cada sujeto se mueve en principio por diferentes criterios: los profesionales, por el bienestar de sus pacientes; el Estado, por la eficiencia y la economía, la sociedad, por un reparto justo o equidad.

Por primera vez en la historia de la medicina van a introducirse en el desarrollo de la misma factores ajenos. La práctica de ésta no se desarrolla como Schweningen decía únicamente entre el médico y su paciente; en la actualidad aparecen muchos factores que van a repercutir en la misma: como el control de gastos sanitarios, el establecimiento de un orden de prioridad en la lista de las intervenciones, el establecimiento (o no) de determinadas políticas sanitarias según su rentabilidad... En suma, el principio de autonomía del enfermo se ha quedado muy pequeño en la actual sociedad y ahora habrá que actuar en beneficio de terceros, o al menos no en perjuicio de la mayoría.

En definitiva, desde el campo político (que no sanitario) se ha logrado un nuevo derecho de los enfermos: el derecho a la asistencia sanitaria. Al ser un derecho “político” en cierto modo, deberá de regirse por principios políticos y económicos, no clínicos ni estrictamente médicos. Así como los denominados “derechos de los pacientes” referidos a la manifestación de su libertad en el ámbito biomédico encuentran su operatividad primera en la relación clínica (entre profesional y paciente), este

⁹⁵³ Recordemos la célebre frase de Schweningen, clínico del Berlín de Bismark: “Cuando yo veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta”.

derecho evidencia la existencia de terceros, la sociedad (como destinatario) y el Estado (como administrador). Es en este campo cuando los principios de justicia y solidaridad muestran su mayor justificación, en el reparto de bienes escasos ante demandas infinitas. Del modo de reconocer y materializar dicho reparto y reconocimiento se encargarán los diferentes pensamientos sobre la justicia.

1.1.1. *El principio de justicia en el pensamiento liberal clásico*

Como ya vimos anteriormente en el ámbito biomédico se produce un hecho llamativo y es que la reivindicación del derecho a la asistencia sanitaria es históricamente anterior a los de autonomía y libertad en el espacio biomédico. Es decir, dos generaciones de derechos generales (los derechos de libertad o de primera generación y los derechos de igualdad o de segunda generación) corrieron cronológicamente de tal modo que precedieron al propio derecho de autonomía en el campo sanitario. El liberalismo es la teoría política y económica que defiende el primado de la autonomía de la libertad individual. Dicha defensa no supone la negación de la autoridad, sino la capacidad del individuo para seguir reglas racionales de modo autónomo. Aunque el término se creó posteriormente, como doctrina surgió durante los siglos XVII y XVIII y arranca de las tesis de Locke, Montesquieu y Adam Smith. La motivación inicial fue la de oponerse al absolutismo de los monarcas, defender la necesidad de la separación de la Iglesia y el Estado, así como realizar la exigencia de igualdad de todos los hombres ante la ley y la promulgación de normas que limitasen el poder de los gobernantes⁹⁵⁴.

En este sentido puede afirmarse que desde el siglo XVII y durante todo el siglo XVIII se reconoció el derecho a la salud. Éste se encontraba vinculado con el respeto a la integridad corporal y la vida. Era en realidad un derecho humano de los considerados negativos, que exigía una abstención por parte de los demás para garantizar su respeto⁹⁵⁵. El Estado está obligado a impedir que se atentara contra la integridad

⁹⁵⁴ ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, op. cit., pp. 200-201.

⁹⁵⁵ En la Declaración de Filadelfia del año 1774 reconocía que “Los habitantes de las colonias inglesas en Norteamérica (...) tienen los siguientes derechos: 1. A la vida (...)”; La Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia de 1776 establecía que “Todos los hombres son por naturaleza libres e independientes y tienen ciertos derechos innatos, de los que, cuando entran en estado de sociedad, no pueden privar o desposeer a su posteridad por ningún pacto, a saber: el goce de la vida y de la libertad (...)” (DIPPEL, H., “El concepto de constitución en los orígenes del constitucionalismo norteamericano”, *Fundamentos*, nº6, 2010, pp. 25-83).

corporal de las personas, pero no a procurar una asistencia sanitaria. Por otra parte, durante el siglo XIX, de acuerdo con el ejercicio médico liberal en la sociedad, pudieron distinguirse tres tipos de asistencia médica. El primero era el propio de las familias ricas y acomodadas, que no tenían problema en el pago de los honorarios médicos. Otro sector era el de las clases medias que pagarían los gastos médicos a través de la contratación de un seguro privado. Por último, el sector de los pobres que no podía acceder al sistema sanitario liberal, sino que únicamente les quedaba el recurso de la beneficencia⁹⁵⁶. La situación de los hospitales era gravosa, y así podía observarse en un Informe del Protomédicos de los Reales Hospitales al Duque de Gor en 1834 quejándose de la situación de la imperiosa falta de personal:

“Excmo. Señor. Los médicos de número y de entradas de estos Rs. Hospitales reunidos en junta en la tarde del día de hoy, hacen presente a V.E. que en estas últimas 24 horas han entrado en las salas de observación correspondientes a los hombres 112, habiendo muerto 56. Así mismo han entrado en las salas de observación correspondientes a mujeres 77 enfermas, habiendo muerto 41 y curándose 9”.

Existen en la actualidad enfermos coléricos incluso los convalecientes de ambos sexos 449. Por el parte que antecede se enterara V.E. del crecidísimo número de enfermos y enfermas coléricos que se van aglomerando en este Hospital General, no siendo esto lo peor, y lo que más sienten estos profesores, sino que ven con el mayor dolor de su corazón, que les faltan facultativos y asistentes tanto de uno como de otro sexo en el número suficiente para llenar las obligaciones que exigen imperiosamente los males de estos desgraciados⁹⁵⁷”.

En este sentido, los cambios económicos del siglo XVIII implicaron una combinación de la población en aumento y la aparición de nuevos métodos de producción agrícola, dando lugar a un importante incremento de la pobreza rural a finales del s. XVIII, ya que los granjeros subcontratados dependían exclusivamente del sueldo que les daba su trabajo. También se produjo un desplazamiento de los trabajadores dependientes de la industria en función de los salarios frente a cualquier otra forma de pago, por lo que se dio mucha importancia al apoyo mutuo y a la atención

⁹⁵⁶ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 243-244.

⁹⁵⁷ CARBAJO ISLA, M.F., *La población de la villa de Madrid desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX*, Siglo veintiuno de España Editores, Madrid, 1987, p. 335.

de la Iglesia a los pobres. Según los ideólogos liberales se afirmaban dos argumentos simples: “la pobreza era necesaria, ya que controlaba el crecimiento de la población” y “cualquier intento de aliviar los síntomas de la pobreza mediante los distintos esquemas de ayuda, sencillamente empeoraba las cosas, ya que sólo favorecería la imprudencia”⁹⁵⁸. Unas de las mayores críticas de Las Leyes para Pobres (*Poor Laws*) provinieron del reverendo Thomas Malthus que afirmaba que con su aprobación se “trataban de remediar un mal dando leyes que la fomentaban”⁹⁵⁹. Así en el Capítulo V referente a Leyes sobre los pobres de su memorable obra afirma tajantemente:

“Las leyes de los pobres en Inglaterra han empeorado la suerte del obrero, y sus efectos han sido muy perniciosos. Han aumentado la población sin aumentar las subsistencias: han estimulado casarse a personas que sólo contaban con las dádivas de la parroquia; y el resultado ha sido que cada vez crecía más el número de pobres, porque consideraban esta asistencia como un motivo para gastarlo todo en el día que lo ganaban, así es que a la caída de una manufacturera era inmensos el número de los que recurrían a las dádivas parroquiales. El hombre que va tranquilo a la taberna porque sabe que si muere o enferma la parroquia mantendrá a su familia, tal vez variaría de conducta si supiera que había de morir de hambre o no tener más que algunas limosnas accidentales.”⁹⁶⁰

La lectura del extracto de la obra de Malthus puede demostrarnos dos ideas básicas en lo que respecta a las *poor laws* inglesas que debe relacionarse con su conocida ley: los recursos materiales crecen en progresión aritmética, mientras que la población tiende a crecer geométricamente. Así, la beneficencia perjudica al resto de la sociedad ya que hace aumentar la población “ineficiente” sin aumentar proporcionalmente ni la producción, ni el precio de las subsistencias. Por otra parte, lo que la beneficencia consigue es que se incentive el desempleo y la ociosidad pernicioso, ya que las mínimas necesidades están cubiertas a través de las limosnas. En línea con el pensamiento liberal se encuentran las ideas de la justicia de autores que parten de Locke y evolucionan en la actualidad con Robert Nozick o Tristram Engeldhart. Estos autores fundamentan su pensamiento en la existencia de un “pacto” o “contrato” entre todos los miembros de la

⁹⁵⁸ ROSS, D.M., “Pobreza y Cajas de Ahorros en Escocia a mediados del siglo XIX”, *Papeles de Economía Española*, 2005, N° 105, pp. 82-92.

⁹⁵⁹ MALTHUS, T. R., *Ensayo sobre el principio de la población*, Establecimiento Literario y Tipográfico de D. Lucas González y Compañía, Madrid, 1846.

⁹⁶⁰ MALTHUS, T. R., *Ibidem*, p. 296.

sociedad. La tesis de Locke y que fue revolucionaria en su época, es que todos los seres humanos tienen unos derechos en el estado de naturaleza: derecho a la vida, a la salud, a la libertad y a la propiedad, así como el derecho a defenderlos cuando los considere amenazados. La justicia legal o social no tiene otro fin que el de proteger los derechos o propiedades que los hombres ya poseen en estado de naturaleza: “Si el hombre es tan libre en el estado de naturaleza, si es señor absoluto de su propia persona y de sus bienes, ¿Por qué razón va a renunciar a esa libertad, a ese poder supremo para someterse al gobierno y a la autoridad de otro poder?”⁹⁶¹. Es el claro reconocimiento de los derechos humanos negativos, que no imponen una obligación de aportación sino una de mera defensa.

“El hombre, por cuanto nacido, como se demostró, con título de perfecta libertad y no sofrenado goce de todos los derechos y privilegios de la ley de la naturaleza, al igual que otro cualquier semejante suyo o número de ellos en el haz de la tierra, posee por naturaleza el poder no sólo de preservar su propiedad, esto es, su vida, libertad y hacienda, contra los agravios y pretensiones de los demás hombres, sino también de juzgar y castigar en los demás las infracciones de dicha ley, según estimare que el agravio merece, y aun con la misma muerte, en crímenes en que la odiosidad del hecho, en su opinión, lo requiriere. Mas no pudiendo sociedad política alguna existir ni subsistir como no contenga el deber de preservar la propiedad y en orden a ello castigue los delitos de cuantos a tal sociedad pertenecieren, en este punto, y en él sólo, será sociedad política aquella en que cada uno de los miembros haya abandonado su poder natural, abdicando de él en manos de la comunidad para todos los casos que no excluyan el llamamiento a la protección legal que la sociedad estableciera”⁹⁶².

Así, el único objetivo de la comunidad política es proteger los derechos y libertades naturales de los individuos, entre los que se incluyen la vida y la salud. El Estado por tanto únicamente debe permitir disfrutar el ejercicio de esos derechos naturales, y son los únicos que tiene que proteger. Siguiendo la corriente de pensamiento liberal podemos citar a Robert Nozick, partidario asimismo de un Estado mínimo, al mismo estilo de Adam Smith. El Estado mínimo es fruto de las transacciones naturales de los individuos, que persiguen en la sociedad sus propios intereses y que generan “sin

⁹⁶¹ LOCKE, J., *Ensayo sobre el gobierno civil*, op. cit., p. 35.

⁹⁶² LOCKE, J., *Ibidem*, p. 20.

querer” un beneficio colectivo. Esta idea se hace patente en la obra de Smith en el capítulo dedicado a “Los progresos naturales de la opulencia” fundamentada en las ideas generales de que “en el curso natural de las cosas el mantenimiento es primero que la conveniencia y que la ostentación” y que “la misma inclinación natural de hombre promueve en cada país particular aquel orden de cosas que las necesidades humanas imponen en general en todo el mundo, aunque en determinados países no se verifiquen del mismo modo”⁹⁶³. En este estado de cosas, la intervención del Estado es a todas luces contranatural, e incluso perjudicial. Es el tema de la denominada “mano invisible” que se basa en el pensamiento de que “cuando los hombres buscan el fomento de sus propios derechos naturales, son llevados como por una mano invisible a promover el bien de la comunidad”⁹⁶⁴. Pues bien, también Nozick es partidario de un Estado mínimo y con estas palabras así lo defiende:

“El Estado mínimo es el Estado más extenso que se puede justificar. Cualquier Estado más extenso viola los derechos de las personas. (...) Un Estado mínimo limitado a las estrechas funciones de protección contra la violencia, el robo y el fraude, de cumplimientos de contratos, etcétera, se justifica; cualquier Estado más extenso violaría el derecho de las personas de no ser obligadas a hacer ciertas cosas y, por tanto no se justifica; el Estado mínimo es inspirador así como correcto. Dos implicaciones notables son que el *Estado no puede usar su aparato coactivo con el propósito de hacer que algunos ciudadanos ayuden a otros o para prohibirle a la gente actividades para su propio bien o protección*⁹⁶⁵”.

Lo que Nozick realiza es una defensa a ultranza de los derechos individuales sin que ninguna instancia exterior pueda vulnerarlos. No obstante, Nozick añade que “sólo las vías coactivas hacia tales fines están excluidas, en tanto que las voluntarias subsisten”⁹⁶⁶. Por tanto lo que realiza es una distinción entre justicia y caridad: no estamos obligados a ayudar a las personas necesitadas de ayuda ya que éstas no tienen derecho pero nosotros, voluntaria y dadivosamente podemos ofrecer nuestra ayuda. Por otra parte, partiendo de las formas de adquisición de la propiedad de Locke (por trabajo

⁹⁶³ SMITH, A., *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, Tomo II, Editorial Valladolid: en la Oficina de la viuda e hijos de Santander, Valladolid, 1805, pp. 175-184.

⁹⁶⁴ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 227.

⁹⁶⁵ NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía*, Fondo de Cultura Económica, México, 1988, pp. 9 y 153.

⁹⁶⁶ NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía*, op. cit., p. 7.

o por transferencia)⁹⁶⁷ Nozick establece dos principios sobre la justa adquisición de las cosas: el principio de justa adquisición y el de justa transferencia. De acuerdo con el primero de ellos la adquisición de la propiedad se fundamenta en la tesis de la apropiación por el trabajo (“alguien mezcla su trabajo con él”). El autor critica la estipulación de Locke “de que se haya dejado suficiente e igualmente bueno a los otros en común”, que tiene por objeto que la situación de los otros no empeore⁹⁶⁸. Nozick entiende que esta estipulación no debe ser aplicada de modo genérico, y que desde luego no deberá justificar ni las producciones ni los monopolios, sino que sólo debe aplicarse en casos muy “extremos”.⁹⁶⁹ Así se concluye que “uno puede apropiarse todos los bienes que desee, siempre y cuando: 1) tal apropiación no lesione las condiciones de los demás, de modo que éstos no pueden ya usar libremente lo que con anterioridad pudieron y; 2) que se compense a aquellos que han salido perjudicados como consecuencia de la apropiación de algo por la vía del apartado 1)”⁹⁷⁰.

El otro principio de justa adquisición es el de justa transferencia de posesiones de una persona a otra. Una propiedad se puede transferir legítimamente mediante la venta, el cambio, el regalo o la donación: “No hay una distribución central, ninguna persona o grupo facultado para controlar todos los recursos, que decida conjuntamente cómo deben repartirse. Lo que cada persona obtiene lo obtiene de otros que se lo dan a cambio de algo o como obsequio.”⁹⁷¹ Las siguientes palabras resumen la teoría de la justicia retributiva de Nozick sobre las pertenencias:

- “1) Una persona que adquiere una pertenencia de conformidad con el principio de justicia de la adquisición, tiene derecho a esa pertenencia.
- 2) Una persona que adquiere una pertenencia de conformidad con el principio de justicia en la transferencia de algún otro con derecho a la pertenencia, tiene derecho a la pertenencia.

⁹⁶⁷ LOCKE, J., *Ensayo sobre el gobierno civil*, op. cit., pp. 15-ss.

⁹⁶⁸ NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía*, op. cit., p. 177.

⁹⁶⁹ Nozick pone el ejemplo de Rashdall en el que una persona llega a la única agua que hay en el desierto, bastantes kilómetros delante de los otros que también vendrán a ella y se la apropia toda. Posteriormente pone el ejemplo de alguien que encuentra una sustancia en un lugar apartado y descubre que efectivamente cura una enfermedad determinada y se apropia todo el abasto. No empeora la situación de los demás; si él no la hubiera encontrado nadie más lo habría hecho y los otros hubieran permanecido sin ella. En parecido sentido, la patente de un inventor no priva a los otros de un objeto, el cual no existiría si no fuera por el inventor. (NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía*, op. cit., pp. 179-182).

⁹⁷⁰ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 230.

⁹⁷¹ NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía*, op. cit., p. 153.

- 3) Nadie tiene derecho a una pertenencia excepto por aplicaciones (repetidas) de 1 y 2” ó
- 4) Por el “principio de rectificación” de la injusticia”⁹⁷².

Por tanto según el pensamiento liberal visto, la salud es un derecho individual que debe ser protegido por el Estado, pero sólo “negativamente”, no de modo positivo. El Estado está obligado a impedir que se atente contra la integridad física, pero no a procurar asistencia sanitaria. En resumen y simplificando mucho las cosas puede afirmarse que los pensadores de tradición liberal coinciden en dos puntos referentes a la asistencia sanitaria: en caso de existir debe entenderse como parte de uno de los derechos civiles y políticos, en general del derecho de propiedad. Toda necesidad de asistencia por encima de ese límite no puede justificarse por otra vía que la del deber moral de beneficencia.⁹⁷³ El pensamiento liberal general es partidario de un gobierno limitado en el que cada individuo es libre (siempre y cuando no perjudique los derechos de los demás) y el Estado no debe favorecer una concepción de la vida frente a otras.

1.1.2. *Las deficiencias de la teoría liberal. La necesidad de igualdad social como principio de justicia y su aplicación a la medicina.*

Pronto se evidenció que el pensamiento liberal propulsor del nacimiento de los derechos civiles y políticos no solucionaba los problemas de desigualdad social existentes. Así, las expectativas de libertad y progreso que propugnaba el Estado liberal no sólo no se cumplieron, sino que produjeron la explotación y miseria de la mayoría de la población. Llegó un momento en que la distinción entre “medicina para ricos” y una “medicina para pobres” no era tolerable por más tiempo, tanto menos cuanto que a finales del siglo XIX y comienzos del XX los remedios terapéuticos comenzaron a ser no sólo mucho más eficaces sino asimismo mucho más caros⁹⁷⁴. Por otra parte, desde que la sociedad occidental se industrializa, las diferencias sociales se acentuaron cada vez más. En páginas anteriores expresamos la situación en la que se encontraba el proletariado industrial en Inglaterra, y a ellas nos remitimos⁹⁷⁵. Una llamativa entrada

⁹⁷² El último añadido de la teoría de la justicia “por el principio de rectificación de la injusticia”, ha sido extraído tras la lectura de las páginas referidas, ya que Nozick sólo precisa expresamente los tres primeros puntos. (NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía*, op. cit., pp. 155-ss).

⁹⁷³ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 231-235.

⁹⁷⁴ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., pp. 127-129.

⁹⁷⁵ ENGELS, F., *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, op. cit., pp. 44-ss.

del denominado “paternalismo empresarial” ante un contexto por lo general anti intervencionista del siglo XIX lo provocó la preocupación por el elevado índice de siniestralidad que se dio en los trabajadores de la España industrial⁹⁷⁶. Por su parte los médicos asumieron un papel de testigos objetivos de la vida industrial de su tiempo aunque “contemplaron la realidad social a través de un telescopio, lejos del aliento empírico”⁹⁷⁷. No obstante, los médicos relacionados con la minería demostraron un conocimiento mucho más personal y directo. En este sentido y a modo de ejemplo, podemos citar *La trilogía de Parés y Franqués sobre las minas de Almadén (1772-1785)*, médico catalán especializado en la minería. En su obra destaca el Prólogo del “Catástrofe morboso de las minas mercuriales de la villa de Almadén del Azogue” denunciando aspectos como la precoz incorporación de los niños al trabajo, la insalubridad del espacio productivo interior con la incapacitación transitoria subsiguiente que afectaba gravemente su subsistencia:

“IV. Desde la tierna edad de nueve o diez años no tuvo el más antiguo Minero otro ejercicio que el seguimiento de faenas de Minas, por no haber sus padres inclinado su infancia a otros empleos, ya por haber tenido ellos la misma crianza, ya por faltarles medios para destinarlos a otra carrera. (...) Tan de antemano les viene a estos Mineros el ir contrayendo en sus Cuerpos los efluvios minerales, para gemir más adelante las perniciosas eficiencias de materias tan corrosivas y malignas”.

“XV. “(...) Con cualquiera de estas enfermedades se ven llenos de mil miserias los Mineros; y si por su mayor desgracia se hacen crónicas, llegan los pobres a lo sumo de la desdicha, de la hediondez y de la pobreza; pues faltándoles los medios para su alimento y aseo, no tienen ponderación su necesidad, ni hay consuelo para ver poco menos que perecer de hambre al enfermo y su familia”⁹⁷⁸.

⁹⁷⁶ RODRIGUEZ, E., MENÉNDEZ, A., “Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista”, *Arch Prev Riesgos Labor* 2005; 8 (2), pp. 58-63.

⁹⁷⁷ *Ibíd.*, p. 59.

⁹⁷⁸ Transcripción anotada del prólogo del *Catástrofe morboso de las minas mercuriales de la villa de Almadén del Azogue* de la obra de MENÉNDEZ NAVARRO, A., “Un testimonio médico sobre las condiciones de vida y trabajo de los mineros de Almadén en la segunda mitad del siglo XVIII: el prólogo del *Catástrofe morboso de las minas mercuriales de la villa de*

Puede destacarse que el salario parecía ser el único sustento posible de los trabajadores, y si éste faltase deberían de recurrir a las instituciones de beneficencia. Así, frente a la libertad individual, surge una nueva tradición que reivindica un nuevo sistema de justicia fundamentado en la igualdad material y la necesidad de defender condiciones sociales y económicas iguales para todas las personas. En esta visión socialista, la comunidad es valiosa porque permite a sus miembros relacionarse respondiendo a la razón y no a sus inclinaciones; es decir, porque dentro de ella pueden actuar no ya mirando exclusivamente su propio interés, sino sobre la base de la solidaridad. La idea de solidaridad (de cada cual según sus capacidades, a cada cual de acuerdo a sus necesidades) enfatiza la obligación comunitaria de atender al bienestar de sus miembros⁹⁷⁹. No obstante, no fue el socialismo marxista o socialismo científico el que mayor influencia tuvo en los países occidentales, pero sobre este asunto nos referiremos más adelante. Por otra parte bien puede decirse que, “aun no siendo formalmente socialistas, todos los países occidentales han socializado en mayor o menor medida no pocos de sus servicios y actividades, siendo la asistencia médica la más clara prueba de ello”⁹⁸⁰.

Son Marx y Engels los principales críticos de las teorías liberales basadas en un riguroso respeto de los derechos civiles y políticos. Concretamente enfatizaron su lucha contra el derecho de la propiedad privada que parece ser su mayor preocupación. El planteamiento de su pensamiento queda patente en su obra más conocida, el *Manifiesto Comunista* del año 1848 en la que denuncian las diferencias sociales y las luchas de clases existentes a lo largo de la historia. Las clases sociales surgen de la propiedad privada y de la explotación e históricamente siempre ha existido una lucha entre clases explotadoras y explotadas. Con la proclamación de los derechos civiles y políticos no quedan abolidos los antagonismos de clase, sino que se han vuelto a crear otras nuevas. En el momento actual la burguesía ha asumido el poder que antes detentaban los señores feudales para la defensa de sus propios intereses, que son puramente económicos:

“Dondequiera que se instauró (la burguesía) echó por tierra todas las instituciones feudales, patriarcales e idílicas (...) no dejó en pie más vínculo que

Almadén del Azogue (1778) de José Parés y Franqués (†1798)”, *Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 11, 1991, pp. 147-196.

⁹⁷⁹ ATRIA, F., “¿Existen derechos sociales?”, *Congreso de la Asociación Mundial de Filosofía Social y Jurídica*, Lund, 2003, pp. 15-59

⁹⁸⁰ LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., p. 199.

el interés escueto, el del dinero contante y sonante (...) Enterró la dignidad personal bajo el dinero y redujo todas aquellas libertades escrituradas y bien adquiridas a una única libertad: la libertad ilimitada de comerciar”⁹⁸¹.

Esta situación trajo consigo que la burguesía se apropiara de los medios de producción, concretamente el capital, de una manera injusta. El capital es esa forma de propiedad que se nutre de la explotación del trabajo asalariado, que solo puede crecer y multiplicarse a condición de engendrar nuevo trabajo asalariado para hacerlo también objeto de su explotación. Cada trabajador, cada proletario es una pequeña pieza de ese gran engranaje que es la industria moderna por lo que mediante su trabajo adquiere cierto título de propiedad sobre el producto que no se le reconoce. El capital es un producto colectivo que nace de la cooperación de muchos individuos, “el capital no es, pues un patrimonio personal, sino una potencia social”⁹⁸².

“Los que por tanto, aspiramos a convertir el capital en propiedad colectiva, común a todos los miembros de la sociedad, no aspiramos a convertir en colectiva una riqueza personal. A lo único que aspiramos es a transformar el carácter colectivo de la propiedad, a despojarla de su carácter de clase”⁹⁸³.

Así, la justicia en el pensamiento comunista fruto del socialismo marxista se fundamentaría en las siguientes características⁹⁸⁴:

- a) El principio de distribución vendría definido por la fórmula “de cada cual según sus capacidades, a cada cual según sus necesidades”, lo que implicaría que
- b) el producto social se distribuiría entre los individuos de forma que cubriera sus necesidades fundamentales y
- c) no se tendría en cuenta la contribución individual a dicho producto. Esto supondría que
- d) los incentivos materiales no serían el único motivo para contribuir al producto social (lo que excluiría la alienación) y
- e) tal contribución no sería forzosa.

⁹⁸¹ MARX, K, ENGELS, F., *El manifiesto comunista*, Turner, Madrid, 2005, p. 11.

⁹⁸² *Ibídem*, p. 17.

⁹⁸³ *Ibídem*, p. 17.

⁹⁸⁴ VAN PARIJS, P., "Marxismo, ecologismo y transición directa al comunismo", *Mientras tanto*, nº 26, 1986, pp. 107-129.

A diferencia del socialismo liberal como luego veremos, que piensa que se trata de un problema de distribución y considera que lo único necesario es añadir una nueva lista de derechos humanos para solucionar el principio de justicia distributiva, el marxismo va más allá. Éste considera que el tema de la distribución debe ubicarse dentro del modo de producción: sobre las “condiciones de producción” y como consecuencia “sobre los medios de producción”⁹⁸⁵. Este pensamiento se manifiesta en la obra de Engels, *Principios del comunismo*: “La administración de la industria y de todas las ramas de la producción en general dejará de pertenecer a unos u otros individuos en competencia. En lugar de esto, las ramas de la producción pasarán a manos de toda la sociedad, es decir, serán administradas en beneficio de toda la sociedad. Por tanto, el nuevo orden social suprimirá la competencia y la sustituirá con la asociación. La propiedad privada (de la dirección de la industria) también deberá ser eliminada y ocuparán su lugar el usufructo colectivo de todos los instrumentos de producción y el reparto de los productos de común acuerdo, lo que se llama comunidad de bienes”⁹⁸⁶.

De estas ideas puede extraerse la concepción de la aplicación del principio de justicia a la sanidad y al derecho a la asistencia sanitaria. Podemos establecer varias consideraciones: Puede afirmarse que la salud es definida como una “capacidad” (de cada cual según sus capacidades) y la enfermedad como una “necesidad” (a cada cual según sus necesidades). Aplicando los principios anteriores la sanidad tiene que ser un servicio público, de modo que cualquier ciudadano puede recibir asistencia médica según sus necesidades, sin tener en cuenta el tipo de actividad que desarrolle dentro del sistema productivo. Dichas apreciaciones presentan interesantes consecuencias prácticas⁹⁸⁷. Si la salud se considera una “capacidad” y por tanto una “fuerza de trabajo”, no debería de existir un tope a la inversión en salud. Cualquiera que fuera la cantidad invertida, por elevada que fuere resultaría rentable, es más a mayor inversión mayor rentabilidad ya que la salud de la población sería cada vez mayor y consecuentemente haría disminuir la demanda de los servicios sanitarios hasta hacerlos casi desaparecer.

⁹⁸⁵ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 239.

⁹⁸⁶ ENGELS, F., *Principios del comunismo*, de las Obras Escogidas de K. Marx y F. Engels, Tomo I, Editorial Progreso, Moscú, 1981, pp. 82-98.

⁹⁸⁷ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 240-242.

Si la enfermedad se considera una necesidad y en la sociedad marxista el principio de justicia se rige por el principio “a cada uno según sus necesidades”, sería preciso establecer un sistema sanitario que cubra las necesidades de salud de todos y cada uno de sus miembros. Pero, ¿cuáles son esas necesidades? Si siguiéramos estrictamente la filosofía de Marx podríamos relacionarlas con las capacidades, es decir, el logro de la salud a un nivel lo suficientemente alto como para que restaure nuestras capacidades, no resultando rentable por encima de ese límite. No obstante, estaríamos concibiendo entonces la salud como mera fuerza de trabajo y Marx pretende evitar eso. Por ello el límite al principio “a cada uno según sus necesidades” debería situarse en la cantidad de bienes disponibles de un determinado Estado, por encima de los cuales estaríamos hablando de un evidente endeudamiento.

En un informe redactado en una visita a la URSS organizada por la OMS se estudian detenidamente los servicios sanitarios en el año 1958. En ese año permanecía vigente la Constitución rusa del año 1936 conocida como la “Constitución de la Conquista del Socialismo” que proclama el establecimiento de la dictadura del proletariado, la destrucción de la propiedad privada y de la clase explotadora, así como la conquista socialista de las relaciones de producción. Pues bien, en dicho informe se prevé:

“La organización de los servicios sanitarios de la URSS que responde a las exigencias de un sistema social específico y de una ideología determinada y su finalidad es proporcionar una asistencia médica completa a toda la población mediante la integración de servicios terapéuticos y preventivos a todos los niveles de la administración sanitaria. (...) El Gobierno soviético ha comprobado la *importancia de la salud en la economía y el desarrollo de la nación*, así como el hecho de que *ciertos grupos de población (niños, trabajadores, etc.) precisan una protección especial*”⁹⁸⁸.

⁹⁸⁸ OMS, “Informe redactado por los participantes a un viaje de estudios organizado por la Organización Mundial de la Salud, Los Servicios Sanitarios en la URSS”, *Cuadernos de Salud Pública* N°3, Ginebra, 1963, p. 9. En http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_3_spa.pdf (Última visita: 25/2/2014). Este interesante informe prevé que el concepto de la asistencia médica soviética radica en la llamada “dispensarización”, que consiste en el reconocimiento sistemático y periódico de grupos de población, efectuados en el trabajo e incluso en los hogares, y en el tratamiento y vigilancia ulteriores de los casos diagnosticados o sospechosos. (OMS, “Informe redactado por los participantes a un viaje de estudios organizado por la Organización Mundial de la Salud, Los Servicios Sanitarios en la URSS...”, op. cit. pp.16-ss.)

Las frases señaladas en cursiva demuestran la patente plasmación de las ideas antes comentadas de Marx: la primera de ellas (*importancia de la salud en la economía y el desarrollo de la nación*) supone el reconocimiento del principio de justicia en el que afirma “*que cada uno trabaje según sus capacidades*”. Ya vimos que en el pensamiento marxista el término “salud” equivale a “capacidad”, a “fuerza productiva” en realidad, por lo que con esa frase se demuestra esta idea. En lo que respecta a la *especial protección a ciertos grupos de población*, dicho reconocimiento puede equiparse a la afirmación “que cada uno reciba según sus necesidades”. Rusia se constituyó así en el primer Estado socialista del mundo de acuerdo a la teoría marxista, potenciando el sistema sanitario estatal de acuerdo con dichas ideas.

No obstante, como ya dijimos más arriba, no fue este socialismo extremo o marxista el que alcanzó mayor popularidad en los países europeos occidentales, sino el llamado socialismo democrático o socialdemocracia. No puede “renegarse” de sus orígenes: tanto el comunismo como el socialismo democrático provienen de ese tronco común que es el marxismo. También es innegable que, partiendo ambos planteamientos políticos de un mismo tronco ideológico, sus caminos divergentes les fueron alejando uno de otro hasta convertirlos muchas veces en verdaderos adversarios⁹⁸⁹. El socialismo democrático no aspiraba a eliminar, como la ideología marxista, la tabla de los derechos civiles y políticos, sino completarla con otra, la de los derechos económicos, sociales y culturales⁹⁹⁰. En su planteamiento, pese a tomar prestados pensamientos tanto de una como de otra ideología, también va a crear algo nuevo: el derecho a la propiedad, que ya vimos era uno de los núcleos básicos de reivindicación de la burguesía comercial e industrial de los siglos XVI y XVII, no va a encontrarse incluido dentro de los derechos humanos fundamentales. Por otra parte, la reivindicación de la izquierda europea del derecho al trabajo tampoco va a considerarse como derecho fundamental⁹⁹¹. Parece que la nueva ideología adopta principios e ideas de una y de otra para finalmente atemperarlos en un nuevo pensamiento. De todas las características de la socialdemocracia aquella que mejor define sus objetivos es la lucha contra las desigualdades. Para ello, la intervención del Estado parece imprescindible porque él es

⁹⁸⁹ ALCINA FRANCH, J., *Justicia y libertad. La larga marcha hacia un futuro incierto...*, op. cit., p. 197.

⁹⁹⁰ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 237-242.

⁹⁹¹ PECES-BARBA, G., “Reflexiones sobre los derechos sociales”, *AAVV Derechos sociales y ponderación, Fundación Coloquio Jurídico Europeo*, Madrid, 2007, p. 4.

la única institución que puede establecer una política redistributiva que corrija las injusticias.

1.1.3. *El constitucionalismo social: el logro del derecho a la asistencia sanitaria como principio de justicia distributiva. El equilibrio entre liberalismo radical y socialismo extremo.*

A partir de la primera mitad del siglo XIX se inició un amplio ciclo revolucionario en Francia que se difundió ampliamente por toda Europa central. En la Revolución francesa de 1789 los patronos y los obreros exigieron ante el rey y la nobleza los derechos civiles y políticos. En 1848 fue el incipiente movimiento obrero el que se sublevó exigiendo mejores condiciones laborales, económicas, sociales y culturales. Así, frente al liberalismo como ideología surge el socialismo, frente al anterior rechazo a la intervención estatal, surge la reivindicación de un Estado que promueva no sólo los derechos civiles y políticos, sino otros nuevos como el salario digno, una jornada de trabajo honrada, la protección contra niños, parados...⁹⁹²y, por supuesto, los enfermos.

El derecho a la asistencia sanitaria se convierte así en un derecho exigible en justicia. Para llegar a dicho logro la “policía médica” debió de transformarse en “política sanitaria” es decir, la medicina debió de convertirse en “asunto público”, “asunto del Estado”. Veamos de la mano de Foucault como se llevó a cabo el proceso desde el nacimiento de la policía médica a la policía estatal, que no es más que la política sanitaria o la adopción de la medicina como un asunto público, del Estado⁹⁹³. Debemos remontarnos al siglo XVIII en el que nace por primera vez el concepto de “policía médica” (“*Medizinischepolizei*”) en el año 1764 en Alemania. Este sistema provenía de la propia administración estatal y distaba del existente que se fundamentaba en simples tablas de natalidad y mortalidad. La información provenía de los hospitales y de los propios profesionales en ejercicio y englobaba la verificación de los tratamientos administrados, las reacciones que aparecían ante una enfermedad epidémica, cómo se realizaban las indagaciones médicas de población,...etc. Así, se produjo una subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior. Por otra parte se crean los denominados funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la

⁹⁹² GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 242.

⁹⁹³ FOUCAULT, M., “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud*, Vol. 11, Nº 1, 1977, pp. 3-25.

responsabilidad de una región, el dominio por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confería su poder, de tal modo que aparece en ese momento la figura del “médico como administrador de la salud”. Así, “la organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de varios médicos en una organización estatal, llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse medicina de Estado”⁹⁹⁴. Esta medicina de Estado o política sanitaria va a manifestarse de varias maneras, de las que interesa destacar, por una parte la “medicina social”⁹⁹⁵ y por otra, el nacimiento de los primeros sistemas estatales de seguridad médica, al menos para los pobres y la clase trabajadora⁹⁹⁶. Los iniciales atisbos de reconocimiento de un sistema estatal de seguridad médica va a comenzar a verse plasmado en las primeras constituciones socialdemócratas de la historia: La Constitución francesa de 1848⁹⁹⁷, la Constitución mexicana de Querétaro de 1917 y la Constitución de Weimar de 1919 recogieron en su articulado sendos derechos sociales. Comentaremos las dos últimas.

La Constitución mexicana de 1917 proclama dentro de su articulado la educación laica, el dominio originario del Estado sobre las tierras, pero fundamentalmente el reconocimiento de los derechos sociales van a ir destinados a la protección de los trabajadores. Así en el nominado Título Sexto “Del Trabajo y de la Previsión Social”, su artículo único 123 reconoce entre otros derechos la duración de jornada máxima, la prohibición de la utilización para el trabajo de los menores de doce años, la protección de la mujer embarazada, el establecimiento de un salario mínimo “suficiente” sin discriminaciones, el derecho de huelga, etc. y en el ámbito que nos interesa la

⁹⁹⁴ *Ibíd.*, p. 10.

⁹⁹⁵ Sobre la génesis de este interesante asunto puede consultarse: ROSEN, G., *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, Siglo XXI, México, 1985.

⁹⁹⁶ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 247.

⁹⁹⁷ Así la Constitución francesa de 1848 incluyó los primeros derechos sociales entre los que se incluían la educación, la asistencia social y el trabajo. En su punto VIII estableció “La República debe proteger al ciudadano en su persona, su familia, su religión, su propiedad y trabajo, y poner al alcance de cada uno la instrucción indispensable para todos los hombres; debe, por una asistencia fraterna, asegurar la existencia de los ciudadanos necesitados, sea procurando trabajo en los límites de sus posibilidades, sea otorgando, en defecto de familia, asistencia a los que no están en situación de trabajo”. (PECES-BARBA, G., HIERRO, L., DE ONZOÑO, S.I., LLAMAS, A., “Derecho positivo de los derechos humanos”, *Colección Universitaria*, Editorial Debate, Madrid, 1987).

responsabilidad del patrono en lo referente a la salud y accidentes laborales de sus trabajadores en el ejercicio de la actividad laboral⁹⁹⁸.

Es de resaltar que la Constitución de 1917 reconocía dentro del mismo artículo 123 como sistema de seguridad social originario el siguiente:

“Se consideran de utilidad social: el establecimiento de Cajas de Seguros Populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular”⁹⁹⁹.

Así, aunque de modo muy primario y únicamente destinado a la protección de los trabajadores, el reconocimiento de la asistencia sanitaria y social aparece recogido precozmente en esta Constitución de principios del pasado siglo.

Por su parte, la Constitución de Weimar de 1919 fue la primera en incluir el seguro médico dentro del sistema general de seguros sociales. Unos años antes el mensaje que Guillermo I pronunció ante el Reichstag alemán el 17 de noviembre de 1881 y leído por el Canciller Bismarck significó el advenimiento de los seguros médicos en Alemania, extendiéndose al resto del mundo. En su mensaje, el emperador alemán insistía en el hecho de que el Estado no debía limitarse a un papel de represión, sino que además debía promover también el bienestar de todas las clases sociales alemanas. Esos objetivos sólo podían cumplirse mediante la puesta en práctica de los seguros sociales. Así, la Ley sobre seguros de enfermedad fue adoptada en 1883, la de seguro de

⁹⁹⁸ “XIV.-Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en el ejercicio de la profesión o trabajo, por lo tanto los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente (...)”.

XV.-El patrono estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo” (Art. 123 XIV y XV de la Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos de 5 de febrero de 1917 que reforma la del 5 de febrero de 1857. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf. (Última visita: 26/02/14).

⁹⁹⁹ Art. 123 XXIX de la Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos de 5 de febrero de 1917, op. cit., p. 159. (Última visita: 26/02/14).

accidentes en 1884 y, por último, la de los seguros de invalidez y vejez en 1889¹⁰⁰⁰. A comienzos del siglo XX los movimientos sociales promovieron la consagración de derechos de rango social centrados en la salud. La Constitución de Weimar de 1919 recogía en su “Capítulo Quinto: la economía” sendos derechos sociales¹⁰⁰¹.

La alusión *concurso de los asegurados* hace referencia a las denominadas “cajas de enfermedad” que reciben cotizaciones de los trabajadores, aportaciones de los patronos y cierta ayuda del Estado. Los empleadores junto con los trabajadores y el Estado (al que se le empiezan a imponer responsabilidades públicas) eran solidariamente responsables de la operatividad del mencionado modelo. Este sistema es el que ha informado la mayor parte de los seguros médicos establecidos en Europa occidental, incluida España¹⁰⁰². En lo que respecta al artículo 162 con su redacción demuestra un ambicioso propósito: que el internacionalismo obrero busca como objetivo constitucional la defensa de los derechos sociales de todos los trabajadores del mundo¹⁰⁰³.

En este sentido, la respuesta por parte de declaraciones internacionales se materializó de una manera paulatina, promulgándose posteriormente al fin de la Segunda Guerra Mundial. Después de la Segunda Guerra Mundial y con la creación de las Naciones Unidas, la comunidad internacional se comprometió a no permitir nunca más atrocidades como las sucedidas en ese conflicto. Fuera de las Naciones Unidas hubo un precedente, si bien con unos meses de antelación: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre que fue aprobada por la IX Conferencia Internacional

¹⁰⁰⁰ GUINAND, C., “La creación de la AISS y la OIT”, *Revista Internacional de Seguridad Social*, 61(1), 2008, pp. 93-112. Disponible en: http://intranet.oit.org.pe/WDMS/bib/virtual/coleccion_tem/seg_soc/OIT_AISS_08_segur_soc.pdf (Última visita: 27/02/14).

¹⁰⁰¹ “Artículo 161. Con el fin de mantener la salud y la capacidad de trabajo, proteger la maternidad y prevenir las consecuencias económicas de la vejez, el Reich establecerá un sistema integral de seguros con el concurso de los asegurados”.

“Artículo 162. El Reich defiende una regulación internacional de los derechos de los trabajadores a fin de proporcionar un mínimo de derechos sociales a la clase obrera de la humanidad” Constitución de Weimar de 1919.

En: http://www.zum.de/psm/weimar/weimar_vve.php (Última visita: 27/02/14).

¹⁰⁰² LÓPEZ OLIVA, J.O., “La Constitución de Weimar y los derechos sociales”, *Prolegómenos-Derechos y Valores*, Volumen XIII, No 26, Julio-Diciembre 2010, pp. 233-243.

¹⁰⁰³ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 245.

Americana celebrada en Bogotá en 1948 prevé en su artículo 11 el derecho a la preservación de la salud y al bienestar¹⁰⁰⁴.

Por su parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 recoge en sus treinta artículos aquellos derechos básicos y libertades fundamentales que son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igual medida a todas las personas. Los arts. 22 al 27 se consideran los derechos económicos, sociales y culturales entre los que pueden destacarse los que se refieren al derecho a la salud y a la asistencia sanitaria:

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”¹⁰⁰⁵.

La redacción de este artículo demuestra cómo los derechos económicos, sociales y culturales han adquirido en ese momento carácter de “derechos subsidiarios”, en el sentido de que el Estado tiene la obligación de cubrirlos cuando los propios interesados no puedan hacerlo¹⁰⁰⁶, y además en la medida en que “sean indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” y “teniendo en cuenta la organización y recursos del Estado”, es decir, su capacidad económica¹⁰⁰⁷.

Este precepto parece diferenciar dos tipos de derechos sanitarios: por una parte una *asistencia médica que asegure un nivel de vida adecuado* sin especificar de donde debe

¹⁰⁰⁴ “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (Art. 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre). Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp> (Última visita: 01/03/14).

¹⁰⁰⁵ Art. 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (Última visita: 01/03/14).

¹⁰⁰⁶ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 245.

¹⁰⁰⁷ Estas cautelas también quedan reflejadas en el artículo 25: “Toda personas tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948, op. cit.), (Última visita: 01/03/14).

de proceder la misma, ya sea de origen público o privado. Por otra se reconoce el *derecho al seguro en caso de enfermedad*, que no es más que una retribución económica para permitir un nivel de vida digno en caso de que la persona no se encuentre en condiciones de obtener medios de subsistencia suficientes por sí mismo.

En el año 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Junto con la DUDH mencionada, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y los protocolos facultativos correspondientes constituyen la denominada Carta Internacional de Derechos Humanos. Se compromete a las partes a trabajar para el reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos de salud, la educación y un nivel de vida adecuado¹⁰⁰⁸.

En este precepto la asistencia sanitaria parece estar definida como la prevención, el tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras, así como la creación de condiciones que aseguren servicios médicos para todos y asistencia sanitaria en caso de enfermedad¹⁰⁰⁹.

Por su parte, el artículo 9 establece que “los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

¹⁰⁰⁸ Así, el artículo 12 reconoce el derecho a la salud:

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán de adoptar los Estados Partes en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento de todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de diciembre de 1966 y que entró en vigor el 3 de enero de 1976).

¹⁰⁰⁹ ARBOLEDA-FLÓREZ, J., “Equidad y asignación de recursos: Donde la ética y la justicia social se interceptan”, en LOLAS STEPKE, F., (editor), *Bioética y Cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*, Serie Publicaciones, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago de Chile, 2000, p. 55.

Una disposición supranacional que no debemos obviar redactada más de diez años después es la Carta Social Europea del año 1961 en cuyo artículo 13 reconoce el “derecho a la asistencia social y médica”¹⁰¹⁰.

Como puede observarse, estas formulaciones del siglo XX han dado origen a una nueva tabla de derechos: no se trata ahora de los derechos de libertad reivindicados en los siglos XVII y XVIII, sino que el siglo XIX marcó la demanda de los derechos de igualdad. El avance de la ideología socialista del siglo XIX y su énfasis en las ideas de comunidad e igualdad tuvo su impacto en la originaria concepción de “derechos”, surgiendo así la segunda generación de derechos o derechos económicos, sociales y culturales. Dentro de ellos ha alumbrado un derecho distinto: el derecho a la asistencia sanitaria, muy rudimentario en sus inicios al proteger únicamente a trabajadores y pobres, pero que fue extendiéndose posteriormente. A pesar de esta denominación como “derechos de igualdad”, para el socialismo la igualdad es la condición para llegar a la auténtica libertad. Se diferencia entre *libertad-de* (de coacciones externas) y *libertad-para* (para poder vivir en sociedad de un modo adecuado)¹⁰¹¹. Mediando así entre las ideas liberales radicales y las socialistas extremas, la teoría de los derechos sociales surge como punto de conciliación: El Estado debe intervenir como garante a fin de paliar las diferencias sociales pero respetando también los derechos particulares individuales.

¹⁰¹⁰ “Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las Partes se comprometen:

1. A cuidar de toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguir éstos por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de la seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.

2. A cuidar de que las personas que se benefician de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.

3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar”

4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes Partes Contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953”. (Art. 13 de la Carta Social Europea del año 1961. Respecto al Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953 fue ratificado por España en 1982 y entró en vigor el 1 de diciembre de 1983).

¹⁰¹¹ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 246.

Aunque demos un gran salto cronológicamente hablando, un referente necesario a la hora de hablar del principio de justicia en la tradición liberal democrática es la obra de John Rawls en un intento de reconciliación entre los principios de libertad e igualdad. El pensamiento del autor surge en el año 1971, momento delicado para el liberalismo americano ante el descontento generalizado con respecto a las instituciones y a la política del país: frente a la corriente utilitarista keynesiana, Rawls intenta compaginar la libertad individual con una distribución equitativa de la riqueza¹⁰¹². Digamos que Rawls pretende dar una nueva oportunidad a la problemática entre libertad/igualdad a través de la concepción de la justicia como equidad.

Rawls parte de Kant que definió a la persona como a un absoluto moral. La personalidad moral según Rawls se caracteriza por la posesión de dos capacidades morales: la capacidad de sentido de la justicia y la capacidad para una concepción del bien, es decir, formular un proyecto racional de vida¹⁰¹³. Todo ser humano, una vez alcanzada la edad de la razón, es autónomo y tiene un sentido efectivo de la justicia. Por otra parte, la fórmula II, o del fin en sí mismo, del imperativo categórico, afirma “tratar a los otros como fin, nunca meramente como medio”¹⁰¹⁴. Todos los seres humanos tienen una dignidad personal innata y una vinculación social que permite la emergencia de dicha voluntad general de modo que podrán construir una “sociedad bien ordenada” en base a dos ideas: que todos acepten los mismos principios de rectitud y de justicia y todos los miembros de la sociedad se verán así mismos y a los demás como personas libres e iguales (persona libre e igual)¹⁰¹⁵. Rawls denomina justicia a la “virtud de las instituciones sociales o lo que va a denominarse prácticas”¹⁰¹⁶, en el sentido de la “eliminación de distinciones arbitrarias y el establecimiento, dentro de la estructura de una práctica, de un apropiado equilibrio entre pretensiones rivales”¹⁰¹⁷. Se intenta así la

¹⁰¹² AGRA ROMERO, M.J., *J. Rawls: El sentido de justicia en una sociedad democrática*, Servicio de Publicaciones Universidad de Santiago, Santiago de Compostela, 1985, p. 12.

¹⁰¹³ *Ibíd.*, p. 18.

¹⁰¹⁴ KANT, I., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Ariel, Barcelona, 1999.

¹⁰¹⁵ ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, op. cit., p. 209, GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 248, VILLAVICENCIO MIRANDA, L., “El constructivismo kantiano según Rawls como fundamento de los derechos humanos”, *Frónesis, Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política*, Vol. 17, No 1, 2010, 23-52.

¹⁰¹⁶ Rawls precisa que el empleo de la palabra “práctica” se refiere a toda forma de actividad especificada por un sistema de reglas que define cargos, papeles, jugadas, castigos, defensas, y así sucesivamente, y que da a esa actividad la estructura que tiene.

¹⁰¹⁷ RAWLS, J., “Justicia como equidad”, *Revista Española de Control Externo*, Vol. 5, No 13, 2003, pp. 129-158.

búsqueda de una concepción de la justicia que sea adecuada a todas las sociedades sin considerar sus circunstancias sociales o históricas específicas.

Para construir una idea de justicia, Rawls parte de la denominada “posición original” que se define como “un *status quo* en el cual cualquier acuerdo que se obtenga sea equitativo”. Esto supone poner entre paréntesis ciertas circunstancias relacionadas con el papel “real” de las personas en la sociedad (como las contingencias naturales o el azar social). Dicha restricción mental es denominada por Rawls “velo de la ignorancia”. Así, una vez puestas en esta situación, las personas pueden buscar la realización del bien de un modo puramente racional:

“Entre los rasgos esenciales de esta situación, está el de que nadie sabe cuál es su lugar en la sociedad, su posición, clase o *status* social; nadie conoce tampoco cuál es su suerte con respecto a la distribución de ventajas y capacidades naturales, su inteligencia, fortaleza, etc. Supondré incluso, que los propios miembros del grupo no conocen sus concepciones acerca del bien, ni sus tendencias psicológicas especiales. Los principios de justicia se escogen tras un velo de ignorancia. Esto asegura que los resultados del azar natural o de las contingencias de las circunstancias sociales no darán ventajas ni desventajas al escoger los principios”¹⁰¹⁸.

Una vez que las personas hayan sido aisladas escogerán los principios de justicia más racionales. Serán aquellos que consideran ciertos bienes u objetos básicos y son los denominados bienes sociales primarios. Se tratarían de “aquellas cosas que necesitan los ciudadanos en tanto que personas libres e iguales, y las exigencias acerca de estos bienes se consideran exigencias apropiadas”¹⁰¹⁹. Estos bienes sociales primarios son los siguientes:

“a. Las libertades básicas (libertad de pensamiento y de conciencia, etc.), son las condiciones institucionales necesarias para el desarrollo y ejercicio de la capacidad de decidir, revisar y perseguir racionalmente una concepción del bien. También son indispensables para el desarrollo de la justicia en condiciones sociales libres.

¹⁰¹⁸ RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1978, p. 29, RAWLS, J., “Justicia distributiva”, *Estudios Públicos*, No 24, 1986, pp. 53-90.

¹⁰¹⁹ RAWLS, J., *Liberalismo Político*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995, p. 177.

b. La libertad de movimiento y la libre elección de ocupación en el marco de oportunidades diversas que son necesarias para el seguimiento de diversos fines últimos, así como revisarlos y cambiarlos si uno lo desea.

c. Poderes y prerrogativas de cargos y posiciones de responsabilidad, que son necesarios para diversas capacidades sociales y de autogobierno del sujeto.

d. Ingreso y riqueza entendidos ampliamente como los medios indispensables para alcanzar directa o indirectamente nuestros fines, cualesquiera que sean.

e. Las bases sociales del respeto de uno mismo, que son aquellos aspectos de las instituciones básicas esenciales para que los individuos tengan un sentido de su propio valor como personas y sean capaces de desarrollar sus intereses y objetivos con plena confianza en sí mismos”¹⁰²⁰.

Pues bien, teniendo en cuenta que las personas morales son libres e iguales, cuando actúan bajo el “velo de la ignorancia” e intentando salvaguardar esos bienes primarios, podrán elaborar los principios de justicia racionales. Dichos principios (al menos de manera provisional) son los siguientes:

“*Primero*. Cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas iguales que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás.

Segundo. Las desigualdades sociales y económicas deben satisfacer dos condiciones: a) deben vincularse a cargos y posiciones asequibles a todos bajo condiciones de igualdad de oportunidades, b) deben suponer el mayor beneficio para los miembros de la sociedad menos aventajados”¹⁰²¹.

Rawls especifica seguidamente que las libertades básicas más importantes son la libertad política (derecho a votar y a desempeñar cargos públicos); la libertad de expresión y de reunión; la libertad de conciencia y de pensamiento; la libertad personal que incluye la libertad frente a la opresión psicológica, la agresión física y el

¹⁰²⁰ RAWLS, J., *Ibíd.*, pp. 308-309..

¹⁰²¹ RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, op. cit., pp. 82 y 341. (Sobre esto ver: GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 250 y ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, op. cit., p. 215; que se adecúan a la versión del año 1982 y 1995 respectivamente); RAWLS, J., “Justicia como equidad”, op. cit., p. 131; RAWLS, J., “Justicia distributiva”, op. cit., p. 57. Según Gracia en el *primer principio* puede observarse una nueva versión de los derechos civiles y políticos o derechos negativos; y en el segundo el fundamento ético y filosófico de los derechos económicos, sociales y culturales. Realmente la precisión subsiguiente es verdaderamente gráfica. (GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 251).

desmembramiento (integridad de la persona); el derecho a la propiedad personal y la libertad respecto del arresto y detención arbitrarios. Estas libertades habrán de ser iguales conforme al primer principio¹⁰²². El segundo principio se aplica a la distribución del ingreso y la riqueza y al diseño de las organizaciones que hagan uso de las diferencias de autoridad y responsabilidad. Esta distribución no debe ser igual, pero sí debe ser ventajosa para todos, al mismo tiempo que los puestos de autoridad y responsabilidad deberán ser accesibles para todos. Ambos principios deberán ser dispuestos en un orden serial dando prioridad al primer principio sobre el segundo¹⁰²³.

Por otra parte, estos principios son un caso especial de una concepción más general de justicia que puede ser expresada del siguiente modo:

“Todos los valores sociales —libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, así como las bases y el respeto mutuo— habrán de ser distribuidos igualitariamente a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos”¹⁰²⁴.

Parece difícil conseguir que una distribución desigual conlleve una ventaja para todos; siendo lo más probable que se produzca una ventaja para unos y una desventaja para otros. Siendo esto así, habrá que escoger entre dos posibles criterios: el *maximax* (maximizar la utilidad de las situaciones más ventajosas), y el *maximin* (minimizar el perjuicio de las situaciones más desfavorables)¹⁰²⁵. Lo más justo sería escoger la segunda opción con lo cual surge la siguiente concepción general:

“Todos los bienes sociales primarios —libertad, igualdad de oportunidades, renta, riqueza, y las bases de respeto mutuo—, han de ser distribuidos de un

¹⁰²² RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, op. cit., p. 83.

¹⁰²³ *Ibíd.*, p. 84. Dicha prioridad puede destinarse de dos modos: serial en el sentido de que el segundo no puede ser aplicado si no se ha aplicado el primero; y por otra parte no se puede sacrificar la aplicación del primero (libertades) en aras de la aplicación del segundo (oportunidades y beneficios sociales y económicos). Por otra parte, la aplicación de las dos partes del segundo principio también es serial, lo que significa que no se puede aplicar la segunda parte (Segundo b) antes de haber aplicado la primera (Segundo a), como que no se puede sacrificar ésta (oportunidades) en aras de aquélla (beneficios sociales y económicos). (ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, op. cit., p. 216; RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, op. cit., p. 85-86).

¹⁰²⁴ RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, op. cit., p. 84.

¹⁰²⁵ RAWLS, J., *Ibíd.*, p. 105, GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 250.

modo igual, a menos que una distribución desigual de uno o de todos estos bienes redunde en beneficio de los menos aventajados”¹⁰²⁶.

Con la formulación de los dos principios puede desarrollarse el enunciado de diferentes normas exigibles en la construcción de una sociedad justa:

1. Principio de libertad: Las libertades civiles se rigen por el principio de igual libertad de ciudadanía, es decir, toda persona tiene derecho a un régimen de libertades básicas compatible con un régimen similar para los demás.

2. Principio de igualdad de oportunidades: los cargos y posiciones deben estar abiertos para todos y las desigualdades sociales y económicas deben tender a paliarse en igualdad de oportunidades para todos.

3. Principio de la diferencia: las desigualdades sociales y económicas (poderes y prerrogativas, rentas y riqueza) deben cumplir con éste. La distribución desigual de esos bienes solo es justa o equitativa si ninguna otra forma de articular las instituciones sociales es capaz de mejorar las expectativas del grupo menos favorecido¹⁰²⁷.

El primer principio tiene prioridad sobre el segundo, y éste sobre el tercero, llevando así a establecer dos normas de prioridad. La prioridad del principio 1 sobre el 2 se denomina *Primera Norma de Prioridad-La prioridad de la Libertad* y se fundamenta en la afirmación “las libertades básicas sólo pueden ser restringidas en favor de la libertad en sí misma”. Por otra parte, la prioridad del principio 2 sobre 3 se denomina *Segunda Norma de Prioridad-La prioridad de la Justicia sobre la Eficacia y el Bienestar* y afirma que “la igualdad de oportunidades es anterior al principio de la diferencia”¹⁰²⁸.

En síntesis Rawls establece una teoría de la justicia social que integra las libertades civiles y políticas con los derechos económicos, sociales y culturales, concediendo prioridad a las primeras sobre los segundos. Así, entre el puro “liberalismo” y el puro “igualitarismo” propone una tesis intermedia, la justicia como “equidad”¹⁰²⁹. No obstante el término de justicia que se propone sólo va a ser aplicable en las sociedades democráticas. Sin embargo, las sociedades actuales se caracterizan por la diversidad de

¹⁰²⁶ RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, op. cit., p. 341.

¹⁰²⁷ COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 63, GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 251-252.

¹⁰²⁸ RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, op. cit., p. 341.

¹⁰²⁹ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 252.

visiones morales, filosóficas y religiosas que proponen concepciones del bien diferentes y muchas veces conflictivas entre sí¹⁰³⁰.

La influencia de la filosofía de Rawls ha sido decisiva en el campo de la justicia social general en respuesta ante el fracaso político estadounidense, en un intento de conciliar la libertad individual con una distribución equitativa de la riqueza, así como en el campo de la medicina en particular¹⁰³¹. Un referente de aplicación de la teoría de la justicia de Rawls al campo de la salud ha venido de la mano de Norman Daniels. Para Daniels el principio central que debe gobernar un sistema de salud justo es la “norma de igualdad de oportunidades”. Las enfermedades e incapacidades son desviaciones del funcionamiento normal, la atención médica restaura ese *funcionamiento normal* de las personas. Dado que una sociedad justa debe garantizar a las personas una equitativa igualdad de oportunidades, puede establecerse la obligación social de garantizar un acceso equitativo y razonable a los servicios médicos¹⁰³².

1.1.4. *El principio de justicia como utilidad pública. La medicina de bienestar y la salud como bien de consumo.*

Como ya hemos adelantado a finales del siglo XIX y principios del XX los países democráticos comenzaron a generalizar la segunda tabla (derechos económicos, sociales y culturales). Dichos derechos debía dotarlos de contenido el Estado en su legislación positiva. No obstante, su contenido suele marcarse dentro de los límites de la prudencia política que coinciden con los que dicta la racionalidad económica. Recordemos la matización del principio de igualdad social de Marx “a cada uno según sus necesidades hasta el límite que permitan los bienes disponibles”. Es decir, el reconocimiento de los derechos sociales no supone simplemente un hecho político, sino también económico, y la economía se mueve por criterios de rendimiento y utilidad. Así, entre el reconocimiento social del derecho a la asistencia sanitaria, la racionalidad económica y la utilidad existe una estrecha relación.

¹⁰³⁰ ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, op. cit., p. 227.

¹⁰³¹ AGRA ROMERO, M.J., *J. Rawls: El sentido de justicia en una sociedad democrática*, op. cit., p. 12.

¹⁰³² DANIELS, N., *Just Health Care*, Studies in Philosophy and Health Policy, Cambridge University Press, New York, 1985, pp. 10 y 25.

Pues bien, desde que terminó la Segunda Guerra Mundial, los países de Europa Occidental comenzaron a desarrollar amplias políticas de derechos sociales entre ellos, la asistencia sanitaria. Los sistemas de cuidados de salud universales en cobertura e igualitarios en sus fines tendieron a extenderse en mayor o menor medida en los países socio-democráticos. La teoría económica realmente influyente desde los años treinta hasta la postguerra fue el keynesianismo que fue el verdadero precursor del nacimiento del Estado Benefactor. El fundamento teórico en el que se fundamenta es el utilitarismo, surgiendo una nueva concepción de justicia: “la mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto”¹⁰³³. No puede haber otro criterio distributivo que éste: los que la utilidad determina. Esta afirmación tiene especial importancia en la concepción de la asistencia sanitaria posterior y el papel que asume el enfermo en la relación clínica.

Rawls pretendió elaborar una teoría de justicia que representaba una alternativa a ese pensamiento utilitarista, y en su *Teoría de la Justicia* de 1971 realiza un análisis del utilitarismo clásico, cuya idea principal se resume en la siguiente: “Cuando las instituciones más importantes de la sociedad están estructuradas de modo que obtienen el *mayor balance neto de satisfacción* distribuido entre todos los individuos pertenecientes a ella, entonces la sociedad está correctamente ordenada y es, por tanto, justa”¹⁰³⁴.

La definición clásica de la justicia “dar a cada uno lo suyo” se transforma en el pensamiento utilitarista. El término “lo suyo” significa “lo más útil” es decir, aquello que produce “mayor felicidad”. El utilitarismo identifica la justicia distributiva con la mayor “utilidad pública”. Para la consecución de la “utilidad máxima” es necesaria la intervención del Estado en la economía. De este modo aparece un nuevo objetivo, no sólo económico sino político, el bienestar que es la suma de utilidad y felicidad¹⁰³⁵.

¹⁰³³ BENTHAM, J., *Fragmento sobre el gobierno*, Aguilar, Madrid, 1973, p. 3. Jeremy Bentham es considerado el padre del utilitarismo. Sus doctrinas dominaron el panorama de las ciencias sociales durante el primer tercio del siglo XIX. “En España ningún autor extranjero ha logrado ejercer la influencia que ejerció Bentham, siendo su centro de difusión Salamanca”. (LARIOS RAMOS, J., “Prólogo” de *Fragmento sobre el gobierno*, Aguilar, Madrid, 1973, p. XI).

¹⁰³⁴ RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, op. cit., p. 40. Rawls toma como referente la obra de Henry Sidgwick, *The Methods of Ethics* para elaborar su capítulo “El utilitarismo clásico”.

¹⁰³⁵ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 262.

Puede establecerse una relación entre la ética utilitarista y la teoría económica del keynesianismo. La personalidad de John Maynard Keynes llenó por completo el ámbito de la teoría económica desde los años veinte o treinta hasta mediados de los setenta del pasado siglo. Ante la Gran Depresión o crisis económica del veintinueve, *La Teoría General* de Keynes representó una alternativa (predominantemente en Europa) ante los efectos que la política económica dominada por la economía de mercado parecía no haber podido evitar¹⁰³⁶. Así, mientras los economistas clásicos pensaban que era imposible un desempleo persistente, la *Teoría General* de Keynes propuso una teoría macroeconómica alternativa introduciendo los revolucionarios conceptos de oferta y demanda agregada. La consecuencia es que los precios y los salarios son rígidos e inflexibles, no existe ningún mecanismo económico o “mano invisible” que restablezca el pleno empleo. No obstante, los Gobiernos pueden estimular la economía y ayudar a mantener unos elevados niveles de producción y empleo¹⁰³⁷. Así, las tesis keynesianas fortalecieron al Estado en el sentido de que lo transformaron en el inversor financiero central de las economías nacionales que invertían a través de los presupuestos, cuyo papel como arma fundamental de la política económica queda así reforzado¹⁰³⁸.

El razonamiento que afirma dicha relación es el siguiente: los seres humanos retraen su consumo presente para la acumulación de reservas en caso de infortunio como la enfermedad, la jubilación, el desempleo..., por ello, un buen sistema de seguros sociales que cubran la enfermedad o el parto estimula el consumo y aumenta la riqueza circulante. De aquí se siguen diversas consideraciones muy importantes: por una parte el incremento del consumo es útil y por otra la importancia de los seguros sociales que cubrieran las contingencias negativas de la vida de los hombres¹⁰³⁹. A través del keynesianismo se recogen no sólo los derechos negativos civiles y políticos, sino también los sociales, entre ellos la asistencia médica. Pero esta vez se asumen no por

¹⁰³⁶ Según los historiadores el desastre financiero de 1929 trajo consigo una nueva etapa caracterizada por la incipiente configuración de tres modelos: el estatista soviético; la exclusión del Estado en Estados Unidos y, finalmente el nacimiento de los sistemas o servicios nacionales de salud en Europa. (BARONA, J. L., “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar”, *Política y Sociedad*, 35, Madrid, 2000, pp. 31-44).

¹⁰³⁷ SAMUELSON, P.A.; NORDHAUS, W.D., *Macroeconomía*, Mc Graw-Hill, Madrid, 1996, pp. 615-616.

¹⁰³⁸ ALCINA FRANCH, J., *Justicia y libertad. La larga marcha hacia un futuro incierto...*, op. cit., p. 282.

¹⁰³⁹ SAMUELSON, P.A.; NORDHAUS, W.D., *Macroeconomía*, op. cit., pp. 615-616; GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 264.

razones de equidad o igualdad, sino por “utilidad”. ¿Cómo se consigue esto? Los individuos no somos idénticos, no todos derivamos la misma felicidad, placer o “utilidad” por la misma cantidad de recursos que consumimos o utilizamos. Siendo ello así, y si nuestro objetivo es encontrar el nivel máximo de bienestar colectivo, deberíamos transferir recursos de unos individuos (los que disponiendo de más ya no sacan tanto provecho de lo que tienen) a otros (los que teniendo menos, podrían aprovechar al máximo dichos recursos). Esta propuesta encuentra su apoyatura en un hecho económico fundamental: la utilidad marginal decreciente de nuestro consumo o uso de las cosas (a partir de determinado nivel de consumo, la “utilidad” que nos aporta la unidad adicional de ese bien que consumimos es decreciente). Desde el punto de vista del bienestar social conviene que transfiramos aquella parte de la que no obtenemos “utilidad” a aquellos otros que si van a encontrarla. Este punto de vista es radicalmente contrario al de los teóricos como Nozick, ya que violentaría el derecho de propiedad, aunque los primeros detentasen unos recursos “en exceso”¹⁰⁴⁰. Puede observarse en todo caso que, para que se produzca esa “transferencia de recursos” de unos a otros individuos, es necesaria la intervención estatal.

El triunfo de las ideas keynesianas se expandió por todo el mundo pero fue especialmente en Gran Bretaña donde las tesis de Keynes y Beveridge se impusieron de manera más clara. No obstante, también en Estados Unidos se llevó a cabo a partir de los años treinta del pasado siglo cierto despegue de su programa de seguros sociales. Debemos precisar que Estados Unidos, sigue el modelo de sistema de salud denominado “de Bismarck” que ya hemos citado. Otros países siguen el modelo “de Beveridge” (que veremos a continuación) y otros siguen un modelo mixto, como en el caso de España¹⁰⁴¹. Pues bien, en el año 1932 Roosevelt ganó las elecciones tras setenta y dos años de presidencia republicana, absolutamente identificada con los postulados de la teoría monetaria neoclásica. El nuevo candidato demócrata abogó por una política intervencionista con el objetivo de luchar contra los efectos de la Gran Depresión estadounidense. El nuevo proyecto sociopolítico recibió el nombre de *New Deal* en el que se incluían programas variados como leyes de reforma de bancos, programas de

¹⁰⁴⁰ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Iustel, Madrid, 2009, pp. 82-83.

¹⁰⁴¹ DE JESÚS HARFOUCHE, A. P., *Hospitales transformados en empresas. Análisis del Impacto en la Eficiencia: Estudio comparativo*, Pfizer, Lisboa, 2009, p. 59.

ayuda para el trabajo, y por supuesto, programas de seguridad social¹⁰⁴². En 1935 estableció la *Works Progress Administration* (llamada más tarde *Works Project Administration* o *WPA*, Dirección General de Obras Públicas), que proporcionó empleo a 3 millones de norteamericanos en la construcción de hospitales, escuelas y carreteras¹⁰⁴³. El primer texto legislativo que consagró la expresión “seguridad social” fue la ley federal norteamericana de 1935 *Social Security Act*. Esta legislación consagraba un sistema mixto de seguridad social y asistencia que cubría los riesgos de desempleo, vejez y muerte combinados con servicios de salud materno-infantil y de recuperación profesional. Dicha ley no alcanzaba a todos los trabajadores ni cubría las eventualidades de enfermedad e invalidez, pero se mostraba integrada en el plano del combate al desempleo y de desarrollo económico¹⁰⁴⁴. En su famoso discurso de las cuatro libertades el 6 de enero de 1941 ante el Congreso americano, Roosevelt introdujo una nueva libertad: “(...) la tercera es la libertad frente a la miseria, que traducida en términos mundiales, significa acuerdos económicos que aseguren a cada nación una vida saludable y en paz para todos sus habitantes, en cualquier lugar del mundo”¹⁰⁴⁵. En 1943, Roosevelt presentó un informe realizado por un Comité Interministerial sobre Salud y Bienestar en 1938 sobre la distribución social de las enfermedades crónicas. Sobre la base del mismo, el senador Wagner presentó un proyecto de ley sobre un sistema de seguridad social nacional y unificado que no prosperó. No obstante, tuvo rápida expansión a nivel mundial, y tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial el seguro de enfermedad logró extenderse¹⁰⁴⁶. En el año 1965 se crearon los programas federales *Medicare* (seguro obligatorio de enfermedad para personas mayores de 65 años o más jóvenes consideradas discapacitadas debido a graves problemas de salud) y el *Medicaid* (para la gente necesitada, con bajos ingresos o con discapacidad), ambos

¹⁰⁴² GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 264.

¹⁰⁴³ SAMUELSON, P.A.; NORDHAUS, W.D., *Macroeconomía*, op. cit., p. 639.

¹⁰⁴⁴ DE JESÚS HARFOUCHE, A. P., *Hospitales transformados en empresas...*, op. cit., p. 60.

¹⁰⁴⁵ En su discurso, Roosevelt propuso como metas cuatro libertades fundamentales: la libertad de expresión, la libertad de culto y creencias, la libertad de vivir sin penurias y la libertad de vivir sin miedo. Mientras las dos primeras libertades ya estaban proclamadas en la Primera Enmienda a la Constitución, las otras dos, y especialmente la tercera iban mucho más allá. Puede consultarse el discurso completo *Four Freedoms Speech* del 6 de enero de 1941 en: http://www.presidentialrhetoric.com/historicspeeches/roosevelt_franklin/fourfreedoms.html (Última consulta: 05/03/14).

¹⁰⁴⁶ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 264.

mecanismos eran muy cercanos a las añejas beneficencias europeas¹⁰⁴⁷. La pretensión de “constitucionalización a la europea” del Estado de Bienestar no terminó de germinar en los Estados Unidos (salvo la educación pública) hasta que en el año 2010 el presidente Barack Obama ha promulgado la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*.) en reforma del sistema sanitario estadounidense¹⁰⁴⁸.

En el caso del Reino Unido, en 1941, el gobierno británico encomendó a un renombrado economista, William Beveridge el estudio monográfico de un sistema orgánico de seguridad social. Un año después, Beveridge emitió al gobierno su informe *Social Insurance and Allied Services* (Seguridad Social y Servicios Afines) o *Beveridge Report* en el que proponía un amplio sistema de seguridad social. En él se incluía el seguro de desempleo, seguro de incapacidad, de jubilación, de viudedad, de maternidad, de matrimonio y de entierro¹⁰⁴⁹. Inmediatamente se generó una batalla parlamentaria por las posiciones favorables o enfrentadas para dar cabida a las propuestas del *Report*. La negativa del Gobierno a declararse inequívocamente en su favor dio lugar al único voto antigubernamental digno de tenerse en cuenta entre 1940 y 1945. El *Social Insurance and Allied Services* contribuyó en gran parte a la victoria del partido laborista en 1945, que incorporó sus directrices a la legislación social¹⁰⁵⁰. El *Beveridge Report* de 1942 estará más directamente en el origen del Estado de Bienestar inglés, planteando cuatro principios básicos: el acceso universal, la inclusión de toda clase de tratamientos, la gratuidad y la financiación a través del presupuesto general del Estado¹⁰⁵¹. Basado en dos principios muy comunes del pensamiento keynesiano, Beveridge pensó que, iniciada una era de prosperidad que no se vería empañada por nuevas crisis, y que con

¹⁰⁴⁷ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 43.

¹⁰⁴⁸ La ley exige a la mayoría de los adultos no cubiertos por un plan de salud (ya sea proporcionado por sus empleadores o patrocinado por el gobierno) mantener una cobertura a cambio de ser penalizados con una multa. Quienes ganen por debajo del cuádruple de pobreza, recibirán créditos fiscales con el fin de subsidiar el pago del seguro de salud. El programa de dicha ley puede consultarse en: <http://l.barackobama.com/salud/> A finales de junio de 2012, la Corte Suprema de los Estados Unidos ratificó la constitucionalidad de esta ley, en: http://www.washingtonpost.com/politics/robertss-health-care-ruling-sends-a-message-to-politicians/2012/06/30/gJQAc4BzDW_story.html (Últimas visitas: 06/03/14).

¹⁰⁴⁹ BEVERIDGE, W. “Social insurance and allied services”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, vol. 78, no 6, p. 847-855.

¹⁰⁵⁰ RAFART, G. C., “Recordando a los muertos. La seguridad social, el empleo instituciones democráticas en Lord Willian Beveridge”. *Revista de Historia*, 2010, no 5, p. pág. 297-313.

¹⁰⁵¹ DE JESÚS HARFOUCHE, A. P., *Hospitales transformados en empresas...*, op. cit., p. 61.

un desempleo cada vez menor, el costo de la asistencia nacional iría reduciéndose con el paso de los años, de modo que en 1965 sería menor que en 1945: una buena asistencia sanitaria haría disminuir paulatinamente los niveles de enfermedad y, en consecuencia, los gastos de asistencia médica. Si a esto se sumaba que una población sana trabaja más y en consecuencia produce más riqueza, los gastos sanitarios cada vez representarían una cifra porcentual menor en relación a la riqueza nacional medida como producto interior bruto (PIB)¹⁰⁵². En 1948 nacerá en Reino Unido el *National Health System*, el primer Servicio Nacional de Salud del mundo occidental, protector de toda la población en cualquier circunstancia. Un seguro médico universal sería rentable, ya que aumentaría la población sana que es mano de obra eficaz, y por otra parte, porque la enfermedad, antes de ser un “bien de producción”, es un “bien de consumo”, y todo lo que estimule el consumo es económicamente rentable. Queda entonces la duda de si esa extensión de la asistencia sanitaria universal se llevó a cabo por criterios de “igualdad social” o se tuvieron más en cuenta criterios de “utilidad pública”¹⁰⁵³.

La aparición de los Seguros Obligatorios de Enfermedad revolucionó el sistema sanitario haciendo surgir un modelo radicalmente nuevo del que tuvo vigencia a lo largo del siglo XIX. Paulatinamente, la medicina se socializa: de la financiación benéfica predominante en la atención sanitaria se pasa a las contribuciones obligatorias de todos o muchos ciudadanos y del propio Estado. Por otra parte, en los países en los que se ha optado por beneficiar a la mayor parte de la población se ha desarrollado un sentimiento de solidaridad y cohesión social, en tanto que en otros países, como Estados Unidos, que únicamente atienden a grupos sociales marginados y empobrecidos, se refuerza la diferencia y la confrontación social¹⁰⁵⁴. El nuevo modelo sanitario ha traído importantes consecuencias entre las que pueden citarse las siguientes¹⁰⁵⁵:

1. Se ha modificado el lugar principal donde se practica la asistencia sanitaria. Se ha pasado de una medicina fundamentalmente domiciliar a convertirse en hospitalaria. El

¹⁰⁵² BEVERIDGE, W. “Social insurance and allied services”..., op. cit., p. 8; GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 63.

¹⁰⁵³ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 268.

¹⁰⁵⁴ GIDDENS, A., *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia*, Taurus, Madrid, 1999, p. 128.

¹⁰⁵⁵ Este punto lo he basado en la lectura de: LAIN ENTRALGO, P.: *El médico...*, op. cit., pp. 197-198; GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 270; FOUCAULT, M., “Incorporación del hospital...”, op. cit., pp. 20-35.

hospital ha pasado a ser el centro del sistema sanitario. Pero dicha situación se caracteriza por una peculiaridad: No se trata del viejo “hospital de beneficencia” parco en recursos y excelso en “paupérrima clientela”, sino que se ha transformado en un moderno centro magníficamente dotado desde todos los puntos de vista. La asistencia médica se ha burocratizado, ha tenido que ser colectivamente organizada. Por otra parte, también el hospital va a ser el centro de operaciones de la enseñanza de los futuros profesionales debido a la revolución tecnológica, que va a llevarse a cabo en el mismo.

2. La figura del médico también se ha transformado. Esta consecuencia lleva consigo diversas particularidades: en primer lugar, el médico se ha ido apartando poco a poco de su rol de generalista para convertirse en especialista. La especialización es la consecuencia del aumento de la complejidad tecnológica en la medicina.

Por otra parte, el médico no es solo un “clínico”, sino también un “funcionario” que debe administrar los cuidados. Además, el profesional se ha convertido en asalariado, así que en cierto modo su materia a dispensar, “su asistencia médica”, se ha mercantilizado.

Por último, debido a esa “especialización”, la asistencia médica se ha “diluido”. Si tradicionalmente la relación clínica era paternalista, ahora se ha convertido en “oligárquica” (piénsese que en el momento del nacimiento de la “hospitalización de la asistencia sanitaria” los derechos de los enfermos materializados en la fórmula del consentimiento informado aún no se habían constituido). Se trata de una relación vertical, como la anterior, pues el paciente sigue estando sometido a decisiones que se toman sobre él. La diferencia es que ahora no es un solo médico quien las toma, sino todo el equipo sanitario. Pero esta situación se produce en el momento que la medicina se socializa, allá a mediados del siglo XX. Como ya vimos en el capítulo anterior, en el último tercio de siglo se va a producir el nacimiento de los derechos de los enfermos. En ese momento, esa relación clínica se “democratiza” ya que con la consolidación de esos derechos, la relación se ha horizontalizado¹⁰⁵⁶.

3. También van a transformarse las concepciones de salud y de enfermedad. Hasta el siglo XX la enfermedad era pura y simplemente una calamidad. Hoy, sin dejar de ser un

¹⁰⁵⁶ LÁZARO, J. y GRACIA, D.: “La relación médico-enfermo a través de la historia”..., op. cit., p. 27.

infortunio más o menos grave también es considerada como fuente de derechos extra-médicos (piénsese en las indemnizaciones consecuencia de una dolencia). También el concepto de salud se ha transformado, surgiendo una nueva definición a nivel internacional. Sobre este asunto trataremos unas líneas más abajo.

4. Por último, en definitiva, también el paciente ha cambiado. Se ha pasado de un enfermo menesteroso que recibía la atención en los hospitales de beneficencia a ser un usuario, un cliente de la salud como bien de consumo. Salvo en las zonas de la sociedad de mayor holgura económica o más alto nivel político, el enfermo suele ser atendido por algún “seguro de enfermedad”. Además, ya no se consulta por enfermedades de cierta gravedad, sino que el paciente se siente con derecho a consultar por sus enfermedades leves o incluso de modo profiláctico. Si a esta situación se suma el hecho de que a finales del pasado siglo, el paciente puede y debe tomar libremente las decisiones que se refieren a su cuerpo, la situación se transforma de un modo radical. Volveremos a referirnos sobre esta cuestión en la última parte de este trabajo.

En definitiva, la transformación del modelo sanitario ha cambiado el propio concepto de medicina, los conceptos de salud y de enfermedad. Un hecho trascendental y coetáneo con la expansión de los seguros obligatorios de enfermedad fue la firma en Nueva York de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud del 22 de julio de 1946 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Este organismo internacional, dependiente de la Organización de Naciones Unidas se concibió como el encargado de velar por la salud y bienestar de los hombres a nivel mundial. En el preámbulo del documento se definía el término salud: “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁰⁵⁷. Esta definición proyecta la salud más allá del marco patológico, afecta a la persona en su integridad psicofísica y hace que la salud sea un elemento constitutivo de la plenitud de la libertad asistencial¹⁰⁵⁸. Hasta ese momento nadie había equiparado salud con bienestar, y bienestar no sólo físico, sino mental y social. Estamos en el año 1946 y el *Welfare State* anglosajón se ha convertido en el santo y seña de todas las democracias

¹⁰⁵⁷ Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (Última visita: 06/03/14)

¹⁰⁵⁸ RODOTÀ, S., “Salud y libertad”, op. cit., p. 32.

occidentales: Estado de bienestar o benefactor, ética utilitarista y ahora “medicina de bienestar” aparecen como términos interrelacionados¹⁰⁵⁹. El Estado benefactor vendría a garantizar los derechos a las prestaciones estatales en materia de desempleo, jubilación, viudedad, educación, sanidad, etc., así como los precios políticos para transportes, vivienda y otras necesidades de los ciudadanos¹⁰⁶⁰.

Pero además del logro de convertir la asistencia sanitaria en un derecho mayor o menormente consolidado, el Estado de bienestar y la economía keynesiana también han propiciado que la política y la economía se introduzcan y entremezclen con la medicina. En el momento que las teorías utilitaristas conformaron el espíritu del Estado benefactor cuya propulsión es el consumo como principal estímulo de la actividad económica, la medicina también se transformó. Recordemos que el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en consonancia con este momento histórico, también utilizaba la palabra bienestar: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...)”¹⁰⁶¹. La salud se convirtió en un bien de consumo, como los alimentos o la vivienda. Recordemos la teoría marxista que consideraba a la salud como bien de producción, y en este sentido la salud era una “capacidad”, una “fuerza de producción”, de ahí que a una mayor inversión en sanidad, una mayor fuerza productiva. Esa era también la tesis que mantenía Beveridge. Pronto se evidenció que la salud no funcionaba como bien de producción: una mayor inversión en salud no suponía un incremento en la riqueza nacional. La salud funcionaba como un bien de consumo, y como un bien de consumo particular, ya que se caracterizaba por no tener prácticamente tope. Por otra parte, el aumento del gasto sanitario no conlleva necesariamente un incremento en la salud de las personas¹⁰⁶². El Estado puede destinar todo su presupuesto en gasto sanitario sin que se evidencien signos de saturación del mercado y, por otra parte, los individuos pueden gastar casi ilimitadamente en salud o en actitudes que de un modo u otro reviertan sobre la mejora o la preservación de ésta. No obstante, esta afirmación admite ciertas precisiones: la salud también puede funcionar como un bien de inversión, o al menos no exclusivamente de consumo. De ahí el resumen de las conclusiones de la Comisión

¹⁰⁵⁹ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 271.

¹⁰⁶⁰ ALCINA FRANCH, J., *Justicia y libertad. La larga marcha hacia un futuro incierto...*, op. cit., p. 285.

¹⁰⁶¹ Art. 25, primer párrafo de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948 (DUDH).

¹⁰⁶² GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 63.

sobre Macroeconomía y Salud de la OMS “Invertir en salud” del año 2003 y que puede resumirse en la siguiente afirmación: “Hemos constatado que ampliar la cobertura de los servicios de salud esenciales destinados a los pobres del mundo, incluido un número relativamente reducido de intervenciones específicas, podría salvar millones de vidas al año, reducir la pobreza, estimular el desarrollo económico y promover la seguridad mundial”¹⁰⁶³. Por lo que, al menos en niveles bajos de poder adquisitivo, una inversión en salud sí supone un estímulo para el desarrollo económico, si bien llegado a un determinado nivel el gasto se hace ineficaz. Según las “leyes de Engel” existe un patrón de conducta sobre los principales componentes del consumo: con un nivel bajo de renta las familias deben gastar todos sus bienes en alimentos y alojamiento. Conforme aumenta la renta, se incrementa el gasto en muchos artículos alimenticios, ya que los individuos comen más y mejor. Sin embargo, a medida que la renta aumenta, la proporción del gasto total destinada a alimentos disminuye y se incrementa la destinada a los servicios. Entre éstos se encuentran las actividades recreativas, la educación y la asistencia médica. Esta teoría explica por qué en los países desarrollados el gasto en el bien salud haya aumentado exponencialmente¹⁰⁶⁴. A este comportamiento descrito de los bienes de salud se suma el suministro de la asistencia sanitaria por parte del Estado, lo que supone una situación insostenible. A todo este aumento de gastos en el ámbito sanitario se sumó en el año 1973 la crisis del petróleo. Comenzaron a cuestionarse (sobre todo desde los sectores neoliberales) las políticas llevadas a cabo desde 1930 en las que el Estado se conformaba como garante de dicha organización: ¿Hasta dónde debería endeudarse el Estado para garantizar la asistencia sanitaria? ¿Todo gasto en salud es éticamente justificable? ¿Cuáles son los límites que debe imponer el Estado ante la inviabilidad del sistema?

1.2. La crisis del Estado de Bienestar. Necesidad de replanteamiento del modelo sanitario.

Con la crisis económica de 1973 se evidenciaron lo optimistas que resultaban las teorías planteadas durante los años anteriores. El último cuarto del pasado siglo hizo estallar todas las contradicciones de las sucesivas utopías que se habían ido creando a lo largo de la modernidad. Positivismo, liberalismo, marxismo y, tal vez, también la

¹⁰⁶³ SACHS, J., *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico: informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*, World Health Organization, 2002, p. 3.

¹⁰⁶⁴ SAMUELSON, P.A.; NORDHAUS, W.D., *Macroeconomía*, op. cit., pp. 432-434.

idealización solidaria de un Estado de Bienestar tan cuidadosamente construido principalmente por la socialdemocracia europea¹⁰⁶⁵. También existían razones de carácter biomédico que pudieran esgrimirse en contra del Estado de Bienestar. Por una parte, el Estado benefactor es *antidarwinista* en el sentido que mediante su sistema de seguros y pensiones protege a los más débiles, pero también a los menos útiles, con lo que pudiera fomentar una “selección antinatural”¹⁰⁶⁶. Éste parece ser el mismo pensamiento de Peter Singer al replantearse el sentido de la ética médica tradicional y cuestionarse la tan arraigada “santidad de la vida humana”¹⁰⁶⁷.

La otra razón que pretende utilizarse para rebatir los fundamentos del Estado benefactor es la explosión de los costes sanitarios ante los cuales los gobiernos no parecieron haber reaccionado, al menos inmediatamente¹⁰⁶⁸. En todo caso, la transformación radical del sistema es una cuestión dificultosa y los obstáculos a los que debe enfrentarse cualquier intento de reforma son variados: la resistencia de la opinión pública y la tendencia gubernamental a evitar la culpa (*blame avoidance*); la fortaleza de los grupos de interés creados alrededor de los programas de bienestar; los factores institucionales, en especial los puntos de veto (como determinados tipos de configuraciones constitucionales) o las características del sector y los legados de política (los sectores de la política y la sanidad presentan características propias que pueden condicionar la reforma)¹⁰⁶⁹.

No obstante, la realidad es la que es, y la grave situación económica de estos últimos años no ha sido fruto únicamente de esa concepción de la sanidad pública en los Estados

¹⁰⁶⁵ BARONA, J. L., “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar”, op. cit., pp. 31-44.

¹⁰⁶⁶ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 71.

¹⁰⁶⁷ Singer plantea un “nuevo primer mandamiento: reconocer que el valor de la vida humana varía” en sustitución del “primer antiguo mandamiento: considerar que toda vida humana tiene el mismo valor”. Aunque el autor se refiere a pacientes en estado vegetativo persistente o bebés anancefálicos, la idea que subyace en su obra es que es “antinatural ir *contra natura*”. (SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional...*, op. cit., p. 188).

¹⁰⁶⁸ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 72. A partir de los años setenta se viene hablando persistentemente de la “crisis del Estado de Bienestar”, y sobre todo de los ochenta de una reforma del mismo. Primeramente se han llevado a cabo ajustes para pasar en la actualidad a instaurar una auténtica reforma. (DEL PINO, E. “Debates sobre la reforma del Estado de Bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones”. *Documento de Trabajo*, 2004, vol. 4, pp. 11-16).

¹⁰⁶⁹ DEL PINO, E. “Debates sobre la reforma del Estado de Bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones”..., op. cit., pp. 11-16.

de bienestar tendente a que se procure la curación de todo y de todos. Otra serie de transformaciones también han contribuido a ejercer una gran presión financiera en los diferentes países: el progresivo envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades junto con la persistencia de dolencias crónicas, el fabuloso progreso científico en el ámbito de la biomedicina (con el consecuente encarecimiento de los prodigiosos avances científicos) y los correspondientes costes sanitarios. En general, los países desarrollados gastan entre un 8% y un 10% del PIB en sanidad, según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud y la OCDE, (aunque países como Estados Unidos invierten más de un 15%)¹⁰⁷⁰. Todos los países occidentales han sufrido un crecimiento del gasto sanitario: España ha pasado de representar el 5,7% del presupuesto entre los años 1980 al 1987 al 9,3% en 2011¹⁰⁷¹. Un informe realizado por IBM, *La sanidad en 2015: perder o ganar en el proceso de transformación del sector sanitario*, en base a los datos obtenidos por la OMS y la OCDE prevé que la situación actual de muchos sistemas sanitarios de todo el mundo será insostenible en 2015. Así, vaticina que en Ontario, la provincia con más habitantes de Canadá, en el 2017 los servicios sanitarios supondrán las dos terceras partes del gasto del Estado y el 100% en el 2026¹⁰⁷².

No obstante la nueva situación ha conducido a la reconversión de sectores importantes de la economía, cuyo objetivo en múltiples ocasiones se ha centrado en disminuir los costes salariales y las cargas fiscales para ganar en competitividad internacional. Así, el Estado ha sufrido cierta disminución de su papel activo (principalmente desde comienzos de la década de los noventa) con una innegable repercusión sobre la servicios públicos en general y la sanidad en particular. Las políticas concretas han provocado la separación conceptual entre los servicios públicos mínimos que deberían garantizarse por parte del Estado y el resto de las prestaciones que cada ciudadano tiene que procurarse mediante su pago directo o la contratación de

¹⁰⁷⁰ Estas cifras contrastan con las de países como Etiopía o las Islas Filipinas que en el año 2007 invirtieron un 3,8 y un 3,9% de su PIB respectivamente. Pueden consultarse estos datos en las *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010* de la Organización Mundial de la Salud, en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS10_Full.pdf?ua=1 (Última consulta: 07/03/14).

¹⁰⁷¹ OECD (2013), "Total expenditure on health", *Health: Key Tables from OECD*, No. 1. doi: [10.1787/hlthxp-total-table-2013-2-en](https://doi.org/10.1787/hlthxp-total-table-2013-2-en) (Última consulta: 07/03/14).

¹⁰⁷² IBM, *La sanidad en 2015: perder o ganar en el proceso de transformación del sector sanitario*, 2006. Disponible en: <http://www-304.ibm.com/easyaccess/fileservice?contentid=129574> (Última consulta: 07/03/14)

seguros privados. La principal aplicación de estas ideas neoliberales en la salud en nuestro país de evidenciaron con el llamado “Informe Abril” de 1991 que suponía la separación entre salud pública y asistencia sanitaria, lo que se traducía en partidas presupuestarias diferentes¹⁰⁷³.

Pues bien, dependiendo de la concepción que un Estado tenga de la justicia, el sistema sanitario se conformará de un modo u otro. Piénsese en la polémica referente a la dispensación del tratamiento a las personas con sida. Los situados en una perspectiva liberal argumentaban que además de tratarse de un medicamento con un coste elevado que iba a consumir una gran parte del presupuesto destinado a sanidad, el perfil de los enfermos era uno específico. Individuos jóvenes que no habían contribuido con su trabajo e impuestos y que ahora iban a beneficiarse del tratamiento. No existe por parte del Estado una obligación en justicia de proporcionar el tratamiento para este tipo de enfermos (recordemos el pensamiento de Nozick). En el otro extremo se situaban quienes entendían que se debería primar a los más desfavorecidos, pues entre otras cosas, los hábitos de consumo de drogas también se adquieren en una sociedad determinada¹⁰⁷⁴ (de acuerdo con el principio de justicia rawlsiano). Son dos concepciones diferentes de justicia, y nuestra sociedad ha optado por la segunda. Es gráfico que, en el caso particular que hemos comentado, una Resolución aprobada hace menos de un año incluye dentro del copago a los medicamentos de dispensación ambulatoria en el hospital y deje fuera a los antirretrovirales¹⁰⁷⁵.

En todo caso se hace necesario replantear la propia concepción del derecho a la asistencia sanitaria tal y como se encontró configurado en sus inicios. La defensa de un derecho a la asistencia sanitaria de carácter universal debe ser respaldada por la existencia de un Estado que garantice una cobertura sanitaria mínima, sin que ello impida a los individuos que libremente decidan sufragarse de manera autónoma mayores prestaciones sanitarias. El Estado de Bienestar es uno de los progresos más

¹⁰⁷³ BARONA, J. L., “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar”..., op. cit., p. 32.

¹⁰⁷⁴ COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 64. Sobre este asunto puede consultarse FERRER, J.J., *Sida y bioética: de la autonomía a la justicia*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1997.

¹⁰⁷⁵ Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario, BOE núm. 225, de 19 de septiembre.

notables del siglo XX. Uno de sus pilares son los sistemas sanitarios públicos que se justifican básicamente por razones de equidad, aunque en algunos casos también puede esgrimirse alguna razón de eficiencia, como luego veremos. Por otra parte consideramos que la asistencia sanitaria no puede considerarse “un servicio más”, sino que se trata de un bien especial que no puede ser sometido a las reglas de mercado como el resto de bienes. Los niveles de bienestar y muchas de nuestras opciones vivenciales van a depender de nuestra salud y del acceso que tengamos a una asistencia sanitaria adecuada¹⁰⁷⁶.

En este sentido, vamos a plantear diversos elementos novedosos que en cierto modo han remodelado los contornos del derecho a la asistencia sanitaria como principio de justicia distributiva. Por una parte veremos la “deshospitalización” de la atención sanitaria como pieza esencial para disminuir los elevados costes sanitarios de la tecnificación de la medicina pero, por otra, habrá que buscar unos mayores niveles de igualdad entre los miembros de la comunidad. Trataremos una nueva concepción de medicina y de asistencia sanitaria denominada “medicina sostenible” que equilibre de modo adecuado un uso de las tecnologías sanitarias con la satisfacción de los derechos de los pacientes de modo coherente. Esta nueva noción guarda estrecha relación con la introducción de los factores económicos en el ámbito sanitario que pueden ser contemplados tanto desde una perspectiva macroeconómica (con la priorización de necesidades de salud y la instauración de políticas sanitarias) como microeconómica (o asignación individual de recursos escasos). Todos estos elementos giran en torno a una pieza esencial: el paciente, del que trataremos en la última parte de esta obra.

1.2.1. *La “deshospitalización” de la atención sanitaria.*

Mientras la crisis económica de 1973 aún latía, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocaron la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en 1978. Este sería uno de los acontecimientos políticos de salud internacional más importantes de la década de los años setenta.

No obstante unos años antes, en 1974 se presentaba en Canadá un informe titulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” (*Nouvelle perspective de la*

¹⁰⁷⁶ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 28.

santé des canadiens, un document de travail) más conocido por *Informe Lalonde*, debido a la autoría del mismo por Marc Lalonde, el ministro canadiense de Salud y Bienestar Nacional. Dicho informe es considerado como el “primer documento del gobierno occidental del mundo moderno que reconoce que nuestro sistema tradicional de atención de la salud es erróneo, y que hay que mirar más allá del tradicional sistema de cuidado de enfermos si queremos mejorar la salud de la población”¹⁰⁷⁷. Esto significa que reconocía que las intervenciones biomédicas (servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos...) no eran los principales responsables para el bienestar individual y la mejora del nivel del estado de salud de la población. En este sentido establece el concepto “campo de la salud” que se considera compuesto por cuatro campos interdependientes que de un modo u otro van a influir en la salud de los individuos¹⁰⁷⁸. En definitiva se considera que dicho informe ha dado lugar al desarrollo y evolución de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, puntos esenciales dentro de la atención primaria de salud.

Volviendo a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata celebrada en 1978, la salud fue asumida como un derecho humano, ratificando la definición de salud de 1946¹⁰⁷⁹. Así, en su punto I declara:

“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización

¹⁰⁷⁷ HANCOCK, T., “Beyond Health Care: From Public Health Policy to Healthy Public Policy”, *Canadian Journal of Public Health*, Supplement One, Vol. 76, May/June 1985, p. 9-11.

¹⁰⁷⁸ A partir de los estudios sobre la situación sanitaria en Inglaterra por el Dr. Thomas McKeown durante el siglo XVIII, Lalonde establece los cuatro campos de salud responsables de la salud individual: Entorno (aspectos externos al cuerpo humano como el medio ambiente físico y social); Biología (aspectos genéticos); el Estilo de vida (incluye la alimentación, la actividad física, el abuso o no de sustancias tóxicas) y por último la organización de atención de la salud (la dotación hospitalaria, los servicios públicos de salud..., es decir, la organización y dotación de la atención en salud). Lalonde realiza un estudio de las causas principales de mortalidad en la población destacando la importancia de las enfermedades cardio-vasculares debidas al factor “estilo de vida”. (LALONDE, M., *Nouvelle perspective de la santé des canadiens, un document de travail*, Gouvernement du Canadá, Ottawa, 1974, pp. 40-ss.)

¹⁰⁷⁹ BAUM, F., “¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI”, *Medicina social*, 2007, vol. 2, no 1, pp. 37-46. Tal y como reconoce la propia OMS, la definición de salud de 1946 no ha sido eliminada desde entonces. En la página web de la OMS, disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> (Última visita: 11/03/14).

exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud”¹⁰⁸⁰

Llama la atención la lectura de este precepto ya que, como hemos comentado la promulgación de este informe es coetáneo con la grave crisis económica de 1973. Las críticas al keynesianismo llevaban implícitas profundas censuras a la política del bienestar. Y este precepto parecía consolidar nuevamente la defensa de la “política benefactora”¹⁰⁸¹. No obstante, más adelante la situación se aclara enormemente:

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”¹⁰⁸².

Este precepto sí apunta novedades importantes respecto a la definición de 1946. Los puntos esenciales son dos: por una parte la equiparación del término salud a “productividad”. El término “completo bienestar” ha sido atemperado al equiparar la salud a “fuerza productiva”, si se me permite la expresión, al más puro estilo marxista. Por otra parte, es evidente que el texto evidencia la importancia que ostenta la atención primaria para el logro de la salud de los individuos¹⁰⁸³. Y no sólo en la declaración en sí, sino en todo el informe resultante de la conferencia a lo largo del mismo, puede

¹⁰⁸⁰ Punto I, Organización Mundial de la Salud, “Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud”, *Serie Salud Para Todos*, N° 1, Ginebra, 1978.

¹⁰⁸¹ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 74.

¹⁰⁸² Punto V, Organización Mundial de la Salud, “Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud”..., op. cit., p. 5

¹⁰⁸³ El SNS se organiza en tres niveles asistenciales: por una parte la Atención Primaria (engloba la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria); la Atención Especializada (actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, educación para la salud...en consultas, hospitalización...) y la Atención Socio sanitaria (cuidado de enfermos generalmente crónicos que pueden beneficiarse de servicios sanitarios y sociales y comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria de convalecencia y la rehabilitación de pacientes). (Arts. 12, 13 y 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 128 de 29 de mayo de 2003).

observarse el espíritu defensor de la atención primaria de salud tal y como su título indica. En este sentido la define como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo (...) forma parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal”¹⁰⁸⁴.

El propósito de esta declaración y que constituyó su emblema fue “Salud para Todos en el Año 2000” y que no pudo materializarse. El eslogan se ha convertido en la recomendación más importante de la OMS y en la principal meta social de los gobiernos a nivel mundial. La Declaración también inspiró el “Movimiento de Salud de los Pueblos” (*People’s Health Movement*) y dos Asambleas de Salud de los Pueblos (*People’s Health Assembly*)¹⁰⁸⁵. En el 25 aniversario de la Declaración de Alma-Ata la OMS y la Organización Panamericana de Salud realizaron una conmemoración especial con el fin de renovar el compromiso con la atención primaria de salud, una herramienta esencial para lograr la equidad sanitaria. En el Informe del 25º aniversario se recuerda la “importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico” y que la “equidad en salud continúa siendo un objetivo importante para los sistemas de salud y la prestación de servicios de atención sanitaria”¹⁰⁸⁶. El *Informe sobre la salud en el mundo 2013* de la OMS dispone que las intervenciones basadas en la comunidad han permitido reducir tanto las defunciones neonatales, las prenatales, las perinatales y las maternas. Además recuerda el objetivo de la “cobertura sanitaria universal” y la importancia de las “investigaciones en pro de la salud en general que sustentan las investigaciones en pro

¹⁰⁸⁴ Organización Mundial de la Salud, “Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud”..., op. cit., p. 29. Además prevé que “los servicios facilitados por la atención primaria de salud pueden variar de un país a otro y de una comunidad a otra, pero por lo menos, abarcan las siguientes actividades: el fomento de una nutrición apropiada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la asistencia materno infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención de enfermedades endémicas de la localidad y la lucha contra ellas; las enseñanzas relativas a los problemas sanitarios predominantes y a los métodos de prevenirlos y luchar contra ellos; y el tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones habituales”. (Ibíd., p. 61).

¹⁰⁸⁵ BAUM, F., “¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI”..., op. cit., p. 37.

¹⁰⁸⁶ Organización Mundial de la Salud, *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata: 25º aniversario*, 24 de abril de 2003.

de la cobertura sanitaria universal en particular”¹⁰⁸⁷. Así, la OMS establece dos objetivos fundamentales que se encuentran íntimamente vinculados: el logro de la cobertura sanitaria universal (pleno acceso a los servicios de calidad en materia de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y protección contra los riesgos económicos) y la importancia que adquiere la investigación como instrumento para dicho logro. Más en la línea con el Informe Lalonde, en el año 1997, la OMS había adoptado la declaración de la *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud* en Yakarta previendo:

“La promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la misma. Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto a los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos”¹⁰⁸⁸.

Puede observarse que la prevención de las enfermedades o la promoción de la salud son ahora un instrumento de capitalización. Este instrumento es útil para actuar sobre los determinantes de salud que van a incidir en la mejora de las poblaciones. Con este logro se conseguirá una vida productiva útil con el fin de acumular un capital social en los países. Se trata de un modelo novedoso de actuación sanitaria: con él se pretender evitar futuras patologías, futuros ingresos hospitalarios con elevados costes.

Puede observarse que la crisis económica obligó a remodelar el diseño de un nuevo modelo sanitario. Ya vimos que a partir de finales del siglo XVIII el hospital se

¹⁰⁸⁷ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, OMS, Luxemburgo, 2013.

¹⁰⁸⁸ Declaración sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 en Yakarta, Republica de Indonesia. En este sentido establece como requisitos para la salud de las personas elementos muy variados como la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, la alimentación, un ecosistema estable, la justicia social, el respeto de los derechos humanos...pero otros factores como el envejecimiento de la población, la prevalencia de las enfermedades crónicas o los hábitos de vida sedentarios amenazan la salud y el bienestar de las personas. Por eso es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud.

convierte en el centro de curación fundamental y que esta situación se acentúa con la llegada de los avances científicos y tecnológicos, convirtiéndose en el centro de actuaciones. Pues bien, el campo de intervención médico-científica y técnicamente más sofisticada continúa en manos de especialistas que trabajan en grandes hospitales con costes económicos muy elevados. La diferencia reside en que en los últimos años se está tendiendo (o al menos intentando) que éste se conciba como el último nivel del proceso: pasar de un modelo sanitario centrado en el hospital a otro orientado fuera del hospital es tanto como “deshospitalizar” la sanidad. Las necesidades sanitarias de las comunidades suelen ser un 86% de los casos de asistencia primaria, el 12% de asistencia secundaria y sólo el 2% de asistencia terciaria. La máxima rentabilidad se consigue en la atención primaria, mientras que en la terciaria el beneficio económico es mínimo¹⁰⁸⁹. Un sistema sanitario será más justo o la justicia distributiva será más patente cuanto más desarrollado se encuentre el nivel primario, y tanto más injusto e insolidario cuanto lo esté el terciario¹⁰⁹⁰.

Todo apunta a que los esfuerzos de las diferentes naciones deben ordenarse para potenciar tanto la prevención de las enfermedades como la promoción de la salud. En este sentido, podemos traer de nuevo la consideración de Hugo Tristram Engelhardt al hablar del peligro que en nuestra sociedad actual corremos de una “religión laica”. Con este término quiere designar un nuevo puritanismo derivado del empeño en promocionar, de un modo homogéneo, la salud de todos. El afán por la salud, sumado al coste de la prevención de las enfermedades, alimenta una religión laica a favor de determinados comportamientos que se consideran nocivos en la sociedad¹⁰⁹¹. No obstante, vivimos en sociedades democráticas que deben garantizar la libertad de sus miembros, por lo que deberemos de considerar que existen diferentes opiniones sobre cómo afrontar los riesgos, y no puede establecerse un canon absoluto sobre lo que es salud y lo que es bueno. Ya que no existe ese canon de moralidad, el único argumento

¹⁰⁸⁹ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 74. Gracia diferencia entre los tres niveles clásicos de salud, mientras que nuestro SNS como ya hemos visto diferencia entre dos: el de atención primaria y el de especializada, además del denominado de atención sociosanitaria. Digamos que la atención secundaria ha sido absorbida por la especializada, comprendiendo tanto la atención llevada a cabo en las consultas especializadas como en los hospitales; mientras que la primaria ha aumentado sus límites.

¹⁰⁹⁰ BARONA, J. L., “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar”..., op. cit., p. 33; GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., p. 277.

¹⁰⁹¹ ENGELHARDT, H. T., “Salud, medicina y libertad. Una evaluación crítica”..., op. cit., p. 12.

lógico para imponer una idea puede provenir del permiso de los individuos. Por tanto debemos admitir que existen diferentes concepciones de bienestar y opiniones sobre la salud¹⁰⁹². Nos adentramos en el controvertido campo de la “calidad de vida” de cada persona, y eso es un asunto propio y personal que admite gradaciones diferentes según los individuos.

Además de ese especial interés en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, también se tiende en la actualidad a desarrollar cierto tipo de innovaciones en la asistencia sanitaria que tienden a la deshospitalización. Formas novedosas como la Cirugía Mayor Ambulatoria, la Hospitalización a Domicilio o la Alta Resolución ofrecen alternativas a la hospitalización convencional tanto en los aspectos médicos como quirúrgicos evitando ingresos hospitalarios innecesarios. Estas unidades no sólo evitan un consumo de recursos innecesarios, sino que además suponen un beneficio directo para el paciente que evita de este modo complicaciones como las infecciones nosocomiales propias de la hospitalización¹⁰⁹³. En alguna de estas nuevas formas de asistencia, concretamente en la Hospitalización Domiciliaria, se tiende a involucrar a los familiares en la atención directa del enfermo. Se vuelve de este modo a las tradicionales formas de cuidado de los enfermos en el núcleo familiar dentro del propio domicilio¹⁰⁹⁴.

1.2.2. La priorización de las necesidades de salud en el campo sanitario y el establecimiento de políticas sanitarias. La materialización del derecho a la asistencia sanitaria.

El derecho a la asistencia sanitaria es una conquista social de los Estados Democráticos de Derecho. No obstante, las circunstancias desde su instauración hasta la actualidad han cambiado radicalmente. Determinados factores han contribuido a complicar esta situación haciendo peligrar en cierto sentido la propia equidad o el pretendido derecho a una asistencia sanitaria o cuidado de la salud. Así según Daniel Callahan, cuando los sistemas occidentales de asistencia sanitaria universales e igualitarios fueron desarrollados al final de la Segunda Guerra Mundial existían una

¹⁰⁹² *Ibíd.*, pp. 27-28.

¹⁰⁹³ MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, *REDUCA*, 2009, Vol. 1, No 1, pp. 19-39.

¹⁰⁹⁴ MINARDI MITRE, R., et al, “La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud”, *Rev Panam Salud Pública*, 2002, Vol. 11, pp. 253-61.

serie de circunstancias sorprendentemente favorables para su materialización¹⁰⁹⁵. Callahan enumera hasta cuatro condiciones que hicieron sumamente propicia la instauración de los sistemas universales de cuidado de la salud. En primer lugar resaltaba el hecho de la pobreza comparativa: los individuos entendían que los sistemas de salud eran limitados y que se hacía necesario racionar. Por otra parte, en esa época aún no existían los derechos de los pacientes tal y como hemos descrito materializados en la fórmula del consentimiento informado. La relación entre el médico y el enfermo se fundamentaba en el paternalismo: los médicos ponían las reglas y tomaban las decisiones, y no había lugar a posibles demandas o reivindicaciones por parte de los pacientes, sumándose el hecho de la escasa o nula información pública. La tercera condición favorable para que dicha asistencia sanitaria universal se generalizase fue que la medicina disponible era de una calidad comparativamente baja. Los individuos no esperaban aún milagros por parte de la medicina ni tampoco los exigían. Por último, también existía una aceptación mucho mayor del papel que los gobiernos llevaban a cabo en la materialización de los sistemas de asistencia sanitaria. “El impulso a la igualdad fue una fuerza poderosa detrás de los sistemas de cuidados de salud europeos de la postguerra, pero había mucho menor inclinación a la calidad y ninguna hacia los derechos de los pacientes. Si bien esta combinación sirvió de modo adecuado a la igualdad, la combinación actual de desarrollos sociales parece llevarnos en dirección opuesta”¹⁰⁹⁶. Así, la mejora de la calidad asistencial y en el tratamiento médico se ha objetivado como una actuación tendente a reducir las complicaciones y los efectos adversos¹⁰⁹⁷. Por otra parte, se ha constituido en una nueva demanda por parte de los pacientes. No obstante dichas demandas no pueden ser satisfechas de un modo ilimitado y más teniendo en cuenta que los recursos con los que contamos son escasos. En condiciones de escasez los dilemas son de primer nivel (macrodistribución): hay que determinar cuánto de algo debe haber, es decir, qué producir. La pregunta esencial es si todos los ciudadanos deben recibir la asistencia sanitaria que precisen, con qué alcance

¹⁰⁹⁵ CALLAHAN, D., “La inevitable tensión entre la Igualdad, la Calidad y los Derechos de los Pacientes”, en LOLAS STEPKE, F. (editor), *Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos*; Serie Publicaciones, Programa Regional de Bioética, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Panamá, 2000, pp. 91-101.

¹⁰⁹⁶ *Ibidem*, p. 93.

¹⁰⁹⁷ PEIRÓ, S., ARTELLS, J. J., MENEU, R., “Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud”, *Gaceta Sanitaria*, 2011, vol. 25, No 2, pp. 95-105.

y por qué razones¹⁰⁹⁸. Entran en juego términos como una adecuada distribución de los recursos, criterios como la eficacia y la eficiencia y la priorización de las necesidades de la salud. Los derechos de los enfermos, en lo que respecta al “derecho a la asistencia sanitaria”, se relativizan en aras del interés común. Naturalmente, esta elección tiene una base económica, pero la eficiencia no hace desaparecer los conflictos morales, ni ella está libre de valores. Si optamos por priorizar un determinado tratamiento barato y muy eficaz para una mayoría de enfermos frente a otro más caro, menos eficaz y cuyo beneficio se destina a una población minoritaria, estamos siendo claramente eficientes. Pero si dicho tratamiento rechazado es el único con cierta eficacia para ese grupo de personas, estaremos realizando un elección moral: hemos optado por el bienestar de unos enfermos (la mayoría) en lugar del bienestar de otros (la minoría). Así, en aras de la eficiencia asumimos una elección social que quizás sea justa o injusta¹⁰⁹⁹.

La medicina tradicional siempre ha dejado fuera de su ámbito la evaluación de los factores económicos. Incluso se llegó a considerar que estas cuestiones eran opuestas al buen ejercicio de la medicina¹¹⁰⁰. No obstante, en la actualidad (pese a las reticencias que aun demuestran los profesionales sanitarios) esta afirmación es insostenible. Esto significa principalmente que sobre el derecho a la asistencia sanitaria es perentorio establecer ciertos límites. En el momento en que la asistencia sanitaria se ha conformado como un derecho humano exigible ante el Estado, la introducción de factores como la eficacia y la eficiencia ha constituido un hecho evidente. Esta situación ha sido potenciada por dos hechos relevantes: por una parte el desarrollo cada vez mayor de la tecnología científica, que ha evidenciado que puede gastarse casi ilimitadamente en el perfeccionamiento y la innovación de la ciencia médica. Por otra parte, y como consecuencia de la primera circunstancia, en los últimos años se ha constatado un envejecimiento y aumento de las enfermedades crónicas de la población que de un modo u otro han contribuido al favorecimiento de un mayor gasto público. ¿Cuál es la solución ante semejante situación?

¹⁰⁹⁸ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 265.

¹⁰⁹⁹ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, *Cuaderno de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*, “Libertad y Salud”, N°18, Barcelona, 2009, pp. 29-49.

¹¹⁰⁰ COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 61.

Parece que en la actualidad se parte de la defensa de financiar aquellas actividades que a menor coste produzcan mayor beneficio, y no son exigibles en justicia prestaciones que tengan una baja relación coste/beneficio¹¹⁰¹. No obstante en el ámbito sanitario debemos ser sumamente cautelosos a la hora de aplicar de modo estricto criterios económicos como la eficacia o la eficiencia para racionalizar los gastos. Aunque los economistas afirmen que su ciencia puede ser la indicada para lograr establecer prioridades respecto al gasto sanitario y de asignación de recursos, tales opciones no pueden ser realizadas sin tener en cuenta algunas consideraciones éticas. El criterio de eficiencia (o punto de vista de los economistas) y el criterio de equidad (que es el que mantienen los clínicos) tienen que ser complementarios¹¹⁰². Por supuesto que esta tarea ni es fácil ni es incontrovertida, en el sentido de que las diferentes naciones pueden tener diferentes consideraciones al respecto. En el momento que las necesidades de salud son ilimitadas y nos encontramos con una serie de recursos escasos, es obvio que precisamos establecer unas normas de reparto. El dilema principal se concentra en torno a la pregunta de si todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago deben recibir una asistencia sanitaria. Una vez alcanzada la satisfacción del derecho a la asistencia sanitaria por parte de los Estados Democráticos de Derecho, es difícil retroceder y prescindir de dicho logro. Lo que no obsta para que dicha materialización sea una garantía limitada. Lo que defendemos es que cada Estado debe garantizar un derecho universal a disponer de una asistencia sanitaria básica¹¹⁰³, debe procurar un mínimo para todos por igual (conocido como *decent minimum*). Se trata de aquel mínimo decente de prestaciones o paquete básico al que se debe poder acceder en una absoluta igualdad de oportunidades¹¹⁰⁴. ¿Y cuál es ese nivel mínimo? De lo que se trata es de lograr que todos puedan satisfacer una necesidad básica de modo igualitario y sostenible, pero debe tratarse de una “igualación suficiente o apropiada”, no una “igualación por lo bajo” que dejaría fuera a muchos individuos y patologías; pero tampoco una “igualación por lo alto”, que no resultaría viable dada la escasez de

¹¹⁰¹ Ibídem, p. 64.

¹¹⁰² MOONEY, G. H., “Cost-benefit analysis and medical ethics”, *Journal of medical ethics*, 1980, vol. 6, No 4, pp. 177-179.

¹¹⁰³ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 265.

¹¹⁰⁴ COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 65.

recursos¹¹⁰⁵. Debido a que esta solución no tiene una respuesta absoluta los diferentes países han establecido diferentes propuestas en el establecimiento de prioridades sanitarias. En el fondo de dichas políticas subyace la decisión sobre qué problemas de salud son los más relevantes para la sociedad y cuáles son las tecnologías sanitarias más eficientes en términos de coste-efectividad. El método tradicionalmente más utilizado en la evaluación económica de los programas sanitarios es el ACE (análisis coste-efectividad) que prioriza las intervenciones médicas en función del impacto que éstas tienen sobre la salud de la población¹¹⁰⁶.

El establecimiento de prioridades en salud y servicios sanitarios es un proceso complejo eminentemente político que no depende en exclusivo de factores clínicos o epidemiológicos, sino que interfieren múltiples circunstancias como son las demandas sociales y la situación económica. En primer lugar, como criterios de priorización a la hora de adoptar una decisión en el ámbito sanitario se tienen en cuenta los *valores* del proceso de priorización. En el estudio sobre la identificación y priorización de las necesidades de salud realizado por José Asoa y Jorge Taboada, perteneciente a la Red IRYSS del año 2005¹¹⁰⁷, incluyen dentro de estos valores el principio de la dignidad humana; la solidaridad; el coste-efectividad; el valor para la sociedad; el valor individual; la justicia, la legitimidad y la aceptabilidad; la equidad; la accesibilidad; la democracia; la cobertura universal y la protección de los colectivos especiales. Por otra parte, además de los valores en el establecimiento de prioridades de las necesidades de salud también se toman en consideración los denominados *criterios de priorización*. Dentro de éstos se incluyen los elementos: la magnitud, la efectividad, la eficiencia, la gravedad y la calidad. En dicho estudio se realiza un análisis comparativo entre distintos países (Noruega, Suecia, Oregón, Países Bajos, Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda y Dinamarca) destacando dentro de los valores la “cobertura universal” (en cuatro de los ocho países citados) y la “equidad” (en similar número). En lo que atañe a los criterios, junto con la “efectividad” y la “eficiencia”, presentes en la práctica totalidad de los

¹¹⁰⁵ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 168.

¹¹⁰⁶ MÍGUEZ, E., “El establecimiento de prioridades en sanidad”, *Actas de XXI Jornadas de Economía de la Salud*, Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Vigo, Vigo, 2001.

¹¹⁰⁷ ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, *Línea*, Vol. 1, Red de investigación de resultados en salud y servicios sanitarios (IRYSS), 2005. Disponible en: <http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/pdf/priorinecersec.pdf>. (Última visita: 10/04/14).

casos (en seis de los ocho países citados), también emergen la “gravedad”, la “magnitud” y la “calidad”. Una vez definidos los criterios y los valores es necesario adoptar criterios de priorización, siendo el instrumento de planificación sanitaria más utilizado en España el Método de Hanlon¹¹⁰⁸. Dicho método consiste en combinar los valores asignados a cuatro componentes del problema (su magnitud (A), su gravedad (B), la eficacia o resolubilidad (C) y la factibilidad del programa (D) para calcular según una fórmula la puntuación de prioridad¹¹⁰⁹. La importancia relativa atribuida a cada componente se reflejará en su correspondiente escala de medida y en las ponderaciones que, en su caso, se introduzcan en la fórmula, permitiendo ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de sus componentes. Dichos valores se establecerán por consenso del grupo encargado de realizar las prioridades y deberá ser la primera tarea a realizar¹¹¹⁰. Así, con los resultados obtenidos de la aplicación de dichas metodologías de priorización, los diferentes países desarrollan sus respectivos planes de salud. Veamos concretamente los de Noruega, Oregón y Holanda.

El primer país del mundo en realizar un plan de establecimiento de prioridades en salud fue Noruega en el año 1987 mediante el denominado informe “Lønning I” que debe su nombre al coordinador del grupo, profesor de Teología en la Universidad de Oslo, Inge Lønning. En 1997 apareció un segundo informe conocido como “Lønning II” que tenía como fin recoger las diferentes experiencias y propuestas de priorización que se habían realizado en otras partes del mundo y se compararon con el modelo noruego de 1987. Este segundo informe formuló las intervenciones que debieran de priorizarse de la siguiente manera: 1. Servicios básicos de salud en base a criterios de gravedad de

¹¹⁰⁸ En España Cataluña, Murcia y Valencia recurren al método Hanlon. (SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I.; ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M.; MARTÍNEZ PÉREZ, J. E., “¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008”, *Gaceta Sanitaria*, 2008, vol. 22, p. 126-136).

¹¹⁰⁹ El componente A (magnitud) se refiere al número de personas afectadas en relación con la población total; el B (severidad del problema) tiene en cuenta elementos variados como las tasas de mortalidad, morbilidad, incapacidad y los costes que produce la enfermedad; el C (eficacia) se refiere a la posibilidad de modificar el problema con los recursos y tecnologías actuales y el D (factibilidad del programa) propone un grupo de factores que determinan si un programa puede ser aplicado. (ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, op. cit., pp. 29-30).

¹¹¹⁰ Los problemas son valorados según los resultados obtenidos a partir de la siguiente fórmula. Puntuación de prioridad= (A+B) C x D. (ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, op. cit., p. 28; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I.; ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M.; MARTÍNEZ PÉREZ, J. E., “¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud?...”, op. cit., p. 128).

la enfermedad y que deberían de ser cubiertos por completo por el sistema público; 2. Servicios adicionales de salud que englobaría enfermedades menos graves que se cubrirían siempre que fuera posible; 3. Servicios “borderline” o de baja prioridad que se cubrirían siempre que quedasen recursos después de que las anteriores categorías estuviesen cubiertas y 4. No prioritarios y fuera del sistema de financiación¹¹¹¹.

En 1989, la Oregon Legislature creó el “Plan de Salud de Oregon” (*Oregon Health Plan, OHP*) para remediar el problema de la falta de acceso a la sanidad que padecía una parte importante de la población. Se pretendía conseguir que el presupuesto ya limitado del *Medicaid* atendiese a un mayor número de ciudadanos pobres¹¹¹². En el momento de poner en marcha esta iniciativa, aproximadamente el 16% de la población de Oregon se encontraba sin cobertura sanitaria. Como se pretendía que se alcanzase a un mayor número de población pero sin incrementar el presupuesto, la única alternativa posible era la de reducir el número de prestaciones a los beneficiarios del mismo. Para decidir qué prestaciones se incluirían en el paquete básico se realizó una lista de prioridades calculando la relación coste/beneficio de cada procedimiento. No obstante, dicha lista llegó a resultados difícilmente aceptables, como que un empaste de muelas resulta más rentable que una intervención quirúrgica de apendicitis o la preferencia por financiar a los enfermos que precisaban una silla de ruedas por delante de los que se encontraban en coma¹¹¹³. Así, el criterio coste/beneficio fue complementado con la ordenación en 17 categorías de los servicios sanitarios en base a una serie de valores agrupados en tres atributos: servicios esenciales (apendicectomía, cuidados de maternidad, inmunizaciones en la infancia, terapia para el asma bronquial,...etc.), servicios muy importantes (tratamiento de la fiebre reumática, vaginitis, tiroiditis aguda,...etc.) y servicios de valor solo para ciertos individuos (tratamiento para la conjuntivitis aguda, infertilidad, etc.)¹¹¹⁴. Posteriormente se realizó una consulta a la

¹¹¹¹ ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, op. cit., pp. 6-8.

¹¹¹² Las causas por las que dichas personas carecían de cobertura sanitaria eran básicamente tres: el historial médico catalogaba a algunas personas como de “alto riesgo” por lo que eran excluidas del seguro médico; empleados en empresas con escasos recursos económicos por lo que el empleador no contrataba el seguro para sus trabajadores y por último, había un segmento cada vez mayor de población que vivía por debajo del umbral de la pobreza y que dependía de la atención pública. (ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, op. cit., p. 12).

¹¹¹³ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 40.

¹¹¹⁴ Así, las categorías 1 a 9 englobarían aquellas intervenciones dirigidas a conservar la vida, la atención al embarazo, cuidados preventivos de niños y adultos, servicios de reproducción y cuidados paliativos de enfermos terminales; las categorías del 10 al 13 incluyen los servicios

población de Oregón lo que permitió elaborar una segunda lista de los diversos procedimientos en función de su valoración social¹¹¹⁵. El programa que se utilizó en Oregón para el establecimiento de prioridades de tratamientos sanitarios fue el fundamentado en la fórmula del AVAC, que veremos en el siguiente epígrafe. Se trata de un criterio utilitarista fundamentado en el peso otorgado a la calidad de vida que, aunque aparentemente proporciona claridad y eficiencia, también plantea importantes problemas éticos.

Holanda persigue que todos los ciudadanos tengan acceso a la asistencia sanitaria. En 1990 creó el Comité Holandés de Decisiones para la Atención Sanitaria, conocido como “Comité Dunning” en honor a su coordinador. En 1991 vio la luz este Informe en el que se precisaba los servicios sanitarios que deberían estar dentro de un paquete básico de prestaciones y que debían de cumplir cuatro criterios: ser un servicio necesario desde el punto de vista de la comunidad, ser efectivo, ser eficiente y determinar si la financiación puede o no dejarse a la responsabilidad individual. El informe se guiaba por tres principios básicos: a) es más justo asegurar los cuidados necesarios para toda la población que permitir que sólo una minoría tenga acceso a los servicios médicos; b) la elección debe ser explícita y pública, evitando así cualquier racionamiento implícito; c) los valores sociales deben combinarse con la opinión de profesionales y expertos¹¹¹⁶. Así, partieron del presupuesto de que todo aquel que necesite asistencia sanitaria, debe poder obtenerla porque es un bien de la comunidad, y el acceso a ese bien debe depender no de la demanda sino de las necesidades. De ahí surgió el escabroso problema de definir “necesidad de salud”, que se entendió como “la capacidad de funcionar con normalidad”. Por su parte, dicho “funcionamiento normal” puede enfocarse desde tres puntos de vista: el individual, el de la profesión y el de la comunidad. Este último deberá de regir siempre las decisiones de política sanitaria y primar sobre los otros dos. A esta decisión se le aplicaban los criterios de selección

que se ocupan de enfermedades no mortales donde la recuperación parcial y total y el tratamiento mejorarán la calidad de vida y por último, de las categorías 14 a la 17 se encuentran aquellos servicios para enfermedades no mortales donde el tratamiento puede acelerar la recuperación, servicios de infertilidad y para aquellos intervenciones que pueden mejorar algo la calidad de vida. (COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 69; ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, op. cit., pp. 15-16).

¹¹¹⁵ COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 69.

¹¹¹⁶ ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, op. cit., p. 18.

antes citados (asistencia necesaria, efectiva, eficiente y no pueda dejarse a la responsabilidad individual). A modo de ejemplo se cita la fecundación *in vitro* que en principio se excluiría ya que no pone en peligro el funcionamiento normal de la comunidad, su efectividad no es grande en términos absolutos y su eficiencia depende del número de centros que la realizan. Aunque se trate de un tratamiento caro que no puede ser pagado por la mayoría de la gente, se consideró que la capacidad de tener hijos no era un derecho o al menos que ni los intereses ni las normas y valores de la sociedad justifiquen una solidaridad obligatoria de este tipo. Por tanto, la fecundación *in vitro* no se incluyó en el paquete básico¹¹¹⁷.

Los autores han evidenciado que en España en lugar de producirse debates públicos tan sólidos se han llevado a cabo la reformulación de criterios explícitos y la revisión del catálogo de prestaciones¹¹¹⁸. No obstante, a comienzos de la década de los noventa todas las comunidades autónomas aprobaron sus primeros planes de salud con una duración variable y con diferencias en el nivel de planificación así como en las materias abordadas¹¹¹⁹. En general, los planes asumen las nuevas orientaciones que la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la salud formula en su documento “Salud para todos en el siglo XXI”¹¹²⁰. La publicación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de *medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones* supone la posibilidad de volver a plantearnos algunas de las cuestiones centrales del Sistema Nacional de

¹¹¹⁷ COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., pp. 66-67; PALOMAR OLMEDA, A.; LARIOS RISCO, D.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.; *La reforma sanitaria*, Aranzadi, Madrid, 2012, p. 22.

¹¹¹⁸ *Ibidem*, p. 65.

¹¹¹⁹ En este sentido pueden citarse: Parlamento de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Aprobado por la Comisión de Sanidad el 28/02/07; Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Plan de Salud para Asturias 2004-2007. La salud como horizonte; Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007; Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Plan de Salud de Canarias 2004-2008; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estrategias de Salud para el año 2010. Plan de Salud de Cataluña; Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Plan de Saúde 2006/2010; Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2003-2007.

¹¹²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION, “The Health for All policy framework for the WHO European Region”, *European Health for All Series*, N° 7. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I.; ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M.; MARTÍNEZ PÉREZ, J. E., “¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud?...”, op. cit., p. 130.

Salud¹¹²¹. Aunque en España la universalización del sistema sanitario supuso un gran progreso en aras de la igualdad y solidaridad sociales, quizás se hizo sin demasiada contención y sin una visión global del sistema. Con el incremento exponencial del gasto sanitario y cuando la crisis económica hace mella en el ámbito de la sociedad española, la sanidad se encontraba en el peor de los escenarios posibles. La justificación de la reforma estaba servida: la sostenibilidad. Así, dentro de las medidas que el Gobierno plantea se encuentran en el campo que nos atañe tres elementos esenciales: En primer lugar la modificación de la condición subjetiva del titular del derecho a la asistencia sanitaria con la delimitación de los derechos de los extranjeros y del conjunto de personas que no estén en el ámbito de las relaciones laborales o vinculados con éstas. En segundo lugar la reconfiguración de la cartera de servicios y la articulación de la misma sobre la base de su conformación material y la vinculación obligatoria o no a determinados servicios. El tercer punto se refiere a las medidas de reforma en el ámbito de la prestación sanitaria y la forma en la que los ciudadanos tienen que afrontar el pago de las mismas, concretamente, la prestación farmacéutica¹¹²².

No es éste el lugar de enjuiciamiento de la citada reforma sanitaria, aunque existen críticas de la técnica del “racionamiento”: “El racionamiento actual parece más una consecuencia de las concesiones políticas a las fuerzas económicas que de la situación real de los recursos disponibles”¹¹²³. En todo caso la argumentación de que la falta de recursos económicos es una de las razones por las cuales el pretendido derecho a la asistencia sanitaria puede verse, si no suprimido, si al menos removido. No interviene la voluntad del paciente, sino únicamente los criterios de distribución de recursos escasos. Por tanto hay dos razones moralmente aceptables para racionar los recursos escasos: por una parte, los recursos pueden ser empíricamente insuficientes. Los recursos pueden ser suficientes para cubrir todas las necesidades sanitarias, pero no para satisfacer el conjunto de necesidades de la población, de manera que la salud tiene que competir con otros bienes que son necesarios para la sociedad como la educación, la defensa, las

¹¹²¹ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones, BOE núm. 98 de 24 de Abril de 2012.

¹¹²² PALOMAR OLMEDA, A.; LARIOS RISCO, D.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.; *La reforma sanitaria...*, op. cit. p. 23.

¹¹²³ PUYOL, À., “Igualitarismo y distribución de recursos sanitarios”, *FRC, Revista de la Fundación Rafael Campalans*, No 9, Barcelona, 2004.

infraestructuras..., con el fin de conseguir los recursos escasos¹¹²⁴. No hay duda de que los recursos económicos son limitados y que debe disponerse del modo que resulten lo más beneficiosos para el conjunto de los seres humanos. El problema es que normalmente se beneficia a la “generalidad” en detrimento de la “particularidad”. Los criterios de eficacia, eficiencia y efectividad son fundamentales a la hora de distribuir recursos y establecer catálogos de prestaciones. Los recursos, especialmente si son públicos, no pueden distribuirse de modo ineficaz, ineficiente o inefectivo ya que sería claramente injusto¹¹²⁵. El problema es dónde poner los límites y establecer las delimitaciones, pero nadie dijo que fuera a ser tarea fácil. Además de los procedimientos a nivel general mediante los procesos de planificación de objetivos de salud y áreas de intervención prioritarias o la incorporación de medidas de reestructuración también puede ordenarse la distribución a nivel individual de cada paciente. En dicha visión puede observarse con mayor claridad su repercusión en el derecho del paciente a su asistencia sanitaria y a ello nos dedicaremos en el siguiente epígrafe.

1.2.3. *Los dilemas de segundo nivel en la asistencia sanitaria: la asignación individual de la prestación sanitaria.*

En lo que respecta al establecimiento de prioridades denominadas de “segundo nivel” o “nivel de microdistribución” debemos centrarnos en la asignación de un bien que es escaso (la prestación sanitaria) a un individuo determinado entre los potenciales candidatos a obtenerlo. Aunque cada paciente tiene derecho a un trato que resulta incuestionable en el curso de su enfermedad (información, comunicación, dignidad e intimidad), para llegar a acceder a él se ha debido realizar una previa ponderación, aunque ésta no sea observada de modo inmediato¹¹²⁶. Veamos cuáles son los principales criterios éticos de asignación de los recursos sanitarios o criterios de prioridad

¹¹²⁴ *Ibíd.*, p. 1.

¹¹²⁵ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...*, op. cit., p. 331.

¹¹²⁶ Una determinada persona que acude a un servicio de urgencias aquejada de un dolor abdominal quizás ha sido valorada de inmediato a través de una ecografía abdominal para diagnosticar una apendicitis aguda o quizás haya sido dada de alta ya que en su analítica no se evidenciaban signos de leucocitosis. La petición (o no) de dicha ecografía puede depender de muchos de los criterios de los que ahora vamos a tratar.

sanitaria¹¹²⁷. Una cosa son los *derechos* del paciente en la relación sanitaria y otra muy diferente es la materialización del *derecho a esa asistencia sanitaria*.

Pese a su simpleza, el criterio del orden de llegada ilustra el viejo adagio latino *prior in tempore potior in iure* referido al orden de prelación en los derechos de crédito, que parece de sentido común o de justicia natural. Se trata de la idea de que el primero en llegar es el primero en ser atendido¹¹²⁸. Sus ventajas son fácilmente identificables: es imparcial, puesto que la prioridad parece recaer en el azar o en la lotería, lo que lleva a pensar que no existe favoritismo de ningún tipo. No ofrece problemas de cálculo ya que es fácil constatar el orden de llegada. Además se trata de un criterio tradicional y por este motivo bien aceptado por la ciudadanía¹¹²⁹. Entre los años 1988 y 1991 Suecia abrió un amplio debate público sobre la sanidad con el fin de que la población tomara conciencia de la complejidad que entrañaba el proceso de identificación de necesidades sanitarias, atención de las demandas, gestión de los recursos y asignación de la financiación¹¹³⁰. En el informe final resultante se rechazaron algunos principios a aplicar en la priorización de recursos, estando entre ellos el principio de la lotería. Su exclusión se argumentó sobre la base de que entraba en conflicto con los principios de la necesidad y la solidaridad, pero se constató que gran parte de la población lo consideraba correcto¹¹³¹. Por otra parte, el tiempo de “hacer cola” también se considera como un “generador de merecimiento”, una medida de la “necesidad del bien” al que se aspira o un “contrapeso para evitar que los ricos puedan acceder con mayor facilidad” (en microeconomía suele afirmarse que para obtener un servicio o mercancía, o bien se paga o bien se espera)¹¹³². No obstante, sus problemas también son evidentes: el principal es que en ocasiones el primero que llega no es el enfermo más grave, el que

¹¹²⁷ Aunque Ángel Puyol lo aplique en el campo de las listas de espera, los criterios que el autor expone pueden extrapolarse a la distribución de los servicios sanitarios en general, como por ejemplo el acceso de un órgano para trasplante o la atención en las urgencias hospitalarias. (PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., pp. 35-46).

¹¹²⁸ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 267.

¹¹²⁹ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 35.

¹¹³⁰ ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, op. cit., pp. 10-12.

¹¹³¹ Junto al principio de lotería fueron rechazados el de beneficio del mayor número (postura clásicamente defendida por el utilitarismo) y el de la demanda (que señala que los recursos deben ser dirigidos a las áreas de mayor demanda). (COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 68).

¹¹³² DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., pp. 268-269.

padece mayor sufrimiento o el que tiene mayor necesidad. También puede perjudicarse a aquellos pacientes que por diversos motivos (culturales, ocupacionales..., etc.) no acceden “los primeros a la cola”. Por tanto, el criterio del orden de llegada debería estar matizado por otros criterios que puedan complementar o sustituir el mero azar en el acceso a la atención médica¹¹³³.

Así, junto al orden de llegada, la gravedad del enfermo suele actuar como criterio de prioridad a la hora de disfrutar de una determinada asistencia sanitaria. La idea de que los más graves deben pasar por delante de los demás está profundamente arraigada en todos nosotros¹¹³⁴. No obstante su aparente simpleza, el concepto de gravedad es en muchas ocasiones relativo por diferentes cuestiones. En las grandes catástrofes los primeros evacuados y atendidos son los pacientes más graves, pero también los que tienen claras posibilidades de supervivencia, dejando en segundo término a los enfermos considerados muy graves o moribundos¹¹³⁵. Sin tener que llegar a estas situaciones extremas y centrándonos en nuestro objeto de estudio que son las limitaciones particulares del derecho a la asistencia en base a la limitación de recursos, la medicina no es una ciencia exacta y en muchas ocasiones no se puede discernir con total seguridad quien es el enfermo más grave. El concepto de “gravedad” es relativo dependiendo del punto de vista desde el cual se contemple. Para una persona la atención sanitaria es necesaria para sobrevivir una enfermedad aguda, para otra le vale para paliar un sufrimiento o aliviar un dolor y para otro puede serle útil para prolongarle algún

¹¹³³ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., pp. 35-36. La propia Organización Nacional de Trasplante especifica que los criterios para acceder a un órgano son los criterios territoriales y los criterios clínicos dentro de los que se contemplan la compatibilidad donante/receptor y la gravedad del paciente.

¹¹³⁴ En diversos estudios en los que se ha consultado a los pacientes y ciudadanos en lo que respecta a la priorización en la lista de espera para una intervención quirúrgica éstos han determinado que el dolor y la limitación de la capacidad funcional o la gravedad como criterios a tener en cuenta. Entre otros muchos véase ESCOBAR, A., et al., “Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes”, *Gaceta Sanitaria*, 2005, Vol. 19, No 5, p. 379-385; SAMPIETRO-COLOM, L., et al., “Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos”, *Gaceta Sanitaria*, 2006, Vol. 20, No 5, p. 342-351; BELLMUNT-MONTOYA, S., et al., “Estudio para el establecimiento de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de varices”, *Angiología*, 2008, Vol. 60, No 5, p. 333-345.

¹¹³⁵ “El primer principio fundamental es que mediante el triaje se debe ser capaz de seleccionar al grupo de afectados que, por medio de la intervención sanitaria rápida, puedan salvar su vida, así como diferenciarlos de otro grupo de pacientes de extrema gravedad en los que la asistencia sanitaria no supondrá un beneficio para ellos”. (RODRÍGUEZ, C., *Atención sanitaria inicial a múltiples víctimas: las claves de la medicina de catástrofes*, Ideas propias Editorial SL, 2010).

tiempo su supervivencia. Un anciano con una enfermedad terminal es indudable que está grave pero, ¿sería justo darle prioridad en una cama de cuidados intensivos que prolongaría su vida durante unos días o semanas sobre una persona más joven con una enfermedad también grave pero con mayor probabilidad de supervivencia? La gravedad que es un concepto clínico parece tornarse a criterio ético o de justicia, ¿quién merece más los recursos sanitarios disponibles?¹¹³⁶ De nuevo surge la problemática que plantea Peter Singer de un potencial derrumbe de nuestra ética tradicional: el valor relativo de la vida humana (no todas las vidas humanas poseen el mismo valor)¹¹³⁷ y se trata de una cuestión aparentemente médica o clínica en la que se mezclan criterios éticos o morales. En realidad, los profesionales sanitarios tienden a realizar dicha valoración, al priorizar unos enfermos sobre otros y al no llevar a cabo determinados tratamientos considerados fútiles¹¹³⁸. A esta afirmación se le suma la llamada Regla del Rescate que describe la tendencia innata a “rescatar” aquellas vidas humanas identificables que se hallan en situaciones de peligro inmediato, sin reparar el coste que conlleva dicha acción. Surge la disyuntiva entre la imposición de dicha regla y la aplicación de algunas consideraciones de eficiencia¹¹³⁹. En este sentido, no parece sensato invertir todos los recursos escasos en un moribundo y no hacer nada por mejorar a muchos enfermos que podrían beneficiarse de éstos. Es decir, no es que no debamos desatender al moribundo, pero dedicarle todos los recursos disponibles cuando la eficacia del tratamiento es escasa no parece que resulte la mejor solución ética si esos mismos recursos pueden producir mucho bien sanitario a muchos enfermos¹¹⁴⁰. El ejemplo del ingreso en las unidades de cuidados intensivos de pacientes con patologías crónicas degenerativas que en su fase terminal sufren un episodio agudo es paradigmático. En este supuesto, dicho ingreso no

¹¹³⁶ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 33.

¹¹³⁷ SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional...*, op. cit., pp. 188-ss.

¹¹³⁸ Sobre estos asuntos puede consultarse SIMÓN LORDA, P. et al., “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”, *Revista de calidad asistencial*, 2008, Vol. 23, No 6, p. 271-285.

¹¹³⁹ McKIE, J.; RICHARDSON, J., “The rule of rescue”, *Social science & medicine*, 2003, Vol. 56, No 12, pp. 2407-2419. Dicha regla fue descrita por Albert R. Jonsen. No obstante, tal principio pudo ser aplicado en momentos en los que las posibilidades terapéuticas eran escasas, una época de débil impacto de la tecnología y conocimiento biomédico sobre la salud de los individuos. (DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 107).

¹¹⁴⁰ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 37.

le reportaría beneficios ni a él, ni a toda la sociedad en su conjunto, pues se estarían gestionando de forma incorrecta los recursos que otro ciudadano pudiera necesitar¹¹⁴¹.

Para superar este problema algunos piensan que la necesidad sanitaria no debe medirse por la gravedad del enfermo, sino por su “capacidad de beneficiarse” de los tratamientos médicos. El planteamiento, con gran dosis utilitarista es el siguiente: si el deber final del sistema sanitario es aumentar la salud de las personas, tal vez la prioridad debería ser la maximización de la salud de la población y, para ello, hay que priorizar a los enfermos que más salud obtendrían de los servicios sanitarios¹¹⁴². Para calcular dicha priorización se utiliza la fórmula AVAC (años de vida ajustados por calidad), según la cual tienen prioridad los enfermos cuya expectativa de mejora sanitaria (medida en términos de años y calidad de vida ganados) es mayor. La aplicación de dicha fórmula es bastante sencilla: consiste en multiplicar el peso asignado a cada estado de calidad (medido en una escala de 0 a 1) por el tiempo en ese estado medido en años o fracciones. Así, “1” correspondería a la “esperanza de vida saludable” y el “0” a la muerte¹¹⁴³. La idea general es que un cuidado médico será beneficioso en la medida en que genere un resultado positivo de AVAC y una asistencia sanitaria eficiente será aquella en la que el “costo-por-AVAC” sea lo más bajo posible. El criterio de fondo que subyace es que “es preferible una vida más breve y saludable que una más larga en

¹¹⁴¹ En ese tipo de unidades deben ingresar pacientes con las siguientes características: existencia de una amenaza vital con posibilidades razonables de recuperación, necesidad de monitorización por el alto riesgo de complicaciones vitales, y consentimiento expreso o presunto del paciente para ese ingreso. Por tanto quedan fuera dos tipos de pacientes: los enfermos que, requiriendo monitorización pueden ser atendidos en otro área de hospitalización del hospital y los que no tengan probabilidades razonables de recuperación con lo que su ingreso en la UCI solo serviría para retrasar la muerte. (COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, op. cit., p. 72). Esta teoría también es expresada en la obra de De Lora al hablar del beneficio ocasionado por un trasplante de órgano: “Hay pacientes que pueden tener una mayor urgencia (designado con el término (T) en el sentido de “tiempo” o “cuan pronto morirá una persona sin el trasplante”) pero incluso si son trasplantados, van a morir en un brevísimo plazo. Sería absurdo no sólo priorizar a un paciente con un fallo orgánico producto de una enfermedad de base carente de tratamiento, frente a quien va a vivir con calidad de vida durante más años, sino directamente pensar en aquél como un candidato para trasplante”. (DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., pp. 271-272); en la misma línea BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., *Principios de Ética Biomédica...*, op. cit., pp. 365-366.

¹¹⁴² PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 37.

¹¹⁴³ Esto significa que es posible que un AVAC tenga un valor negativo en el caso de que se juzgue una calidad de vida peor a la propia muerte. Cualquier estado peor que buena salud recibe un valor inferior a 1.

condiciones más penosas”¹¹⁴⁴ o “una idea de salud ponderada por la calidad de vida”¹¹⁴⁵.

El enjuiciamiento de la fórmula AVAC varía entre el apoyo incondicional con ciertas propuestas de mejora y las reservas hacia la misma¹¹⁴⁶. Sin mencionarlos ya pueden atisbarse los problemas éticos que subyacen en la fórmula del AVAC. El primero es que discrimina claramente a aquellos pacientes más graves que “puntuén” menos en su “calidad de vida” y con menor puntuación en el coste-efectividad de la mayoría de los tratamientos médicos. Así, las personas que precisen un tratamiento más barato tendrán siempre prioridad sobre aquellas personas víctimas de contingencias más caras: “Cuánto más enfermo esté usted y más necesite unos servicios públicos caros que no se puede costear privadamente, más atrás estará en la lista de espera por su más que probable bajo coste-efectividad en relación a los más enfermos”¹¹⁴⁷. Los programas sanitarios basados en el coste por AVAC presentan problemas relacionados con la equidad en la asignación de recursos sanitarios y transmite un mensaje claro y despiadado: las pérdidas de salud de determinadas personas se compensan por las ganancias de salud de otras. En un estudio realizado en 1995 en Cataluña sobre la evaluación del coste-efectividad de la vacunación neumocócica se evidenció que la efectividad de dicho programa de vacunación era diferente por grupos de edad¹¹⁴⁸. Así, evitar la muerte de una persona mayor de 65 años produce 7 veces menos beneficio que prevenir la muerte de alguien que esté en la franja de edad de 5-24 años. Es decir, tenemos que evitar la

¹¹⁴⁴ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., pp. 110-113.

¹¹⁴⁵ PINTO J. L.; NORD, E. “La preocupación por la equidad en la evaluación de programas sanitarios”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, Volumen 1, No 3, Julio-Septiembre, 2003, pp. 57-63.

¹¹⁴⁶ Dentro de sus defensores podemos citar a LIPSCOMB, J.; DRUMMOND, M., et als, “Conservar y Mejorar el AVAC”, *Value in Health*, Vol. 12, Suplemento I, 2009, pp.18-26 que afirman “dentro de los análisis económicos y de decisión que requieren de una medida resumida del resultado de salud que integre los impactos sobre la cantidad y calidad de vida, el año de vida y por la calidad (AVAC o QALY por Quality-Adjusted Life Year en inglés) ha sido una medida ampliamente reconocida y recomendada; entre sus detractores podemos citar a REED JOHNSON, F., “¿Los AVAC Están Avanzando o Están Estancados?”, *Value in Health*, Vol. 12, Suplemento I, 2009, pp. 38-39.

¹¹⁴⁷ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 38.

¹¹⁴⁸ PLANS RUBIÓ, P.; GARRIDO MORALES, P.; SALLERAS SANMARTÍ, L., “Coste-efectividad de la vacunación neumocócica en Cataluña”, *Revista Española de Salud Pública*, 1995, Vol. 69, No 5, pp. 409-417. También debemos destacar que en el estudio revisado y afinado con posterioridad por el mismo autor tuvo como resultado que la vacunación antineumocócica debería de ser una intervención preventiva prioritaria en los individuos de 65 o más años y los de 45 a 64 años. (PLANS RUBIÓ, P., “Coste-efectividad de la vacunación antineumocócica 23-valente en Cataluña”, *Gaceta Sanitaria*, 2002, Vol. 16, No 5, pp. 392-400).

muerte de 7 personas mayores de 65 años para producir el mismo beneficio que al evitar la muerte de una persona que esté entre 5 y 24 años. Así, el beneficio no depende tanto del número de muertes evitadas sino del peso que a cada persona se le dé, según sus características, en el caso citado, según la edad¹¹⁴⁹. Los problemas éticos son evidentes: “reducimos el valor de las personas a meros recipientes de salud o de utilidad”¹¹⁵⁰ y por razones de justicia “no se puede sostener que un individuo tiene un mayor derecho a gozar de más años de vida adicionales mientras menor sea su edad”¹¹⁵¹. Otro problema es que en aquellas intervenciones que prolongan la vida, puede discriminarse en perjuicio de los discapacitados, debido que a que el valor de los años de vida ganados medidos en AVAC es menor para esos individuos. Por ejemplo si se quiere elegir entre dos receptores de un riñón en el caso de un trasplante y uno de los candidatos es diabético y el otro no tiene especiales problemas de salud, obtendremos más AVAC no dando el riñón al diabético¹¹⁵². Por tanto, medir el valor de la vida en términos de número de AVAC genera problemas éticos importantes.

Una variante del modelo utilitarista pero con diferente concepción de la equidad (con consideraciones distributivas) es el llamado criterio del *fair-innings* o del turno equitativo que consiste en priorizar a los individuos que padecen una mayor desigualdad de salud¹¹⁵³. Así, en cualquier sistema de prioridad sanitaria se deberá tener en cuenta el número de años y la calidad de vida que las personas tienen, han tenido y se prevé que puedan tener con la intervención sanitaria. Toda persona tiene derecho a vivir el mismo número de años y con una calidad de vida saludable similar. El fundamento encuentra su base en la siguiente idea “es una desgracia morir joven, pero no es una tragedia morir viejo”¹¹⁵⁴ o “todos tenemos derecho a un cierto grado de realización en el juego de la

¹¹⁴⁹ PINTO J. L.; NORD, E. “La preocupación por la equidad en la evaluación de programas sanitarios”, op. cit., p. 59.

¹¹⁵⁰ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 38.

¹¹⁵¹ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 116.

¹¹⁵² PINTO J. L.; NORD, E. “La preocupación por la equidad en la evaluación de programas sanitarios”, op. cit., p. 59.

¹¹⁵³ El argumento denominado del “fair innings” se debe a Alan Williams. La traducción literal sería “entradas equitativas”, siendo “entrada” el término que designa una manga o turno de bateo en el béisbol. Con esa expresión se quiere así significar que el individuo mayor ya tuvo su oportunidad de batear, y que por razones de justicia le tocaría al más joven, del mismo modo que se alternan los rivales en dicho deporte. (WILLIAMS, A., et al., “Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument”, *Health economics*, 1997, Vol. 6, No 2, pp. 117-132).

¹¹⁵⁴ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 38.

vida y de que cualquiera que no alcance ese grado ha sido maltratado por ella, mientras que cualquiera que lo supere no tendrá motivo para quejarse cuando se acabe su tiempo”¹¹⁵⁵. Cada persona tendría derecho a una alícuota de bienestar equitativa, que debería marcar la priorización entre unos y otros, no por eficientismo sino por un simple criterio de justicia: todas las personas tienen derecho a disfrutar de la misma calidad a lo largo de su vida¹¹⁵⁶. El principal problema ético de este tipo de criterio es que discrimina a los más viejos por el mero hecho de serlo, pero justifica su actuación en que el tratamiento a jóvenes y viejos es diferente en la medida en que cada persona es atendida del mismo modo en el curso del tiempo de una vida¹¹⁵⁷. También discrimina a las mujeres que tienen una esperanza de vida más alta que los hombres y a los sujetos considerados responsables, ya que el criterio del *fair innings* no tiene en cuenta el comportamiento a lo largo de la vida de esas personas¹¹⁵⁸.

Otro criterio de prioridad a la hora de disfrutar de una determinada asistencia sanitaria es el denominado nepotismo, que consiste en priorizar a familiares, amigos y conocidos de los propios profesionales de la salud. Como bien puede suponerse, no se trata en principio de un criterio público y se utiliza en la clandestinidad, de modo que “se saltan” los órdenes de prioridad ordinarios. Aunque puede argüirse que se trata de una técnica “que la sociedad comprendería” ya que se trata de un comportamiento muy humano (¿Cómo “no colar” a un padre o a un hijo para disfrutar de un derecho a la asistencia sanitaria?) los argumentos en contra son a todas luces evidentes. Por una parte, los recursos públicos son de todos y no parece justo que unos pocos los utilicen como privilegios. Por otra parte, ¿hasta dónde debe llegarse para favorecer a familiares,

¹¹⁵⁵ SEN, A., “¿Por qué la equidad en salud?”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2002, Vol. 11, No 5-6, pp. 302-309.

¹¹⁵⁶ LÓPEZ CASASNOVAS, G., “Una visión de futuro de las políticas de salud”, *Gaceta Sanitaria*, 2009, Vol. 23, No 5, pp. 458-461.

¹¹⁵⁷ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 279. Puede pensarse que es un mal menor esa discriminación de los más ancianos. De hecho, la opinión general de las personas a la hora de priorizar recursos sanitarios suele coincidir en que la edad es uno de los criterios moralmente más aceptables de exclusión. Ninguna cultura madura sacrifica a sus hijos para lograr mayor bienestar para los mayores, pero sí permite lo contrario. (PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 39).

¹¹⁵⁸ Imaginemos dos individuos con afecciones cardíacas, uno de 50 y otro de 55 años. El primero fumador, con vida sedentaria y alto nivel de estrés. El segundo que se ha cuidado toda su vida. El criterio del *fair innings* no tienen en cuenta la responsabilidad personal de cada uno de los sujetos. Sobre el criterio del *fair innings* puede consultarse: PUYOL, Á., “Igualitarismo y distribución de recursos sanitarios”..., op. cit., p. 9.

amigos o conocidos? En todo caso es una técnica que, pese a utilizarse en la práctica de forma más o menos asidua, resulta claramente inmoral y debe ser desechada¹¹⁵⁹.

Aunque ya lo atisbamos al estudiar el principio de justicia en el pensamiento liberal clásico, debemos citar el criterio de la capacidad de pago como regla de priorización a la hora de disfrutar del derecho a la asistencia sanitaria. Esta idea parte lógicamente del denominado “mercantilismo sanitario” que considera que la “protección de la salud no es un bien especial”, pues es ese carácter el que justificaría que el criterio distributivo de bienes y servicios no sea la capacidad o disponibilidad para pagar sino la necesidad. El fundamento del mercantilismo sanitario se basa en la siguiente idea: “No existe la obligación de mejorar la situación ajena, pero sí de evitar las acciones que la empeoren”¹¹⁶⁰. De manera “caricaturesca” Nozick afirmó en su día para justificar la negación de la protección de la salud como bien especial: “Si concedemos que la “necesidad sanitaria” debe guiar como criterio exclusivo el tratamiento médico, también la “necesidad capilar” habría que gobernar la provisión de cortes de pelo o afeitados”¹¹⁶¹. La idea básica es que cada individuo es libre de elegir aquello que necesite, aunque produzca resultados no igualitarios. La asistencia sanitaria estaría justificada no como una cuestión de justicia, sino únicamente de caridad, un acto libre, meramente permitido, ni forzado ni compensado¹¹⁶². Desde luego que este es el criterio más injusto de todos, sobre todo si partimos de la idea de que la salud es un derecho. No obstante no debemos olvidar que sociedades como la norteamericana siguen mayormente convencidas de que el valor de la salud poco tiene que ver con los derechos individuales¹¹⁶³. Ya comentamos que Estados Unidos, uno de los países más desigualitarios, también es uno de los que más invierte en sanidad. En este sentido Callahan y Wasunna afirman: “Si miramos al sistema en su conjunto, la financiación de la asistencia sanitaria principalmente mediante seguros privados no es ni equitativo ni eficiente, y los Estados Unidos son un claro ejemplo de ello”¹¹⁶⁴. No obstante, la apuesta por una sanidad pública no significa que la capacidad de pago no deba cumplir

¹¹⁵⁹ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 40.

¹¹⁶⁰ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 64.

¹¹⁶¹ NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía...*, op. cit., pp. 233-235.

¹¹⁶² DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 59.

¹¹⁶³ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 43.

¹¹⁶⁴ CALLAHAN, D.; WASUNNA, A., *Medicine and the market: equity v. choice*. John Hopkins University Press, 2008, p. 219.

cierto papel de priorización, es decir, que todos los recursos sanitarios disponibles deban ser completamente gratis para todos. Si la contribución no sólo no lesiona la equidad, sino que contribuye a mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, no debe descartarse como criterio de priorización justa¹¹⁶⁵.

Por último debemos considerar como criterio de priorización la interesante y controvertida responsabilidad personal del enfermo, o dicho más duramente la “culpabilidad” de éste de su condición de tal. En los últimos años ha tomado fuerza la noción de los hábitos de vida saludables desde una tendencia a derivar en las personas toda responsabilidad por su estado de salud, el llamado “homo hygienicus”¹¹⁶⁶. Cabe preguntarnos si a la hora de distribuir un bien escaso se debe tener en cuenta el comportamiento de los potenciales beneficiarios o el tipo de elecciones realizadas en el pasado que hubieran podido ser determinantes en la generación de la enfermedad para la que ahora aquellos necesitan asistencia en su tratamiento. En realidad parece tratarse del envés de la exaltación de la libertad individual: a la hora de diseñar el sistema de protección sanitaria los individuos debemos hacernos cargo de las conductas o estilos de vida que conllevan un detrimento de nuestra salud¹¹⁶⁷. La respuesta intuitiva parece ser afirmativa, ya que por una parte parece razonable que las personas se responsabilicen de sus comportamientos saludables y no saludables¹¹⁶⁸. Así piensa Wikler, afirmando “todo el mundo quiere estar sano, pero muchos de nosotros nos negamos a llevar a cabo comportamientos saludables. (...) La Organización Mundial de la Salud ha sido criticada por no distinguir los riesgos de salud innatos de los estilos de vida personales, como al hablar de una “epidemia” relacionada con el tabaco, como si el uso de cigarrillos fuera una enfermedad contagiosa como la malaria¹¹⁶⁹”. No obstante no siempre resulta fácil determinar el alcance y el límite de la responsabilidad individual.

¹¹⁶⁵ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 43.

¹¹⁶⁶ HUERTAS, R., “La salud y la norma. Para una genealogía de la mirada médica”, en Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón (Editor), *Salud y Ciudadanía. Teoría y Práctica de la Innovación*, Principado de Asturias, 2008, pp. 28-42.

¹¹⁶⁷ DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria...*, op. cit., p. 280.

¹¹⁶⁸ PUYOL, Á., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, op. cit., p. 43.

¹¹⁶⁹ Wikler pone además los siguientes casos: “Una mujer que retrasa su maternidad para acabar con su formación universitaria tiene mayor riesgo de padecer cáncer de cérvix. Una persona que escoge una ocupación con altas dosis de estrés o vive en una ciudad con altos niveles de contaminación también pone en peligro su salud. (WIKLER, D. “Personal and social responsibility for health”, *Ethics & International Affairs*, 2002, Vol. 16, No 2, pp. 47-55).

Debido a la estrecha relación que guardan estos aspectos con el último epígrafe a él nos remitimos.

1.3. Recapitulación

Aunque el logro de los derechos de los pacientes materializado en la fórmula del consentimiento informado constituyó un éxito histórico sin parangón no es suficiente para comprender el alcance general de dicho logro. Y ello por dos aspectos: por una parte como límite, y por otra, como nuevo derecho. Expliquemos un poco la situación. Como bien sabemos los derechos denominados de segunda generación surgieron cronológicamente de un modo previo a los denominados derechos de los pacientes materializados en los signos de autonomía y libertad en el ámbito sanitario. El “problema” surgió cuando dentro de esos derechos de segunda generación se introdujo en los países occidentales el derecho a la asistencia sanitaria de marcados rasgos benefactores. Nace entonces “un nuevo derecho de los pacientes” que progresivamente se extiende al resto de la población, el derecho a la asistencia sanitaria, junto con los demás derechos económicos, sociales y culturales por razones de justicia social. El Estado no iba a procurar asistencia sanitaria a sus ciudadanos por motivos benéficos o altruistas sino que, por primera vez en la historia, lo iba a realizar por motivos de justicia: los individuos tenían derecho a la misma. El Estado social benefactor no sólo parecía completamente instaurado sino que funcionaba sin grandes problemas, incluso excesivamente bien. Con la crisis económica de 1973, la explosión de costes y el empobrecimiento de las arcas nacionales, los países comenzaron a plantearse la viabilidad de ese concepto de justicia social. Desde el entorno político comenzaron a introducirse en el campo de la medicina factores hasta ese momento inéditos en este ámbito: la existencia de un poder público que va a tener que administrar ese pretendido derecho a la asistencia sanitaria y de un tercero, la sociedad que también va a mostrarse tributario de ese derecho. El problema es que ahora se constata que los recursos para materializar ese derecho a la asistencia sanitaria eran limitados, a diferencia de las necesidades individuales de salud que parecían no tener tope. Si la bioética en su primera década de edad se preocupó por los problemas de autonomía y de autogestión del propio cuerpo del paciente, en su segunda década va a centrarse en las cuestiones relacionadas con la economía de la salud, la distribución de una serie de recursos escasos y en el principio de justicia. La autonomía y la justicia son dos dimensiones de la vida moral que se exigen mutuamente, pero que también entran en permanente

conflicto: sin una justicia que asegure la igualdad básica de oportunidades de todos en la vida social, la autonomía se vuelve retórica¹¹⁷⁰. De ahí la limitación comentada que ejerce el principio de justicia sobre la autonomía en el campo sanitario.

Dependiendo de la concepción que se tenga de la justicia, así será la del derecho a la asistencia sanitaria. En este sentido existen diferentes concepciones al plantear ese pretendido principio de justicia que se extienden a los diferentes modos de entender el acceso a ese derecho a la asistencia sanitaria. Desde la visión liberalista clásica el único Estado justificable es el Estado mínimo, éste debe proteger la vida y la salud de las personas, pero sin inmiscuirse más allá. El derecho a la asistencia como tal no existiría, en tal caso podría considerarse como mero acto voluntario, altruista o de beneficencia, pero no como derecho individual que “en justicia” el Estado no sólo debe proteger, sino proporcionar. Cada persona *puede* adquirir por su propia voluntad una asistencia sanitaria, pero no tiene *derecho* de acceso a la misma. Con esta visión, las personas con recursos escasos sólo podrían acceder a la asistencia sanitaria a través de la mera beneficencia o la “buena voluntad”.

Pronto se evidenció que el pensamiento liberal propulsor del nacimiento de los derechos civiles y políticos no solucionaba los problemas de desigualdad social existentes. Además, las expectativas de libertad y progreso que propugnaba el Estado liberal, no sólo no se cumplieron, sino que produjeron la explotación y miseria de la mayoría de la población. Ante semejante situación surge una nueva idea de justicia fundamentada esta vez en la igualdad social y material así como la necesidad de defender una serie de condiciones sociales y económicas iguales para todas las personas. Por una parte, surge el denominado socialismo radical enarbolado por las figuras de Marx y Engels que propugnaba la eliminación de los derechos civiles y políticos ya que éstos manifestaban el poder de una nueva clase social, la burguesía, sin eliminar el verdadero problema, que era la diferencia de clases. Según su pensamiento, la sanidad tiene que ser un servicio público, de modo que cualquier ciudadano puede recibir asistencia médica según sus necesidades, sin tener en cuenta el tipo de actividad que desarrolle dentro del sistema productivo.

¹¹⁷⁰ GRACIA, D., “De la bioética clínica a la bioética global: Treinta años de evolución”, *Acta Bioética*, 2002; año VIII, No 1, pp. 27-39.

No fue este pensamiento el que se propagó a la mayoría de los países occidentales, sino el denominado socialismo liberal o socialdemocrático que propugna que las diferencias sociales pueden solventarse mediante la adición de una segunda tabla de derechos (y no la eliminación de la primera): los económicos, sociales y culturales, entre los que se encontraría el derecho a la asistencia sanitaria. De todas las características de la socialdemocracia aquella que mejor define sus objetivos es la lucha contra las desigualdades. Para ello, la intervención del Estado parece imprescindible porque él es la única institución que puede establecer una política redistributiva que corrija las injusticias. Dentro de dicha lucha contra las desigualdades surge un derecho distinto: el derecho a la asistencia sanitaria, muy rudimentario en sus inicios al proteger únicamente a trabajadores y pobres, pero que fue extendiéndose posteriormente. Mediando así entre las ideas liberales radicales y las socialistas extremas, la teoría de los derechos sociales surge como punto de conciliación: El Estado debe intervenir como garante a fin de paliar las diferencias sociales pero respetando también los derechos particulares individuales. Un referente de la lucha contra las desigualdades es el pensamiento de John Rawls que establece una teoría de la justicia social que integra las libertades civiles y políticas con los derechos económicos, sociales y culturales, concediendo prioridad a las primeras sobre los segundos. Así, entre el puro “liberalismo” y el puro “igualitarismo” propone una tesis intermedia, la justicia como “equidad”.

No obstante, antes de que la filosofía de John Rawls se extendiese en el mundo occidental un tipo de política se expandió por los países socialdemócratas: la política del Estado Benefactor. La misma propugnaba garantizar los derechos a las prestaciones estatales en materia de desempleo, jubilación, educación y por supuesto, la sanidad a los ciudadanos. Se instauraron de este modo sistemas de cuidados de salud universales en cobertura e igualitarios en sus fines que tendieron a extenderse en mayor o menor medida en los países social-democráticos. La teoría económica que sustentó la política del Estado Benefactor fue el keynesianismo y su fundamento teórico fue el utilitarismo. Por otra parte la aparición de los Seguros Obligatorios de Enfermedad revolucionó el sistema sanitario: de la medicina domiciliaria se pasó a la hospitalaria, los conceptos de salud y enfermedad también cambiaron, como los de la propia relación sanitaria y la concepción del enfermo que pasó a ser un cliente, un usuario de los servicios sanitarios. Dicho sistema funcionó con mayor o menor holgura y sin dificultades hasta la década

de los años setenta del pasado siglo, momento en que la gran crisis económica del año 1973 replanteó sus fundamentos. Desde entonces, los gastos sanitarios no han hecho más que crecer y han obligado a reconsiderar la política sanitaria instaurada gracias a las políticas benefactoras.

De este modo, el derecho a la asistencia sanitaria como principio de justicia distributiva ha remodelado sus contornos. Se ha producido en cierto modo una “deshospitalización” de la atención sanitaria en parte como pieza esencial para disminuir los elevados costes sanitarios de la tecnificación de la medicina pero, por otra, en búsqueda de unos mayores niveles de igualdad entre los miembros de la comunidad. Surge una nueva concepción de medicina y de asistencia sanitaria denominada “medicina sostenible” que busca equilibrar de modo adecuado un uso de las tecnologías sanitarias con la satisfacción de los derechos de los pacientes de modo coherente. Hemos observado dicho logro desde dos ángulos esenciales: una perspectiva macroeconómica (mediante la priorización de necesidades de salud y la instauración de políticas sanitarias) y otra microeconómica (con la asignación individual de recursos escasos mediante diferentes opciones de priorización). Es preferible un sistema que proporcione un nivel de cuidado moderadamente bueno en lugar de sistemas inequitativos que dieran sólo a algunos pacientes una amplia gama de elección y pudieran beneficiarse de la tecnología más avanzada¹¹⁷¹.

Todos estos elementos giran en torno a una pieza esencial: el paciente, del que trataremos en el siguiente y último epígrafe. En nuestro análisis no debemos perder el horizonte de aunar los esfuerzos en la búsqueda de una mayor solidaridad e integración entre los miembros de una sociedad, pero combinados con los principios de eficiencia que redundan en una mayor protección de la justicia distributiva y en una atención óptima del enfermo.

¹¹⁷¹ CALLAHAN, D., “La inevitable tensión entre la Igualdad, la Calidad y los Derechos de los Pacientes”..., op. cit., p. 96.

2. LA FIGURA DEL ENFERMO EN LA ACTUALIDAD Y LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. EL NUEVO ESTATUTO JURIDICO DEL PACIENTE.

Según hemos visto la posición que el enfermo ha adoptado a lo largo de la historia ha ido variando sucesivamente: Ha pasado de ocupar la posición de “ser desvalido” cuyas decisiones eran tomadas por otro y en su propio bien, a sujeto de derechos con la capacidad de autogestión de su propio cuerpo. No obstante antes de llegar a ese momento en la mayoría de los países occidentales democráticos surge el denominado “Estado benefactor” que vendría a garantizar los derechos a las prestaciones y necesidades de los ciudadanos. Entre dichas prestaciones se encontraba el derecho a la asistencia sanitaria. La crisis económica internacional, el envejecimiento de la población, el desarrollo y perfeccionamiento imparables de la tecnología médica son algunos de los factores que han condicionado y remodelado ese pretendido derecho universal a la asistencia sanitaria. Si bien el enfermo dentro de la relación clínica posee una serie de derechos incuestionables (información, voluntariedad, intimidad) el acceso a los mismos mediante el derecho a la asistencia médica no resulta viable en todos los casos y en todas las ocasiones. Una serie de factores han coadyuvado para reconfigurar el papel que asume el enfermo en las sociedades actuales. Entiéndase aquellas sociedades tachadas de social-demócratas y protectoras de los derechos prestacionales básicos de sus ciudadanos mediante el engranaje estatal entre los que se encuentra el derecho a la asistencia sanitaria. No obstante quizás la sociedad (al menos en nuestro país) no estaba del todo preparada ni para recibir una serie de derechos dentro de la relación clínica, ya que en parte ha deducido de ellos otros de modo erróneo, ni para ejercer un derecho a la asistencia sanitaria sin haber previamente apreciado el valor de un bien público tanpreciado como la sanidad.

Así, el concepto de autonomía en el ámbito sanitario se ha manifestado en la actualidad mediante diversas expresiones. Principalmente hemos hecho hincapié en el papel que el sujeto enfermo ha asumido en la relación clínica, adoptando por primera vez en la historia un papel activo, decidiendo qué hacer con su cuerpo y con su vida en el ámbito biosanitario. Dicho papel activo que asume el sujeto enfermo o el paciente no sólo se manifiesta de un modo “íntimo” en la propia relación entre él y el profesional sanitario, sino que va mucho más allá y se expresa de diferentes modos. En este sentido, las características de este nuevo modelo de “enfermo” en la actualidad podemos

resumirlas del siguiente modo: es un sujeto con cierto nivel cultural y gran acceso a la información pero con grandes carencias en lo que respecta al valor de los bienes públicos. Por otra parte no sólo se trata de un paciente o enfermo que acude a los servicios sanitarios para resolver una patología o problema de salud, sino que en cierto modo se ha transformado en un cliente o consumidor de una prestación sanitaria. Además, esta “reivindicación de los cuidados de salud” ha propiciado que un colectivo específico, los demandantes de esta atención, coordinen sus esfuerzos para reclamar un determinado nivel de asistencia sanitaria. En este sentido los pacientes han ido incorporándose paulatinamente a los diferentes órganos de gobierno de las instituciones sanitarias para reivindicar sus intereses. Por parte de los poderes públicos se instaura un tipo de delegación de los cuidados de salud en los propios pacientes, a través de una herramienta: la educación para la salud. Esta disciplina se constituye como instrumento esencial para que el paciente, una vez adquiridos unos conocimientos básicos de autocuidado sanitario, realice las actuaciones necesarias para promocionar su salud y prevenir posibles enfermedades. En base a todo lo anterior (conocimientos y apoderamiento), el paciente se constituye también en un sujeto que ha debido de asumir una posición activa dentro del proceso de salud-enfermedad como consecuencia de ese otorgamiento o concesión de la autonomía y libertad en el ámbito biomédico¹¹⁷². El enfermo se ha hecho en cierto modo responsable de su enfermedad.

2.1. El paciente informado y su escasa educación cívica.

En los últimos años se han producido unos cambios en nuestra sociedad que están influyendo directamente sobre el sistema sanitario. Una de estas transformaciones ha sido el aumento del nivel cultural de la población que contrasta con una escasa educación cívica en relación al uso de los bienes públicos¹¹⁷³. En lo que respecta al primero de los puntos, en España se ha dado un crecimiento exponencial del porcentaje de la alfabetización de la sociedad: aproximadamente un 75 por 100 de la población de diez o más años no sabía leer ni escribir en 1850. En el año 1900 dicho porcentaje

¹¹⁷² La famosa frase: “Un gran poder conlleva una gran responsabilidad” puede ser aplicada al poder otorgado a los pacientes. Dicha frase fue pronunciada por Franklin D. Roosevelt en su discurso del 13 de abril de 1945: “Today we learned in the agony of war that *great power involves great responsibility*. Today we can no more escape the consequences of attacks by the Barbary Corsairs a century and a half before. We, as Americans, do not choose to deny our responsibility”. El discurso completo puede consultarse en: <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=16602> (Última visita: 25/04/2014).

¹¹⁷³ MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, op. cit., p. 21.

descendería al 50 por 100, al 30 por 100 en 1930 y al 15 por 100 en 1950. Evidentemente estas personas no carecían de educación, pero sí de instrucción en la lectura y en la escritura. No habían pasado por la escuela o ésta sólo había sido para ellos una circunstancia episódica¹¹⁷⁴. Llama la atención que el vocablo “alfabetización” no aparece en el diccionario de la Real Academia Española hasta el avanzado año de 1970 y con el significado de “acción y efecto de alfabetizar”, aunque posteriormente vendría a añadirse una segunda acepción: “enseñar a leer y escribir a los analfabetos de un país”¹¹⁷⁵. Paulatinamente se ha producido un aumento de la educación formal de la ciudadanía, medida por el porcentaje de personas que han finalizado los estudios de bachillerato y los que han tenido acceso a los estudios universitarios¹¹⁷⁶.

Curiosamente este aumento de la alfabetización primero y del nivel de estudios básicos y superiores más tarde no se ha visto acompañada de un incremento de la educación cívica y de la alfabetización sanitaria. La educación cívica hace referencia a la capacidad de los ciudadanos de hacer un uso justificado y adecuado de los recursos públicos¹¹⁷⁷. Victoria Camps precisa que “el civismo es la cultura de convivencia pacífica y solidaria del compromiso con la ciudad y sus habitantes” y que “es necesario que las personas se respeten unas a otras así como respetar las cosas comunes para que todos las puedan disfrutar cuando las necesiten”¹¹⁷⁸. En su propuesta acerca de las virtudes públicas reconoce que este concepto ha adquirido importancia en los últimos años debido al papel que paulatinamente han ido alcanzando los ciudadanos en las democracias liberales y que su máximo exponente es el reconocimiento de dos valores

¹¹⁷⁴ Según los estudiosos la causa es simple pero crucial: “El analfabetismo es consecuencia de la ausencia de un proceso de alfabetización”. Por lo tanto lo que debe estudiarse son las causas, agentes y modos de realización de este último: una alianza protestantismo-imprenta (los países católicos la utilizaban en menor medida y prohibían la impresión y lectura vulgar de los textos sagrados, impidiendo su propagación); favorecimiento por la industrialización y la urbanización; relevancia de los aspectos ideológicos y culturales..., etc. (VIÑAO FRAGO, A., “Del analfabetismo a la alfabetización. Análisis de una mutación antropológica e historiográfica”, *Historia de la Educación*, 2010, Vol. 3, pp. 151-189).

¹¹⁷⁵ VIÑAO FRAGO, A., “La alfabetización en España: un proceso cambiante de un mundo multiforme”, *Perspectivas históricas de la educación de personas adultas*, 2009, Vol. 3, No 1, pp. 5-19.

¹¹⁷⁶ Pueden consultarse las cifras en la página del INE, observando una evolución de desarrollo ascendente de los alumnos matriculados en enseñanza universitaria, aunque demostrando a partir del año 2000 cierto descenso:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t13/p405/e01/&file=pcaxis> (Última consulta 24/04/14).

¹¹⁷⁷ MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, op. cit., p. 21.

¹¹⁷⁸ CAMPS, V., “El sentido del civismo”, *Los monográficos de Barcelona Metròpolis Mediterrànea B.MM*, Universidad Autónoma de Barcelona, No 6, 2005, pp. 15-21.

fundamentales: la igualdad y la libertad. Se trata de un modelo de Estado que se ha ido imponiendo a lo largo de los años y que ha presentado un gran progreso respecto al Estado absoluto, ya que salvaguarda los derechos civiles y políticos y promociona los derechos sociales. Pero por otra parte también ha generado un determinado tipo de ciudadanía: una clase de ciudadanos pasivos proclives a desentenderse de la vida pública y que participan de ella de forma esporádica o muy formal. En realidad no es que una determinada clase de democracia o un determinado modelo de Estado lo haya generado, sino que el desarrollo del capitalismo y de la sociedad de consumo ha contribuido a fomentar “un individualismo exagerado que genera sociedades atomizadas en las que cada uno vela únicamente por su interés particular o corporativo” y en la que “es imposible conseguir la cohesión social de los miembros de la sociedad en torno a unos ideales comunes”¹¹⁷⁹. En consecuencia se hace necesaria una formación ciudadana que tenga como propósito la consolidación de ciudadanos virtuosos que se conciben a sí mismos como sujetos de derechos y deberes pero portadores de una ética de la vivencia y de la educación de ciertas virtudes públicas. Así, las actitudes cívicas que tendrían que desarrollar los ciudadanos giran en torno a tres valores básicos: la responsabilidad, la tolerancia y la solidaridad. Estos valores constituyen el complemento que las instituciones políticas necesitan para que los ciudadanos vivan de manera coherente¹¹⁸⁰.

En el campo que nos atañe esa deficiencia de educación cívica se manifiesta, por ejemplo, en la utilización que hacen algunos ciudadanos de los servicios de urgencias. Se comprueba el reflejo de una sociedad que no sabe esperar, que piensa en su problema particular y que quiere encontrar soluciones rápidas a los problemas de salud. Un estudio realizado hace casi veinte años demostraba el desequilibrio existente entre un gasto limitado y una demanda siempre creciente en lo que se refiere a la utilización de los servicios de urgencias. En ese momento se afirmaba: “La inflación (desequilibrio asistencial oferta-demanda) de las peticiones de asistencia urgente es particularmente importante en las zonas urbanas. Parece tratarse de un “fenómeno sociológico nuevo” de la era postindustrial”. Se preveía que de continuar la tendencia llevada hasta ese momento, la pendiente de incremento sería de 500% en los próximos diez años. La justificación que se utilizaba era la siguiente: “El ciudadano tiene la sensación de que como paga, tiene derecho a que todo sea gratuito y suministrado de inmediato: “ya que

¹¹⁷⁹ *Ibíd.*, p. 15.

¹¹⁸⁰ *Ibíd.*, p. 19.

pago, exijo”. Es lo que se denomina “síndrome de las grandes superficies” (pago, quiero este producto, con calidad y rápidamente). La solidaridad debe ser de los otros para con él, y no a la inversa”. En este estudio se proponían como posibles soluciones la “reorientación” de la población sobre los servicios sanitarios puestos a su disposición y una correcta educación sanitaria para evitar un buen número de los problemas que actualmente se padecen en los Servicios de Urgencias¹¹⁸¹.

Otro estudio realizado hace tres años sobre la previsión que se espera acerca de la atención médica urgente en las próximas décadas hace una invitación a la reflexión. Entre los pronósticos que esta investigación realiza, los más importantes que podemos destacar, son la diversidad, una posible limitación del consumismo en salud, cierta claudicación ante la tiranía de lo urgente y una disminución en la asimetría de los conocimientos¹¹⁸². En lo que respecta a un esperado triunfo de la diversidad, puede observarse en el número de extranjeros empadronados en nuestro país que pasó de 637.085 en el año 1998 a más de 5.751.487 en el 2011, lo cual supuso un incremento de más de un 800%. A partir de ese año se está sufriendo una cierta disminución cifrándose en el año 2013 5.546.238 extranjeros censados¹¹⁸³. Existen discrepancias en lo que respecta al uso de la atención médica urgente por parte de los extranjeros, aunque en general tiende a afirmarse que no existen diferencias en este uso¹¹⁸⁴.

La posible limitación del consumismo en salud se fundamenta, en este estudio, en el pensamiento de que aunque las sociedades desarrolladas gastan mucho en salud

¹¹⁸¹BENAYAS PAGÁN, M. et al., “Urgencias hospitalarias: las cifras del abuso”, *Emergencias*, 1995, Vol. 7, No 3, pp. 133-137.

¹¹⁸²MIRÓ, O., “¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030. Where are we going? Emergency care 2030”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2010, Vol. 33, No Suplemento 1, pp. 229-235.

¹¹⁸³ Esto supone que el porcentaje de población de extranjeros ha pasado de 1,60% en el año 1998 a un 12, 22% en el 2010 respecto de la población total. Estos datos pueden ser consultados en la página del INE: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> (Última visita: 24/04/14).

¹¹⁸⁴ El resultado de un estudio realizado en el año 2010 evidencia que la frecuentación de un servicio de urgencias hospitalarias es igual en la población autóctona y en la inmigrante, y la gravedad de los procesos por los que lo hacen es similar, aunque la población inmigrante que acude es más joven, lo hace más en horario nocturno y más por procesos ginecológicos y digestivos. (LÓPEZ RILLO, N.; EPELDE, F. “Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario”, *Emergencias*, 2010, Vol. 22, pp. 109-112). Otro estudio concluye que existe una demanda asistencial urgente cuantitativamente importante entre la población inmigrante, si bien cualitativamente no difiere en gran medida de la población autóctona. (JUNYENT, M.; MIRÓ, O.; SÁNCHEZ, M., “Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona”, *Emergencias*, 2006, Vol. 18, pp. 232-235).

independientemente de su coste, deberemos asistir a un descenso en este aspecto. Quizás el estudio se muestre demasiado optimista, pero considera que son necesarias ciertas medidas coercitivas, difíciles de adoptar pero necesarias de ejercer, si quiere mantenerse el actual sistema. Un gran problema en la realidad sanitaria que ya hemos mencionado es el uso o abuso de los servicios de urgencias y emergencias. Un estudio realizado hace algunos años evidencia un elevado porcentaje de “uso inadecuado” de las visitas médicas al servicio de urgencias (concretamente casi un 30% del total de las visitas)¹¹⁸⁵. Muchos profesionales sanitarios son partidarios de la implantación del copago aunque reconocen sus inconvenientes así como las dificultades técnicas y políticas de su implantación, pero no es una idea descartable en un futuro próximo¹¹⁸⁶.

En lo referente a una potencial “claudicación ante la tiranía de lo urgente” este estudio muestra una interesante expectativa ante la demanda de asistencia sanitaria de este nuevo paciente. Como ya hemos afirmado la sociedad ha modificado su forma de requerir servicios y se ha vuelto altamente demandante de una prestación rápida: se ha producido una imposición de lo urgente. Por otra parte, nadie ha sido capaz por el momento de corregir esta tendencia. En este sentido, se propone una novedosa solución: la posibilidad de que sea el sistema el que deba adaptarse a dar respuesta a sus demandas siguiendo sus preferencias. ¿O acaso no han sido las preferencias y las necesidades de los ciudadanos las que han determinado la creación de guarderías, centros de día o residencias de mayores, estructuras inexistentes hace treinta años?¹¹⁸⁷ Los autores que defienden la adaptación de los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social afirman que las intervenciones realizadas hasta la actualidad para disuadir o evitar la frecuentación de estas unidades (facilitar la accesibilidad a la atención primaria, mejoras educativas, instauración de barreras) se han mostrado poco efectivas si no inútiles. En realidad “no parecen ser los ciudadanos (demanda) los

¹¹⁸⁵ El uso inapropiado se asoció con los pacientes más jóvenes, el uso de medios propios de transporte, la remisión por el hospital, algunos meses del año, y ciertos grupos de diagnóstico de menor severidad. Los principales motivos del uso inadecuado fue la mayor confianza de los pacientes en el hospital respecto a la atención primaria (51%), el uso inadecuado de los servicios por parte de los pacientes (18,1%) y derivaciones inapropiadas por médicos de atención primaria (16,1%). (SEMPERE-SELVA, T., et al., “Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reason: An approach with explicit criteria”, *Annals of Emergency Medicine*, 2001, Vol. 37, No 6, pp. 568-579).

¹¹⁸⁶ MORENO MILLÁN, E., “Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente”, *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2007, Vol. 19, No 1, pp. 32-35.

¹¹⁸⁷ MIRÓ, O., “¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030...”, op. cit., p. 231.

causantes del desequilibrio, sino la escasa adaptabilidad y adecuación de los propios servicios de urgencias hospitalarias (oferta) a un modelo social que ha evolucionado con excesiva rapidez”¹¹⁸⁸.

La última de las previsiones que hemos considerado relevante es la denominada “disminución de la asimetría de los conocimientos”. Aunque el estudio citado hace referencia a un potencial futuro de la asistencia médica de urgencias, esta predicción puede ser extrapolada a la relación entre profesional sanitario y paciente en la actualidad. Históricamente la asimetría de conocimiento ha sido una constante en todas las sociedades que nos han precedido. El nivel de conocimiento para una determinada actividad se distribuye de forma asimétrica de manera que cada profesional va a atesorar la información principal para usarla en beneficio de sus clientes¹¹⁸⁹. La medicina no es una excepción. No obstante en la actualidad los ciudadanos se encuentran inmersos en la llamada “sociedad de la información”, en donde internet ha supuesto una verdadera revolución. En la actualidad existe un incremento exponencial de información sobre la salud que además es accesible de forma gratuita y universal. Se ha pasado de una carencia casi absoluta de información sobre temas de salud, a poder acceder con suma facilidad a una gran cantidad de información sobre temas sanitarios¹¹⁹⁰. Además del fenómeno de internet hay que añadir el creciente interés de los medios de comunicación por todo lo relativo a la información en materia de sanidad, lo cual está determinando la aparición de un nuevo tipo de usuario del sistema sanitario, el usuario informado¹¹⁹¹. No obsta decir que ésta es una situación novedosa y no pocas veces incómoda para los

¹¹⁸⁸ La estrategia planteada es que debería de tenerse presente que existen distintos tipos de gravedad, complejidad y soporte, procurando respuestas orientadas al beneficio esperado. Por otra parte, el sistema tendría que desarrollar ofertas globalizadas pero con escalones diferenciados teniendo así disponibilidad absoluta para todo tipo de necesidad planteada, con redistribución de recursos en dependencia de los entornos geodemográfico, epidemiológico y sociosanitario. Finalmente deberían agilizarse las herramientas de gestión del hospital, evitando estancias inapropiadas e innecesarias para pesos relativos específicos, complicaciones y comorbilidades, de manera que fuera el centro sanitario quien se adecuara al servicio de urgencias y no al revés. (MORENO MILLÁN, E., “¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?”, *Emergencias*, 2008, Vol. 20, pp. 276-284).

¹¹⁸⁹ MIRÓ, O., “¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030...”, op. cit., p. 231.

¹¹⁹⁰ MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, op. cit., p. 23. Así si introducimos la palabra “cáncer” en Google el resultado es “aproximadamente” como indica el buscador 1.420.000.000 de búsquedas; el término “diabetes” nos muestra un resultado de 81.300.000 y las siglas HTA dan 21.600.000 resultados. (Última visita: 24/04/14).

¹¹⁹¹ MIRÓ, O., “¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030...”, op. cit., p. 231; MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, op. cit., p. 23.

profesionales sanitarios. Por tanto no debemos olvidar los tradicionales fundamentos de la relación entre el médico y el paciente, inculcar los principios de la mutua confianza entre uno y otro, e intentar evitar que esa relación que debe ser íntima y personal se resquebraje y llene de recelos recíprocos. Sobre este asunto volveremos en el siguiente epígrafe. Por otra parte, la mejora de la educación formal así como el acceso a mayor y mejor información ha provocado junto con el ya logrado derecho a la libertad en el ámbito biomédico una serie de demandas específicas por parte de los pacientes. Si como ya comentamos los derechos de los pacientes surgieron desde fuera, “a golpe de sentencia”, como una especie de concesión para evitar demandas judiciales, muchos años después los pacientes han tendido a asociarse en la forma de “usuarios de los servicios sanitarios” para reivindicar por sí mismos los que consideran sus principales derechos e intereses a proteger.

2.2. El paciente como sujeto activo: *Empowerment* o apoderamiento.

El siglo XXI se ha iniciado con importantes cambios sociales en la estructura política europea, la implantación de nuevas tecnologías de la información y de la comunicación y el apoderamiento o *empowerment* de los ciudadanos y pacientes¹¹⁹². El concepto de paciente activo está vinculado al de apoderamiento o *empowerment*. Este último término aplicado a los pacientes los define como aquellos que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden, y por lo tanto definir sus objetivos terapéuticos y adoptar de modo compartido decisiones que les permitan asumir éstos. Por paciente activo se entiende aquel que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia posible y de controlar la evolución de su enfermedad. En ocasiones este papel de paciente activo puede ser asumido por un familiar del propio paciente que se responsabiliza de los cuidados de salud¹¹⁹³. Las causas y los factores que han propiciado dicho apoderamiento son diversos. Entre ellos podemos nombrar el ya citado aumento del nivel educativo. Otro elemento que ha contribuido a dicha transformación es el incremento de las expectativas en torno a las posibilidades curativas de la ciencia y de las tecnologías sanitarias. Los ciudadanos

¹¹⁹² JOVELL, A. J., et al., “Realidades, expectativas y oportunidades para los pacientes en la Unión Europea”, *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2009, Vol. 7, No 4, pp. 611-617.

¹¹⁹³ JOVELL, A. J., et al., “Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario”, *Atención primaria*, 2006, Vol. 38, No 4, pp. 234-237.

caracterizan de forma novedosa a la salud como bien individual y subjetivo, condicionando su propia actitud sobre qué estrategias de cuidado consideran más adecuadas y cuáles son los objetivos terapéuticos que quieren conseguir¹¹⁹⁴.

En lo que respecta a las manifestaciones de dicha transformación del paciente, una de sus expresiones es la del propio papel que asume éste, que demanda un tipo de atención global y continuada con un determinado nivel de calidad, al igual que un consumidor o cliente¹¹⁹⁵. En los últimos años se están introduciendo cambios en la terminología de los denominados “usuarios de los servicios sanitarios” y es la propia administración la que los identifica en la actualidad como “consumidores” o “clientes”. Ahora no es la medicina la que define lo que es una necesidad de salud. Las necesidades sanitarias han pasado a ser definidas por los usuarios, los cuales dirán lo que es o no una necesidad de salud, acudiendo consecuentemente al sistema sanitario a solucionarla¹¹⁹⁶. Las expectativas que los ciudadanos tienen sobre la respuesta que puede dar la asistencia sanitaria a sus problemas de salud son crecientes, lo que hace que su nivel de exigencia también crezca de forma continua. El sistema sanitario en múltiples ocasiones no podrá satisfacer dichas expectativas, lo que ocasionará una gran frustración de los usuarios y un enorme descontento de los profesionales. A este fenómeno ha contribuido notablemente tanto el desarrollo del nivel cultural y educativo de los ciudadanos como la gran facilidad de acceso a las diversas fuentes de información que hemos citado en el epígrafe anterior. También ha influido en esta concepción la implantación progresiva de una gestión del sistema sanitario de tipo empresarial que pretende introducir elementos de mercado dentro de un sistema público con la finalidad de incrementar su eficiencia. No obstante, aunque el concepto cliente/consumidor de los servicios sanitarios exista como tal en el sistema sanitario, su aceptación resulta en la actualidad cuanto menos que dificultosa: en el sistema sanitario público no existe un verdadero mercado, ni existe oferta de bienes en competencia ni información de calidad. Un usuario consumidor de un servicio convencional (por ejemplo un supermercado) decide acudir o no a éste y qué es lo que va a comprar, mientras que un usuario de los servicios sanitarios acude a los mismos por necesidad, no por voluntad, y su capacidad de elección está restringida.

¹¹⁹⁴ JOVELL, A. J., et al., “Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario”, op. cit., p. 235.

¹¹⁹⁵ IRIGOYEN, J., “La reinención de los pacientes («el cliente siempre tiene razón»)", *Salud 2000*, Septiembre 2007, Vol. 113, pp. 20-24.

¹¹⁹⁶ GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, op. cit., p. 34.

Todo ello va a determinar que en los servicios de atención sanitaria se va a manifestar una tensión existente entre una organización diseñada para atender enfermos de forma gratuita y universal y una concepción del paciente como cliente o consumidor¹¹⁹⁷.

Por otra parte, este empoderamiento ha propiciado la generación de una serie de demandas específicas de unos determinados niveles de exigencia de la asistencia sanitaria. La materialización esencial de dichas exigencias se realiza a través de las asociaciones de los pacientes en las que éstos y sus familiares explicitan lo que para ellos constituyen sus necesidades de salud. En España, el Foro Español de Pacientes (FEP) agrupa a 1.103 asociaciones de pacientes y voluntarios que totalizan 901.686 socios¹¹⁹⁸. En Europa, el Foro Europeo de Pacientes (EPF) del que el FEP forma parte agrupa a 61 organizaciones de pacientes que representan la voz de 150 millones de enfermos¹¹⁹⁹. Ambas organizaciones tienen como misión la promoción de los derechos de los pacientes de acuerdo a la paulatina adaptación de las políticas públicas e institucionales a las necesidades, valores, expectativas y prioridades de los pacientes, independientemente de la patología padecida. Para ello se han apoyado en diferentes instrumentos que permiten visualizar su misión y sus objetivos¹²⁰⁰. En el caso del FEP los instrumentos principales son la “Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes” del año 2003 y la “Agenda Política” del año 2006. La Declaración de Barcelona fue fruto de una reunión llevada a cabo en esa ciudad los días 20 y 21 de mayo de 2003 en la que participaron profesionales de la salud y representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes y usuarios de todo el Estado español. El resultado de dicha presentación fue la denominada Declaración de Barcelona que se resume como un Decálogo de los Pacientes¹²⁰¹:

“1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes de información. Las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico, basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo siempre que sea posible a la voluntad expresada por el paciente y a

¹¹⁹⁷ MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, op. cit., p. 22.

¹¹⁹⁸ En: <http://forodepacientes.org/miembros/> (Última visita: 25/04/14).

¹¹⁹⁹ En: <http://www.eu-patient.eu/Members/> (Última visita: 25/04/14).

¹²⁰⁰ JOVELL, A. J., et al., “Realidades, expectativas y oportunidades para los pacientes en la Unión Europea”, op. cit., p. 612.

¹²⁰¹ Disponible en: <http://forodepacientes.org/decalogo-de-los-pacientes/declaracion-de-bcn/> (Última visita: 25/04/14).

sus preferencias explícitas sobre calidad de vida y los resultados esperables de las intervenciones.

2. Decisiones centradas en el paciente. Las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico, basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo siempre que sea posible a la voluntad expresada por el paciente y a sus preferencias explícitas sobre calidad de vida y los resultados esperables de las intervenciones.

3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado. Cuando muchas decisiones asistenciales admiten alternativas distintas según los valores y preferencias de cada paciente concreto, el compromiso de una sociedad democrática con el respeto a la dignidad y a la autonomía de sus miembros aconseja avanzar en el desarrollo de medidas que faciliten la máxima adecuación entre las opciones elegidas y las deseadas por los pacientes correctamente informados.

4. Relación médico-paciente basada en el respeto y en la confianza mutua. Se define la importancia de la relación médico-paciente como una relación fundamental basada en el respeto y la confianza mutua, que conduce a la mejora y/o a la resolución de los problemas de salud y calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Las asociaciones pueden contribuir a mejorar esta relación y que ésta se produzca de forma más simétrica.

5. Formación y entrenamiento específico de habilidades de comunicación para profesionales. Los sistemas de salud deben crear las condiciones de formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación de sus profesionales y dentro de las organizaciones para que se produzca una relación-comunicación médico-paciente más simétrica y satisfactoria para los pacientes.

6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria. Los ciudadanos y, sobre todo los pacientes y las organizaciones que los representan, tienen que participar de forma más activa en la determinación de prioridades que definan las condiciones de acceso a los servicios sanitarios y que contribuyan a identificar, valorar y satisfacer sus necesidades de salud.

7. Democratización formal de las decisiones sanitarias. Se debe promover, en un sistema sanitario centrado en los pacientes, mediante la aplicación de las Leyes existentes la existencia de mecanismos formales que favorezcan una mayor implicación de los ciudadanos en la definición de las políticas públicas relacionadas con la asistencia sanitaria.

8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria. Las asociaciones de pacientes y organizaciones que los representan tienen un papel fundamental en facilitar la implantación de las leyes aprobadas y fomentar una mejor comunicación entre sociedades científicas, Administraciones Sanitarias y los pacientes individuales.

9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos. El paciente debe de tener más información y conocimiento acerca de sus derechos y esta ha de ser facilitada por los profesionales de la salud, constituyendo éste uno de sus derechos básicos.

10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes. Se ha de garantizar una correcta implementación de los derechos de los pacientes y la evaluación de su cumplimiento dentro de las estrategias de evaluación de la calidad asistencial”.

La Declaración de Barcelona citada sirvió de impulso para la creación del FEP, y constituye el primer decálogo de los derechos de los pacientes elaborado en España por 50 organizaciones de pacientes y voluntarios de carácter nacional. Puede evidenciarse que los pacientes esperan mucho de sus médicos y de la medicina. La información adecuada y el respeto a la autonomía y a la voluntad del paciente son algunas de las inquietudes principales de éstos (puntos 1, 2 y 3). También los adecuados conocimientos técnicos y científicos se muestran entre sus prioridades, pero no prefieren éstos sobre la propia voluntad del paciente (punto 2). Éstos no sólo valoran las competencias técnicas de los profesionales, y así se demuestra en este decálogo. La principal preocupación parece centrarse en los aspectos de la relación entre médicos y pacientes (respeto, confianza, comunicación..., etc.) y en la forma que los profesionales comunican los principales aspectos sobre su salud. Resulta sumamente gráfico (a la par que sorprendente) que uno de los puntos de este decálogo se dedique exclusivamente a

la reivindicación de una necesidad de mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. En un estudio realizado en el año 2003¹²⁰² sobre las necesidades y demandas de los pacientes oncológicos se puso en evidencia la aparición de “un vínculo de dependencia emocional entre el paciente y el oncólogo”, así como “una demanda de modelo “pediátrico” de asistencia” fundamentado en la comprensión que los médicos hacen de la enfermedad de sus pacientes¹²⁰³. En segundo lugar, la relación entre médico y paciente evidencia un déficit de relación y empatía, que venía definido por estas características: “te informan pero no te comunican”, “te tratan pero no te acompañan”, “son amables pero no se ponen en tu lugar” y “te oyen pero no te escuchan”. En tercer lugar, una de las preocupaciones esenciales de los pacientes es el manejo de la incertidumbre y de sus consecuencias. Esta situación que obliga a la reflexión sobre cómo disminuir esa ansiedad asociada a los tiempos de espera, resultando en algunas ocasiones más importante que la propia información. Por último el estudio pone de manifiesto dos demandas complementarias tanto de pacientes y familiares por un lado como de profesionales por otro: una mejor comunicación desde los profesionales hacia los pacientes y sus familiares y la de implementar estrategias de formación en habilidades de información y comunicación para los profesionales¹²⁰⁴.

Por tanto parece evidente la amplia capacidad de mejora en la corrección de las tres asimetrías existentes entre médicos y pacientes: información-comunicación, conocimiento y experiencia. Los pacientes no sólo quieren de sus médicos que éstos ofrezcan la mayor competencia técnica que les hace aptos para ejercer su profesión (que en la mayoría de las ocasiones aceptan sin cuestionar), sino que esperan de ellos una serie de virtudes y valores. Por tanto, los pacientes “no sólo quieren buenos médicos,

¹²⁰² ARTELLS, J. J., et al., *Necesidad y demanda del paciente oncológico*, Fundación Salud Innovación y Sociedad, Barcelona, 2003.

¹²⁰³ Según muestra el estudio el término “cáncer” se visualiza como un tema tabú en nuestra sociedad que conlleva a conductas de aislamiento y estigmatización. La enfermedad oncológica no solo conlleva una patología meramente orgánica, sino que connota una alteración emocional y social. Los profesionales de oncología parecen en este estudio como los verdaderos protagonistas en el manejo clínico de la enfermedad, de modo que los pacientes definen el servicio de oncología como el lugar “donde el cáncer puede ser hablado y nombrado”. De ahí la dependencia psicológica que se produce en los pacientes hacia sus médicos. (ARTELLS, J. J., et al., *Necesidad y demanda del paciente oncológico*, op. cit., p. 32).

¹²⁰⁴ Así, esta demanda surge tanto de los pacientes como de los profesionales, ya que estos últimos reivindicaban para sí habilidades propias de la comunicación. El proceso de provisión de información se produce de forma secuencial debiéndose adaptar a la capacidad de asimilación del paciente. (Ibíd., p. 33).

sino también médicos buenos”¹²⁰⁵. Quizás ésta sea la clave por la que está pasando la medicina de nuestro tiempo. Primeramente el médico decidía por y para el paciente, y este último ni se lo cuestionaba, confiaba en esa decisión. Con el otorgamiento “desde arriba”, a raíz de resoluciones jurisprudenciales, al enfermo se le conceden una serie de derechos novedosos que el médico, aún a regañadientes, debe de asumir. Entre médico y paciente se produce un alejamiento, la práctica de la medicina defensiva es una clara muestra de ello. En los tiempos que corren se busca una reconciliación. Los pacientes, aún con el poder que se les ha ido otorgando, no quieren perder la relación que tenían con sus médicos hace tiempo, no quieren enfrentarse a ellos, quieren confiar en ellos. En la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes es patente esa voluntad: los pacientes exigen mucho a sus médicos. Pero no sólo quieren que se les respeten sus derechos a la información y a la autonomía que ya dan por hecho, tampoco exigen competencias técnicas de los profesionales que se presumen. Lo que quieren es que las decisiones se tomen por el bien del paciente contando con su voluntad, y que antes de llegar a ese momento la relación existente sea de respeto y de confianza mutua. En realidad lo que buscan simplemente los enfermos es que “los médicos se pongan en el lugar de ellos”, que no es más que una forma de humanizar la medicina. Es muy significativo que el presidente del FEP fuera un “médico-paciente”, que supo entender que la medicina estaba perdiendo la humanidad de antaño¹²⁰⁶.

Por otra parte, la Agenda Política y Social del Foro Español de Pacientes del año 2006 reivindica una serie de acciones políticas concretas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, aumentar su participación en las decisiones políticas y perfeccionar el sistema sanitario. Se trata de una ambiciosa pretensión que busca la concienciación tanto de políticos como de médicos sobre las necesidades reales de los enfermos y sus familiares¹²⁰⁷. En el ámbito europeo, el ya nombrado EPF posee como documentos

¹²⁰⁵ JOVELL, A. J., “La historia natural de la profesión médica vista por un paciente”, *Monografías “Humanitas”, La profesión médica y los retos del milenio*, 2004, No 7, pp. 23-31.

¹²⁰⁶ Albert J. Jovell murió el pasado año tras una larga lucha por una enfermedad. Dedicó su tarea profesional a la promoción de los derechos de los pacientes tanto a nivel nacional como internacional. Decidió compartir su propia experiencia como médico y como paciente. Defendió el valor de la humanización de la medicina, afirmando que además de “ser un buen médico era importante ser un médico bueno”. La biografía de Albert J. Jovell puede consultarse en: <http://forodepacientes.org/> (Última visita: 26/04/14).

¹²⁰⁷ El contenido completo de la Agenda Política del año 2006 puede consultarse en: <http://forodepacientes.org/agenda-politica/agenda-politica-en-castellano/> (Última visita: 26/04/14).

esenciales el “Manifiesto 150.000 millones de razones para actuar” y el “Manifiesto del Paciente” del año 2008. El fundamento de dichos documentos es la creencia que todos los pacientes dentro de la Unión Europea tienen un derecho fundamental a la igualdad de acceso en el tratamiento médico de calidad, independientemente de su lugar de residencia, su situación o sus ingresos. Las áreas fundamentales para mejorar la calidad de la atención de la salud son las siguientes¹²⁰⁸:

-“Un acceso equitativo e igualitario a un diagnóstico seguro y eficaz, a los tratamientos y al apoyo.

-Una mejor información y recursos para los pacientes para convertirse en parte esencial de su propio autocuidado.

-La voz de los pacientes para ser escuchada en Bruselas y en toda la Unión Europea”.

En definitiva, se busca una mayor participación e implicación de los pacientes en el diseño de las políticas de salud y en el gobierno de la sanidad. En este sentido, el gran reto para los Estados miembros reside en el hecho de conseguir la democratización del gobierno de la sanidad mediante la aplicación de estrategias de participación formal de los pacientes. Detrás de esta actitud se halla el reconocimiento de dos situaciones específicas: que los pacientes son los que mejor conocen cuáles son sus necesidades vitales y que son ellos los que tienen que participar en las decisiones que afectan a su salud¹²⁰⁹. ¿Y cuáles son esas necesidades que los pacientes consideran primordiales? Visto todo lo anterior pueden ser englobadas en las siguientes¹²¹⁰:

-Una atención global centrada en el paciente que respete sus valores y preferencias. En este sentido, los profesionales de la medicina van a tener que evaluar esos valores y preferencias, y adoptar el modelo más apropiado de relación a éstos. La satisfacción de los pacientes se reconoce como un objetivo esencial del sistema en las políticas sanitarias. Se trata de una transformación radical en la asistencia sanitaria¹²¹¹.

¹²⁰⁸ EPF’s Patients’Manifesto for the European Parliament and Commission, 150 Million reasons to act, European Patients Forum. Disponible en: http://www.eu-patient.eu/Documents/Events/Manifiesto/epf_manifiesto.pdf (Última visita: 26/04/14)

¹²⁰⁹ JOVELL, A. J., et al., “Realidades, expectativas y oportunidades para los pacientes en la Unión Europea”, op. cit., p. 613.

¹²¹⁰ JOVELL, A. J., et al., “Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario”, op. cit., p. 236.

¹²¹¹ IRIGOYEN, J., “La reinención de los pacientes («el cliente siempre tiene razón»”, op. cit., p. 20.

-Una atención continuada y longitudinal. Los pacientes demandan una atención por parte del personal sanitario de manera permanente y continuada. Aunque en apariencia parece tratarse de una demanda evidente, la atención sanitaria continuada no es tarea fácil. Para su logro se precisa una interrelación profesional que en muchas ocasiones no resulta tan sencilla, por lo que muchos de los esfuerzos deben ser dedicados a este punto¹²¹². El propio Albert Jovell destaca, en su artículo sobre la evolución de la profesión médica vista por un paciente, cómo cuando su padre falleció estaba pendiente de cinco consultas hospitalarias de especialidades diferentes. Cinco años después de su muerte, ninguno de ellos contactó con la familia para preguntar por qué no acudió a esas citas¹²¹³.

-Y por último un grado de exigencia a los profesionales de la sanidad y a las instituciones en todos los niveles, no sólo técnicos e institucionales, sino también más humanos y empáticos. Se tiende así hacia un modelo en el que el ciudadano/paciente pasa a convertirse en el eje central del sistema sanitario¹²¹⁴.

Además de las consecuencias propias y particulares del paciente tras ese empoderamiento, también podemos destacar una serie de efectos a nivel “general” que afectan por una parte a la relación entre el médico y su paciente y por otra a los servicios sanitarios en su conjunto. En primer lugar en la relación sanitaria va a producirse una especie de democratización. Como ya dijimos, el paciente del siglo XXI es un paciente más culto y con mayor acceso a la información que el paciente de hace algunos años. Ahora empieza a reconocerse que los pacientes pueden valorar de manera fiable sus experiencias en salud y en la asistencia sanitaria. Los pacientes son más conscientes de su propia patología y de su propio autocuidado. Parece incluso que en ocasiones tienen un mayor conocimiento que el que poseen los profesionales de la

¹²¹² La problemática de la continuidad de cuidados puede evidenciarse en este estudio en el que destaca que los diferentes niveles asistenciales: profesionales sanitarios, Organización, la comunidad y el propio usuario y su familia se convierten en piezas clave para lograr alcanzar la adecuada continuidad de cuidados. (MARTÍNEZ RIERA, J. R., “Interrelación profesional y continuidad de los cuidados. Necesidad vs dificultad”, *Cultura de los cuidados*, Año IV, N. 7-8 (1. y 2. semestre 2000), pp. 166-171.

¹²¹³ JOVELL, A. J., “La historia natural de la profesión médica vista por un paciente”, op. cit., p. 24.

¹²¹⁴ MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, op. cit., p. 24.

salud¹²¹⁵. Este hecho va a ocasionar una serie de efectos positivos, pero también otros negativos. Entre los primeros, se produce una mayor implicación de los pacientes (y de sus familiares) en los cuidados de la salud, el paciente activo se vuelve más responsable y el profesional no deberá estar “tan encima” y cuidar de él como si de un menor se tratase. Este evento guarda especial relación con el siguiente epígrafe y a él nos remitimos. Pero por otra parte, los profesionales sanitarios tendrán que adaptarse a los diferentes modelos de pacientes, ya que todos ellos no van a actuar del mismo modo. Además existe el riesgo que se pase de un modelo de relación médico-paciente paternalista a otro científico, por el que la profesión médica transfiere toda la capacidad de decisión al paciente. Obviamente se trataría de una situación sumamente irregular, ya que se aceptaría una transferencia de responsabilidad a situaciones en las que no se produce una transferencia de autoridad ni de conocimiento¹²¹⁶. Por otra parte, el hecho de que ese paciente esté “más informado” que su médico no se asocia siempre con una mayor calidad de la decisión. Desde esta perspectiva, siempre va a ser preferible no acceder a un mayor volumen de información, sino acceder a la mejor información y a la que mejor responde a las necesidades del paciente¹²¹⁷. No obstante, la realidad es que entre médicos y pacientes se va a producir cierta tensión: los pacientes tienden a exigir cada vez más a los profesionales sanitarios respecto a la atención sanitaria y a la calidad de la misma, y más si consideran que poseen grandes conocimientos y derechos. Esto puede incidir en actitudes y conductas de los profesionales que dan lugar en algunos casos a la práctica de una medicina defensiva¹²¹⁸. A ello se suma la posibilidad de que los pacientes accedan a las segundas opiniones médicas o al acceso de medicinas alternativas. En definitiva, el acceso al saber médico está dando lugar a un cuestionamiento de la especialización médica y a una mayor disposición por parte de los pacientes y consumidores a cuestionar las decisiones médicas¹²¹⁹. Debe encontrarse entonces el equilibrio entre la audacia de ese paciente informado que puede enfrentarse a su médico y la arrogancia de ese médico que pudiera no aceptar que ese paciente sepa más que él, lo que sumados uno a otro generan suspicacias y recelos por una y otra

¹²¹⁵ GAMINDE I., “La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes”, *Invertir para la salud: prioridades en salud pública: informe SESPAS 2002*, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002. pp. 567-580.

¹²¹⁶ JOVELL, A. J., et al., “Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario”, op. cit., p. 236.

¹²¹⁷ *Ibíd.*, p. 237.

¹²¹⁸ MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, op. cit., p. 22.

¹²¹⁹ GAMINDE I., “La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes”, op. cit., pp. 569-ss.

parte. Debe recuperarse la confianza que ese paciente tenía en su médico, y el médico debe ver al paciente como un ser individual, con sus derechos, valores y preferencias respetables.

En lo que respecta a las consecuencias que ese empoderamiento del paciente genera en los sistemas sanitarios también esta vez podemos hablar de una mayor democratización. Pero se trata de una mayor democratización de los procesos de decisiones sanitarias en lo que respecta a la provisión de información veraz sobre su funcionamiento y los resultados obtenidos, mediante la promoción de la elección, el establecimiento de mecanismos formales de participación y la regulación del derecho de apelación o discrepancia razonada frente a decisiones de las administraciones sanitarias¹²²⁰. Todas estas decisiones sanitarias van a exigirse con una serie de requisitos como la transparencia y la rendición de cuentas. En este sentido, se tenderá al establecimiento de auditorías que medirán el grado de cumplimiento de los derechos, valores y preferencias de los pacientes y de sistemas de medición de la calidad de los servicios sanitarios. En realidad la calidad asistencial engloba todas esas peticiones de los pacientes, existiendo un acuerdo al considerar que es la suma de¹²²¹:

- “- La prestación de la asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia.
- El logro de cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes.
- La prestación en forma idónea de la atención sanitaria de que se es capaz.
- El logro de cuidados que satisfagan al paciente y la aproximación a los estándares de la asistencia sanitaria establecidos por la comunidad científica, profesionales, pacientes y sociedad.”

En definitiva, el propio ciudadano se constituye en el eje central del sistema sanitario, y la calidad del mismo va a depender de las valoraciones de dichos usuarios. En este sentido, se tiende a preparar a pacientes y ciudadanos para que colaboren en la obtención de esa atención sanitaria de mayor calidad. Así, la participación de un ciudadano y paciente activo debería contribuir a una mejora global de la equidad, la

¹²²⁰ JOVELL, A. J., et al., “Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario”, op. cit., p. 236.

¹²²¹ MIRA SOLVES, J.J. et al, “La calidad asistencial. Componentes. Evolución del concepto de calidad asistencial”, en ARANAZ, J. M., et al. (directores), *Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes*, Fundación MAPFRE y Díaz de Santos Madrid, 2008, p. 129.

calidad y la eficiencia de los servicios de salud¹²²². Esta mayor involucración de los pacientes y de los ciudadanos en su propio autocuidado nos lleva al siguiente epígrafe.

2.3. La educación para la salud y el paciente responsable

Desde siglos el cuerpo de las personas ha estado sometido a formas absolutas de soberanía exterior. Aunque fuera el propio individuo el que enfermara, sufriera y muriera no es hasta hace pocos años cuando ha tenido cierto control de su propia vida y de su propia muerte. Pero como ya hemos dicho, el reconocimiento de la plena autonomía de la salud, de esa libertad de autodisposición sobre el cuerpo humano presenta un arma de doble filo. Por una parte parece que pasamos de un ansiado “derecho a la salud” a un discutible “deber de estar sano” que las políticas sanitarias de los distintos países se empeñan por promocionar. Por otra parte, el otorgamiento de esa libertad al individuo y ese empoderamiento al paciente va a propiciar que se tienda a concebir al individuo como responsable de sus enfermedades.

2.3.1. La educación para la salud y la promoción de los estilos de vida saludables.

Las necesidades sanitarias de las sociedades actuales han cambiado en los últimos años. Como bien sabemos la medicina curativa se hace insuficiente como sistema de salud ya que ésta no responde solamente a condiciones biológicas, sino también psicosociales¹²²³. La era sanitaria supuso la introducción de la higiene, la reacción frente a lo externo lo que permitió espectaculares ganancias de salud. En esta era se tendió a la preocupación por los determinantes ambientales físicos y sólo parcialmente por la conducta individual. La salud dependía de la alimentación, del agua y de la vivienda más que de los médicos. Durante la “era infecciosa”, el germen constituyó el determinante de salud clave. Primero se combatió con la higiene, luego con las vacunaciones y finalmente con los antibióticos. También en esta era se prestó atención a lo externo de los determinantes de salud, pero ayudó a iniciar el cambio y ver la salud como algo dependiente de la intervención médica. La salud comenzó a depender mucho de los médicos y de la industria farmacéutica. En la “era del factor de riesgo” pasaron a ser fundamentales los determinantes conductuales y psicológicos, con abandono de los determinantes ambientales y sociales. La responsabilidad de enfermar se comparte por

¹²²² JOVELL, A. J., et al., “Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario”, op. cit., p. 237.

¹²²³ PEREA QUESADA, R., “La educación para la salud, reto de nuestro tiempo”, *Educación XXI*, Vol. 4, 2012, pp. 15-40.

la población y los individuos¹²²⁴. La vinculación por tanto del término salud con el comportamiento es prácticamente aceptada en su totalidad: “La salud o es comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad era lesión orgánica o no era nada. Si antes se defendió la enfermedad en función de la patología, ahora la salud se define en función de la conducta”¹²²⁵.

Según las estimaciones de la OMS en su obra *Causes of death 2008 update*, en el año 2008 se produjeron 57 millones de defunciones. De éstas, 36 millones fueron resultado de causas que encajaban en la categoría general de todas las “enfermedades no transmisibles”. Por su parte, las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales causaron 16 millones de defunciones; y las causas externas y los traumatismos causaron 5 millones de defunciones. Así, las principales causas de muerte fueron la cardiopatía isquémica (con un total del 12,8 % del total de muertes) y la afección cerebrovascular (10.8 %) ¹²²⁶. Es destacable que casi un 30% de las causas de muerte provengan de estas dos categorías de enfermedades no transmisibles. En este sentido, el consumo de tabaco, la ingesta de grasas saturadas, la vida sedentaria o el estrés por ejemplo, son algunos de los agentes que más contribuyen a la prevalencia de dichas enfermedades. Pero con una confusión interesada, los factores de riesgo se han transformado en factores causales y la salud pública ha devenido en “factorología”, en una búsqueda heroica de factores de riesgo que se podía ver como una actividad laboral para los epidemiólogos ¹²²⁷.

En este contexto surgen oportunamente las disciplinas de educación “de” y “para la salud” y de promoción de la salud. En realidad la educación para la salud se presenta como la herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud. Las áreas fundamentales de aplicación son los ámbitos sanitario, educativo y comunitario. Así, en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud del año 1983 se definió el término educación para

¹²²⁴ GÉRVAS, J., “Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España”, *Gaceta Sanitaria*, 2006, Vol. 20, pp. 127-134.

¹²²⁵ PEREA QUESADA, R., “La educación para la salud, reto de nuestro tiempo”, op. cit., p. 25.

¹²²⁶ En un porcentaje inferior se encuentran como principales causas de muerte las infecciones de las vías respiratorias inferiores (6,1 %), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5,8 %), las enfermedades diarreicas (4,3 %), el VIH/SIDA (3,1%), los cánceres de tráquea, bronquios o pulmón (2,4%), la tuberculosis (2,4%), la diabetes mellitus (2,2%), los traumatismos por accidentes de tráfico (2,1%), la cardiopatía hipertensiva (2%) y la prematuridad o bajo peso al nacer (1,8%). Pueden consultarse estos datos en la página de la OMS, disponible en: <http://www.who.int/features/qa/18/es/> (Última visita: 28/04/14).

¹²²⁷ GÉRVAS, J., “Moderación en la actividad médica preventiva y curativa., op. cit., p. 128.

la salud como “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzcan a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”. Partiendo de la educación como proceso optimizador y de integración, y la salud como bienestar físico, psíquico y social (según la tradicional definición de la OMS) puede definirse la educación para la salud como “un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva”¹²²⁸. La principal finalidad de la educación para la salud no es la de evitar la enfermedad, sino la de promover estilos de vida saludables y que los individuos tiendan así al autocuidado¹²²⁹.

Quizás el documento internacional más relevante en este orden es la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, con el subtítulo “Hacia una nueva Salud Pública”. Este documento fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá en 1986. Este documento surge de la Conferencia de Alma-Ata sobre la atención primaria para la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000” ya comentado más atrás. Según este texto la promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”. Por lo tanto la promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y sociales con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Puso de relieve unos

¹²²⁸ PEREA QUESADA, R., “La educación para la salud, reto de nuestro tiempo”, op. cit., p. 27.

¹²²⁹ El Comunicado del SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) de del 24/04/2014 hace hincapié en este sentido en las políticas de salud en ámbitos no sanitarios (educación, trabajo, fiscalidad, medioambiente, etc.) y en impulsar el autocuidado. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/comunicado.pdf> (Última visita: 27/04/2014).

requisitos previos (paz, albergue, educación, alimentos, ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad) sin los cuales no podía emprenderse la promoción de la salud. Esta carta expone una estrategia con cinco puntos fundamentales:¹²³⁰

1. Elaboración de una política de salud en todos los sectores y que se valga de los diferentes medios (educación, legislación, política de precios, etc.) para proporcionar ambientes, bienes y servicios más sanos y seguros.

2. La creación de ambientes que favorezcan la salud, teniendo en cuenta la organización social del trabajo, la producción de la energía, el urbanismo, etc., de modo que ofrezcan condiciones favorables desde el punto de vista físico y psicosocial.

3. El reforzamiento de la acción comunitaria. La participación de la comunidad en la planificación y gestión de las actividades de salud se considera indispensable para mejorar el nivel de salud de los individuos y ayudarles a afrontar sus problemas.

4. El desarrollo de aptitudes personales mediante la información y educación en materia de salud que permita tomar decisiones acertadas indispensables para la vida. Estas aptitudes se adquieren a lo largo de toda la vida y a través de la familia, la escuela, el trabajo, los medios de comunicación y los servicios de salud.

5. La reorientación de los servicios sanitarios para que se vaya realizando progresivamente la promoción de la salud sin desatender sus obligaciones de prevención y asistencia. Esto implica cambios en la formación de los profesionales y en la organización de los servicios, y requiere investigaciones sobre la salud pero, sobre todo, un cambio importante de actitudes.

Tras la Carta de Ottawa se han publicado otras cartas que desarrollan estos aspectos (Adelaida 1988, Sundswall 1991, Yakarta 1997). Además de confirmar que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países, evidencia la importancia de la participación de las personas en la promoción de la salud y en los procesos de toma de decisiones en el ámbito sanitario. En este sentido, la alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario/ *health literacy* (HL) va a fomentar dicha

¹²³⁰ Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud de 21 de noviembre de 1986, disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> (Última visita: 28/04/14).

participación¹²³¹. Este concepto (plasmado en la estrategia cuarta de la Carta de Ottawa) hace referencia a la adquisición por parte de pacientes y cuidadores, además de por la población general, de las habilidades y las competencias necesarias para cuidarse de sí mismo o para cuidar de una persona enferma. Se considera que la HL es un derecho básico de los ciudadanos y que además promueve mejoras en la equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud. Por otra parte, para los sistemas sanitarios es muy importante que un paciente recién diagnosticado se haga responsable del cuidado de su salud en la medida de lo posible¹²³². ¿Pero hasta donde debe llegar esta responsabilización?

2.3.2. *El enfermo responsable*

El afán por la salud, como hemos visto, juntamente con el coste de la prevención de las enfermedades alimenta una especie de “religión laica” a favor de la promoción de la salud. Surge así un nuevo puritanismo acerca de cómo vivir sanamente. Dicho puritanismo puede afectar muy directamente los valores y la propia voluntad de los individuos, poniendo en peligro su libertad¹²³³. Desde la época de la modernidad, la medicina nos enseña ese “camino a la salvación” a través de la puesta en práctica de hábitos saludables. El catálogo de los mismos hoy en día resulta desconcertante y abrumador. La modernidad da por sentado que lo más preciado que tenemos es la vida y el afán por conservarla es la piedra angular de la buena existencia, “haciendo de este modo del cuerpo un templo, un objeto, un fin en sí mismo, una propiedad privada a la que hay que optimizar, hacer saludable, útil, duradera, fiable, laboriosa”¹²³⁴. Así, moralmente estamos obligados a cuidarnos.

¹²³¹ VILLA ANDRADA, J.M., et als., Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud, Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, Mérida, 2006, p. 30.

¹²³² Por ejemplo, cuando un paciente es diagnosticado de una enfermedad, adquiere una visión diferente con relación a su vida y, por lo tanto entra en un proceso de confrontación y adaptación de la misma. Resultaría beneficioso para él la aportación de un mejor conocimiento de cómo debe gestionarla y de la relación que tiene con su entorno personal y con los servicios de salud. así este paciente se encontraría en una posición privilegiada para proporcionar conocimientos en torno a la experiencia de enfermar. (JOVELL, A. J., et al., “Realidades, expectativas y oportunidades para los pacientes en la Unión Europea”, op. cit., p. 614).

¹²³³ ENGELHARDT, H. T., “Salud, medicina y libertad. Una evaluación crítica”, op. cit., p. 12.

¹²³⁴ RODRÍGUEZ MOLINA, T., “Modernidad Terapeutizada y Postmodernidad Higienista: entre la obligación y la obsesión”, *Salud de los Trabajadores*, 2004, Vol. 12, No 1, p. 55-59.

Siguiendo a Currea-Lugo¹²³⁵, el Estado puede intervenir en la salud desde diferentes actuaciones extremas entre sí: Por una parte podría prohibir el consumo de sustancias (tanto legales como ilegales) que atenten contra la salud: grasas saturadas, tabaco, alcohol, etc. Por otra parte podría concebirse como mero interventor a la hora de su reparación, es decir, en la prestación inmediata y temporal de servicios para que el individuo recupere cierto grado de autonomía y regrese del hospital a la sociedad. Esto puede traer diversos tipos de problemas. En primer, puede tenderse a la negación de la multicausalidad de las enfermedades. En el momento en que se adoptan políticas tendentes a la limitación del consumo de una sustancia o la práctica de una actividad, se está adoptando el pensamiento que comentamos más arriba: equiparación de factor de riesgo con factor causal. Por ejemplo, los factores de riesgo cardiovascular identificados son tan numerosos que se hace dudar de su existencia e interés causal¹²³⁶. En segundo lugar, las causas de las enfermedades y los hábitos de vida no dependen enteramente de las personas como individuos, no son enteramente consecuentes con la voluntad de éstas y de sus propios comportamientos. Se insiste mucho en el consumo del tabaco, la vida sedentaria y la ingesta de dietas ricas en grasas saturadas como causas desencadenantes de la cardiopatía isquémica pero, ¿se insiste con igual énfasis en la importancia de la nutrición para la resistencia de las infecciones?¹²³⁷. Es reseñable que los hábitos saludables no son únicamente consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida. Por tanto, las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la educación para la salud ya comentada, deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados¹²³⁸. En tercer lugar como bien sabemos, la ciencia

¹²³⁵ DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, op. cit., pp. 67-68.

¹²³⁶ En la investigación médica se llama factor de riesgo independiente si tiene una importante contribución a un determinado resultado. Se discuten las implicaciones clínicas conferidas por la definición de “independencia”, sobre todo en la literatura cardiovascular. (BROTMAN, D., et al., “In search of fewer independent risk factors”, *Archives of internal medicine*, 2005, vol. 165, no 2, pp. 138-145).

¹²³⁷ DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, op. cit., p. 68.

¹²³⁸ Por ejemplo si el consumo de alcohol configura un estilo de vida característico (jerga utilizada, tipo de indumentaria, actividades de tiempo libre...) las metas orientadas a sugerir cambios en el consumo de alcohol no pueden pasar por alto las relaciones recíprocas que esos comportamientos tienen entre sí y las funciones que cumplen en ese estilo de vida. (PEREA

médica no es una ciencia exacta (por mucho que nos empeñemos) y ni todos los factores de riesgo *desencadenan necesariamente* una determinada patología, ni la ausencia de todos ellos *eximen en todo caso* de su acaecimiento¹²³⁹. En este sentido, aunque son muchos los autores que insisten sobre la vinculación de los comportamientos y su influencia en la salud y la enfermedad¹²⁴⁰, no obstante también es cierto que la estrategia preventiva tradicional ha sido ampliamente criticada por centrarse en objetivos excesivamente analíticos, sobre conductas aisladas (como reducir el consumo de sal para prevenir la hipertensión o el consumo de grasas saturadas para prevenir la enfermedad cardiovascular). Los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales¹²⁴¹.

Por otra parte, la potencial actuación del Estado, bien prohibiendo el consumo de determinadas sustancias que atenten contra la salud o bien actuando únicamente una vez “que el mal ya ha sido hecho” puede plantear otro probable problema. Existe el riesgo

QUESADA, R., “La educación para la salud, reto de nuestro tiempo”, op. cit., p. 28). En parecido sentido puedo traer a colación el comentario que me hizo un paciente diagnosticado de una angina inestable poseedor de varios factores de riesgo cardiovascular. Era hipertenso, obeso, hipercolesterolémico y con un trabajo estresante ya que tenía una empresa propia: “¿Cómo puedo negarme a las citas con mis clientes en las que comer y beber están dentro de mi propio empleo? El éxito o el fracaso de muchos de mis negocios se encuentran en la relación que posea con esas personas, y en la mayoría de los casos no puedo negarme a dichas reuniones”.

¹²³⁹ Por ejemplo, en el caso de los factores de riesgo cardiovascular, los estudios hablan de factores de riesgo mayores e independientes, predisponentes y condicionantes. Así se afirma en un estudio de modo lapidario: “La presencia de un factor de riesgo no asegura que se vaya a desarrollar una enfermedad cardiovascular (ECV), así como su ausencia tampoco garantiza una protección total frente a ella. Probablemente así como se conocen a través de estudios epidemiológicos amplios factores de riesgo mayores e independientes íntimamente ligados al desarrollo de la ECV, aún quedan factores de riesgo por identificar o, al menos, definir exactamente el papel real que tienen en la fisiopatología de la enfermedad aterosclerótica”. (LOBOS, J. M.; CASTELLANOS, A., “Factores de riesgo cardiovascular”, *C&AP Ediciones Médicas*, N°3, 2006, pp. 107-114).

¹²⁴⁰ En este sentido pueden consultarse numerosísimos artículos médicos: DE LA PEÑA FERNÁNDEZ, A., et al., “Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC”, *Medicina clínica*, 2005, Vol. 124, No 2, pp. 44-49;. SORIANO CABRERA, S., “Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica”, *Nefrología*, 2004, Vol. 24, No 6, pp. 27-34; MEDRANO, M. J., et al., “Riesgo coronario atribuible a los factores de riesgo cardiovascular en población española”, *Revista Española de Cardiología*, 2007, Vol. 60, No 12, pp. 1250-1256.

¹²⁴¹ PEREA QUESADA, R., “La educación para la salud, reto de nuestro tiempo”, op. cit., p. 28.

de que se creen deberes para con uno mismo¹²⁴² o la sugerencia de que de la conducta de cada individuo derivan una serie de consecuencias de las cuáles sólo él es responsable. Este pensamiento no es algo nuevo, en realidad viene de muy antiguo, en el momento que se diferenciaron las enfermedades en agudas y crónicas por las causas que las producen. Este fue un tema de enorme trascendencia en el pensamiento médico griego. Así, hay muchas cosas (por ejemplo, el alimento) que en sí son indiferentes, y que fueron denominadas “no-naturales” o “neutras” pero que proporcionarán salud o enfermedad según el modo en que se utilicen. Las enfermedades producidas por “lo neutro” son enfermedades “morales” o “crónicas” de instauración lenta y suelen deberse al desarreglo de las costumbres o a los malos hábitos. De ahí la importancia que los antiguos griegos dieron a la buena educación, a la prevención o *paideía*, que es una actividad moral que tiene por objeto la regulación y el gobierno de las costumbres¹²⁴³. Posteriormente en la Edad Media se retomó con el término *régimen sanitatis* y la vinculación de la enfermedad con el pecado. Éstos eran un prelude de nuestras actuales educación sanitaria y promoción para la salud. En el ámbito de las enfermedades crónicas es muy frecuente hablar del llamado *problem patient* o paciente problema. En la época del paternalismo el paciente problema era aquel que no presentaba una posición dócil y sumisa. Hoy en día es aquel que no hace posible una buena relación clínica o sanitaria, aquel con el que no hay una buena relación¹²⁴⁴. Es significativo que en un estudio realizado hace ya algunos años sobre los pacientes de “trato difícil” identificaron como criterios diagnósticos “aquellos pacientes que provocan nudo en el estómago al leer su nombre en el listado” y “aquellos pacientes capaces de producir distrés y malestar” en los profesionales sanitarios¹²⁴⁵.

No obstante, también los profesionales sanitarios en algunas ocasiones tienden a ver la enfermedad como el precio del pecado. Un caso clínico expuesto por Richard B. Gunderman expone cómo una paciente con una larga historia de alcoholismo acude al servicio de urgencias por una importante pérdida de peso y dificultad para la deglución. Tras una batería de pruebas diagnósticas se evidenció que padecía un avanzado cáncer de esófago. Una vez establecido dicho diagnóstico, más de un miembro del equipo

¹²⁴² DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, op. cit., p. 68.

¹²⁴³ GRACIA, D., *Fundamentos de...*, op. cit., pp. 37-ss.

¹²⁴⁴ GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética...* op. cit., pp. 324-326.

¹²⁴⁵ MAS GARRIGA, X., et al., “Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa”, *Atención Primaria*, 2003, Vol. 31, No 4, pp. 214-221.

sanitario no pudo evitar la observación de que dicho paciente “se lo había buscado tras varias décadas de maltrato a su salud”¹²⁴⁶. Indirectamente, con la “era del factor de riesgo” antes citada ha resucitado en cierto modo la interpretación bíblica del “algo habrá hecho para enfermar”¹²⁴⁷. Ésta parece ser la idea que subyace en un artículo de Moss y Siegler en el que plantean la duda moral de si es o no ético realizar trasplantes hepáticos a pacientes con cirrosis hepática secundaria al alcoholismo. Los autores afirman con severidad que “si bien no es una decisión sencilla, los pacientes con cirrosis hepáticas terminales relacionadas con el alcoholismo deben ser tratados de un modo diferente, ya que estos pacientes no han asumido la misma responsabilidad para el mantenimiento de su propia salud o para el tratamiento de su enfermedad crónica. Dado que los órganos son un bien escaso y que todos los pacientes en espera de trasplante no pueden vivir, aquellos con cirrosis hepáticas terminales secundarias al alcoholismo deben poseer una prioridad más baja que aquellos otros que padecen otros tipos de enfermedades hepáticas terminales”¹²⁴⁸.

La postura que mantienen estos autores es ciertamente discutible. En un afán por prevenir de manera desafortunada las enfermedades asociadas con actividades como el fumar o la adicción al alcohol, llegamos a estigmatizar no sólo las conductas, sino también a muchos pacientes que necesitarían ayuda. Si bien en múltiples ocasiones es oportuno advertir a los pacientes de los riesgos que sus hábitos tienen para su salud, culpar al enfermo cuando la ha perdido, significaría negarle la atención precisamente cuando más la necesita. Aunque en algunos casos un cierto grado de recriminación por parte de los profesionales sanitarios puede ser merecido e incluso terapéutico, la amonestación estableciendo una conexión causal entre una determinada actuación y una consecuencia no sólo es contraproducente, sino que en muchas ocasiones puede no ser real. Por ejemplo, la obesidad es un factor de riesgo de la cardiopatía isquémica, pero en el caso de que un paciente obeso que padezca un infarto, no podríamos asegurar que dicho sobrepeso fue la causa de su mal. La relación entre el médico y el paciente no debe fundamentarse en la culpa y en los reproches. El objetivo del médico no es determinar quién es culpable, sino fomentar su salud, tratar la enfermedad y aliviar su

¹²⁴⁶ GUNDERMAN, R., “La enfermedad como fracaso: la culpación de los pacientes”, *Ars Medica*, 2003, Vol. 2, pp. 189-198.

¹²⁴⁷ GÉRVAS, J., “Moderación en la actividad médica preventiva y curativa”, op. cit., p. 129.

¹²⁴⁸ MOSS, A.H.; SIEGLER, M. “Should alcoholics compete equally for live r transplantation?” *Jama*, 1991, Vol. 265, No 10, pp. 1295-1298.

sufrimiento¹²⁴⁹. Y el paciente tiene derecho a ello, independientemente de su comportamiento previo. Los individuos son responsables de su propia salud pero no culpables para no poder recibir un tratamiento cuando caen enfermos.

2.4. Recapitulación

En esta última parte hemos observado que, además del papel activo que asume el sujeto enfermo de un modo “íntimo” en la propia relación entre él y el profesional sanitario, éste va a ir mucho más allá y va a expresarse de diferentes modos. En este sentido, las características de este nuevo modelo de “enfermo” podemos resumirlas del siguiente modo: Por una parte es un sujeto con cierto nivel cultural y gran acceso a la información pero con grandes carencias en lo que respecta al valor de los bienes públicos. Esta escasa educación cívica se hace patente en la utilización que hacen muchos ciudadanos del acceso a las urgencias sanitarias. Es necesaria una formación ciudadana que tenga como propósito la consolidación de ciudadanos virtuosos que se conciben a sí mismos como sujetos de derechos y deberes, pero portadores de una ética de la vivencia y educados en ciertas virtudes públicas que redundan en torno a tres valores básicos: la responsabilidad, la tolerancia y la solidaridad. Frente a la instauración de este pensamiento, algunos autores defienden cierta claudicación o adaptabilidad ante las necesidades de los ciudadanos. En el equilibrio está la virtud, y el sistema sanitario no debería doblegarse ante algunas decisiones tiránicas de muchos ciudadanos no sin antes haber realizado una inculcación del valor y la importancia que tienen los bienes públicos. En segundo lugar no sólo se trata de un paciente o enfermo que acude a los servicios sanitarios para resolver una patología o problema de salud, sino que en cierto modo se ha transformado en un cliente o consumidor de una prestación sanitaria. Las causas de dicha situación van desde ese aumento exponencial de acceso a la información sanitaria, un fortalecimiento de las expectativas en la ciencia médica y la importancia que se le da hoy en día a las propias vivencias de los sujetos enfermos, ya que “ellos, mejor que nadie saben lo que es preferible para ellos”. En todo caso esta situación ha generado una tensión entre una organización diseñada para atender enfermos de forma gratuita y universal y una concepción del paciente como cliente o consumidor.

¹²⁴⁹ GUNDERMAN, R., “La enfermedad como fracaso: la culpación de los pacientes”, op. cit., pp. 195-196.

Así, los pacientes y ciudadanos del siglo XXI se unen en un objetivo común: la “reivindicación de los cuidados de salud”. Esto ha propiciado que un colectivo específico, los demandantes de esta atención, coordinen sus esfuerzos para reclamar un determinado nivel de asistencia sanitaria: una atención global, continuada, equitativa y de calidad. Las demandas específicas de los pacientes se han materializado en organismos como el Foro Español de los Pacientes (FEP) y el Foro Europeo de los Pacientes (EPF). Un claro exponente de sus reivindicaciones es la Declaración de Barcelona, que constituye un auténtico Decálogo de los Pacientes. Entre sus principales preocupaciones destacan las decisiones centradas en el paciente, respetando su voluntad y autonomía, la importancia que tienen la comunicación adecuada y la confianza mutua en la relación entre médico y paciente y la promoción por una mayor implicación de los ciudadanos en la definición de las políticas públicas relacionadas con la asistencia sanitaria. En este sentido, los pacientes han ido incorporándose paulatinamente a los diferentes órganos de gobierno de las instituciones sanitarias para reivindicar sus intereses. La asunción de este papel activo del paciente tiene además manifestaciones no sólo en la relación clínica, sino en el propio sistema sanitario. En ambos casos se va a producir la llamada “democratización” de las decisiones sanitarias. En el ámbito de la relación entre médico y paciente, este último va a ser mucho más independiente y responsable de su propio autocuidado sanitario, pero puede tenderse a cierta desconfianza y celos entre los miembros de la relación ante dicho aumento de información respecto a su salud y propios derechos. En el ámbito del sistema sanitario esa democratización va a concretarse en diversos exponentes: una promoción de la elección entre las diferentes alternativas, el establecimiento de mecanismos formales de participación y la regulación del derecho de apelación o discrepancia razonada frente a decisiones de las administraciones sanitarias. Todas estas decisiones sanitarias van a exigirse con una serie de requisitos como la transparencia y la rendición de cuentas.

Además, por parte de los poderes públicos se instaura oportunamente una herramienta de delegación en los propios pacientes: la educación para la salud para promover el autocuidado. Esta disciplina se constituye como instrumento esencial para que el paciente, una vez adquiridos unos conocimientos básicos de autocuidado sanitario, desarrolle las actuaciones necesarias para promocionar su salud y prevenir las enfermedades. En base a todo lo anterior (conocimientos y apoderamiento), el paciente se constituye también en un sujeto que ha debido de asumir una posición activa dentro

del proceso de salud enfermedad como consecuencia de ese otorgamiento o concesión de la autonomía y libertad en el ámbito biomédico. Pero se pasa entonces de un “derecho a la salud” a un “deber de estar sano”. El enfermo en cierto sentido tiene no sólo la responsabilidad de su propia salud, sino también la obligación moral de estar sano. Esta afirmación adquiere importantes y graves consecuencias que algunos sectores de opinión han aprovechado para establecer un axioma: el sujeto es responsable y culpable de su enfermedad. La problemática de dicha declaración es variada: de este modo se niega la posibilidad de la multicausalidad de las enfermedades; pero se olvida que la medicina no es una ciencia exacta, y la afluencia de un determinado factor de riesgo no decide una determinada consecuencia morbosa; además los hábitos saludables de los individuos no dependen *únicamente* de su propia voluntad y decisión y por último, con este planteamiento concebiríamos la enfermedad como el precio de un “pecado”, abandonando a determinados enfermos estigmatizados cuando más necesitan la ayuda del sistema.

En definitiva este nuevo enfermo es más autónomo, libre y capaz, está mayormente informado no sólo de su proceso de salud y enfermedad, sino también de sus derechos. Posee más poder en orden no sólo a promover su autocuidado, sino a la hora de potenciar su participación en las políticas públicas relacionadas con la asistencia sanitaria. Es también más responsable de su propia salud como consecuencia del otorgamiento de ese empoderamiento. Pero busca del profesional lo que antaño buscaba: un médico que le atienda, le conforte, le cuide y coordine sus necesidades de asistencia sanitaria. La confianza y el respeto mutuos han sido la base de la medicina tradicional y deben conformarse en la actualidad como los fundamentos de la presente relación entre el médico y su paciente. Dichas reivindicaciones actuales se configuran como continuidad de los derechos de los pacientes. En realidad han cambiado muchas cosas en este aspecto, pero la esencia no debería perderse.

CONCLUSIONES

Una vez realizadas las argumentaciones contenidas en los capítulos que integran esta obra llegamos a las siguientes conclusiones:

- Durante la época de la Grecia Clásica el enfermo va a considerarse por vez primera como un ser humano con un problema específico que le sume en un estado de debilidad, no sólo física sino también moral, un estado de dependencia, sumisión e invalidez.
- La concepción del enfermo engendrada en la Grecia Clásica va a perpetuarse a lo largo de los siglos en la práctica médica occidental. Dicho entendimiento va a conllevar que será el médico el que adoptará las decisiones en el ámbito sanitario, por el bien del propio enfermo sin contar con su voluntad en base al principio de beneficencia. Dicha situación permanecerá incuestionada tanto por el médico como por los pacientes durante mucho tiempo.
- El reconocimiento de la autonomía y de las libertades individuales en las primeras declaraciones de derechos del hombre no constituyó su traslación al ámbito biomédico.
- Consideramos que los derechos de los pacientes no pueden ser encuadrados en el sistema de generaciones de los derechos humanos. Por una parte porque dentro del término podremos englobar un amplio elenco de los mismos y por otra porque en este caso los derechos de libertad, a diferencia de los derechos humanos generales, cedieron su posición a los derechos de igualdad.
- En el ámbito de los derechos de libertad, los derechos de los pacientes se erigieron como la materialización de la exaltación y reconocimiento de la autonomía del individuo en el ámbito biomédico, representados bajo la fórmula del Consentimiento Informado.
- La disciplina de la Bioética constituyó un acicate fundamental para el triunfo e instauración de los derechos de los pacientes ya que su preocupación esencial durante sus primeros años de vida se centró en el movimiento de autogestión del cuerpo y el principio de autonomía.

- Los derechos de los pacientes no surgieron del mismo modo que otros movimientos revolucionarios reivindicativos, sino que fueron “concedidos” desde arriba como modo de evitación de unas potenciales demandas de los pacientes. De ahí el gran desconocimiento inicial de los mismos por la sociedad en general y por los pacientes en particular.
- La relación clínica actual no debe fundamentarse exclusivamente en el principio de autonomía del paciente, del mismo modo que tradicionalmente encontraba su apoyo en el de beneficencia.
- En la actualidad debe abogarse por un principio de confianza que sustente la relación entre el médico y su paciente, no abogar por la asunción de poderes absolutos por parte de los pacientes.
- Aunque el bloque “derechos de los pacientes” se identificó originariamente con la fórmula del consentimiento informado, existen otros derechos que el paciente ostenta en el ámbito sanitario. Hemos considerado como esenciales el derecho a la información clínica, el derecho a la libertad individual y el derecho a la intimidad.
- El derecho a la asistencia sanitaria puede configurarse como un derecho especial más de los enfermos. En sus inicios se conformó como un derecho de los ciudadanos que podría exigirse por razones de justicia social: el poder público va a tener la obligación de satisfacerlo.
- El derecho a la asistencia sanitaria deberá ser moderado por los principios de justicia y solidaridad. Dependiendo de la concepción que se tenga de justicia, así será la del derecho a la asistencia sanitaria.
- En la actualidad se está abogando por una nueva concepción de medicina y asistencia sanitaria denominada “medicina sostenible” que busca equilibrar de modo adecuado el uso de las tecnologías sanitarias con la satisfacción de los derechos de los pacientes de un modo coherente.
- El sistema sanitario actual debe aunar sus esfuerzos en la búsqueda de la solidaridad e integración entre los miembros de la sociedad, combinados con

los principios de eficiencia, sin olvidar el fin último que es una óptima atención del enfermo.

- El sujeto enfermo en el mundo occidental actual se presenta como un cliente o usuario de los servicios sanitarios. Esta situación ha generado una tensión entre una organización diseñada para atender enfermos de forma gratuita y universal y una concepción del paciente como consumidor.
- En el siglo XXI surge un nuevo colectivo, los demandantes de la asistencia sanitaria de calidad, reivindicando una mayor implicación en las políticas de salud.
- El “autocuidado sanitario” no sólo se constituye como un instrumento de los pacientes para desarrollar las actuaciones necesarias para promocionar su salud y prevenir las enfermedades, sino como una herramienta de delegación por parte de los poderes públicos. El enfermo se hace así, en cierto modo, responsable de su propia salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ADEVA MARTÍN, I., “Cómo se preparaban para la muerte los españoles a finales del siglo XV”, *Anuario de Historia de la Iglesia*, nº1, 1992, pp. 113-138.
- AGRA ROMERO, M.J., *J. Rawls: El sentido de justicia en una sociedad democrática*, Servicio de Publicaciones Universidad de Santiago, Santiago de Compostela, 1985.
- AGUILÓ BONET, A. J., “El pensamiento mágico en la modernidad: biomedicina y chamanismo”, *Taula, Quaderns de pensament*, Nº39, Universitat de les Illes Balears, 2005.
- ALARCOS, F. J., *Bioética global, Justicia y Teología moral*, Universidad Pontificia de Comillas, Desclée De Brouwer, Bilbao, 2005.
- ALBY, J.C., “Dios, naturaleza y hombre en la medicina Adventista de Maimónides”, *Enfoques*, Vol. XIX, Nº 1-2, 2007, pp. 95-110.
- ALCINA FRANCH, J., *Justicia y libertad. La larga marcha hacia un futuro incierto*, Asociación Andaluza de Antropología, Sevilla, 2005.
- ALEMANY, M., “Las estrategias de la benevolencia. Sobre las relaciones entre el paternalismo y la bioética”, *Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, Universidad de Alicante, 769-795, 2003.
- ALONSO GUARDO, A., “Algunas observaciones sobre la edición de textos latinos medievales de medicina”, Proyecto de investigación *Diccionario latino de ginecología y andrología: Antigüedad, Edad Media y Renacimiento (III)*, 2011, pp. 15-26.
- ALSINA, J., VINTRO, E., SALLEN, T., *La medicina hipocrática*, Ediciones Castilla, Madrid, 1976.
- ALSINA, J., *Hipócrates. Tratados Médicos*, Anthropos, Barcelona, 2001.
- ALSINA, J., “Modelos de estructura y dinámica científica en la medicina hipocrática”, *Llul*, vol. 25, 2002, pp. 5-16.
- ALVÁREZ GÓMEZ, J., “La asistencia a los enfermos en la historia de la Iglesia”, *Dolentium Hominum*, Nº 31, Año XI-N. 1, 1996.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *Code of Medical Ethics*, New York Academy of Medicine, New York, 1848.
- AMUNDSEN, D. W., “La obligación médica de prolongar la vida: un deber de la medicina que carece de raíces clásicas”, *Ars Medica. Revista de Humanidades*, nº 4, 2005, pp. 185-203.
- ANGELINI, F.: “El sentido del recorrido histórico “Ve, y haz tú lo mismo” De Hipócrates al Buen Samaritano”, *Dolentium Hominum*, nº 31, Año XI-Nº 1, 1996.
- APARICIO MENA, A.J., “Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas”, *Gaceta Antropológica*, nº20, Universidad de Granada, 2004.
- ARA PINILLA, I., *Las transformaciones de los derechos humanos*, Tecnos, Madrid, 1990.
- ARBAIZA VILLALONGA, M., “Las condiciones de vida de los trabajadores de la industria vizcaína a finales del s. XIX a través de la morbi-mortalidad”, *Revista de Historia Industrial*, Nº8, Año 1995, pp. 65-97.

- ARBOLEDA-FLÓREZ, J., “Equidad y asignación de recursos: Donde la ética y la justicia social se interceptan”, en LOLAS STEPKE, F., (editor), *Bioética y Cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*, Serie Publicaciones, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago de Chile, 2000.
- ARIAS CONDEMINAS, J., *Tutankhamon*, Enciclopedias de Gasso, Barcelona, 1971.
- ARINZE, F., “La pedagogía del sufrimiento en las diversas religiones”, *Dolentium Hominum*, Nº 31, Año XI-N. 1, 1996.
- ARTELLS, J. J., et al., *Necesidad y demanda del paciente oncológico*, Fundación Salud Innovación y Sociedad, Barcelona, 2003.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE HOSPITALES, *Carta de los Derechos del Paciente* aprobado por la el 6 de febrero de 1973. Texto publicado con la autorización de la Asociación Americana de Hospitales y traducido de la redacción del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del original.
En: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr25.pdf>.
- ASUA, J., TABOADA, J. “Experiencias e instrumentos de priorización”, *Línea*, Vol. 1, Red de investigación de resultados en salud y servicios sanitarios (IRYSS), 2005. Disponible en: <http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/pdf/priorinecersec.pdf>.
- ATRIA, F., “¿Existen derechos sociales?”, *Congreso de la Asociación Mundial de Filosofía Social y Jurídica*, Lund, 2003, pp. 15-59.
- BABINI, J., *Historia de la medicina*, Editorial Gedisa, Barcelona, 2000.
- BADILLO ABRIL, R., “Medicina en la Antigüedad Clásica: El primer paradigma en su historia”, *Salus Uis*, 2004; 36: 175-182. En URL: <http://gavilan.uis.edu.co/~reybad/docencia/asignatura1/pdfs/material2.pdf>.
- BARONA, J. L., “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar”, *Política y Sociedad*, 35, Madrid, 2000, pp. 31-44.
- BARQUÍN, M., *Historia de la Medicina*, Méndez Editores, México, 1994.
- BARRAGÁN, H. L., “Lineamientos de la historia de la enfermedad y de la medicina occidental”, *Fundamentos de Salud Pública*, en: http://inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_1.pdf.
- BAUM, F., “¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI”, *Medicina social*, 2007, vol. 2, nº 1, pp. 37-46.
- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., *Principios de Ética Biomédica*, Masson, Barcelona, 1999.
- BELTRÁN AGUIRRE, J. L., “Tratamiento de datos de salud en la prestación de servicios sociales”, *Derecho y Salud*, Volumen 18, Número 1, Enero-Junio 2009.
- BENTHAM, J., *Fragmento sobre el gobierno*, Aguilar, Madrid, 1973.
- BERNABEU MESTRE, J., “Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942”, *Boletín de la Asociación Demográfica Histórica*, XVI, II, 1998, pp. 15-38.
- BEVERIDGE, W. “Social insurance and allied services”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, vol. 78, nº 6, pp. 847-855.

- BLAS ORBÁN, C., *El equilibrio en la relación médico-paciente*, Bosch Editor, Madrid, 2006.
- BLÁZQUEZ-RUIZ, F. J., *Igualdad, libertad y dignidad*, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, 2003.
- BOBBIO, N., *El tiempo de los derechos*, Editorial Sistema, Madrid, 1991.
- BOBBIO, N., *Igualdad y libertad*, Ediciones Paidós, ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 1993.
- BORRELL-CARRIO, F., EPSTEIN, R., y PARDELL, H., “Profesionalidad y *professionalism*: fundamentos, contenidos, praxis y docencia”, *Med.Clin.*, Barcelona, nº 127(9), 2006, pp. 337-42.
- BROTMAN, D., et al., “In search of fewer independent risk factors”, *Archives of internal medicine*, 2005, Vol. 165, No 2, pp. 138-145.
- CABANES JIMÉNEZ, P., “La Medicina en la Historia Medieval Cristiana”, *Espéculo: Revista de Estudios Literarios*, Nº 32, Universidad de Cádiz, 2006, pp.1-17.
- CALLAHAN, D., “La inevitable tensión entre la Igualdad, la Calidad y los Derechos de los Pacientes”, en LOLAS STEPKE, F. (editor), *Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos*; Serie Publicaciones, Programa Regional de Bioética, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Panamá, 2000.
- CALLAHAN, D.; WASUNNA, A., *Medicine and the market: equity v. choice*. John Hopkins University Press, 2008.
- CALVET, L.J., *Historia de la escritura: de Mesopotamia hasta nuestros días*, Editorial Paidós, Barcelona, 2001.
- CALVO MARTINEZ, T., “La noción de la Physis en los orígenes de la filosofía griega”, *Daymon*, Revista de Filosofía, nº21, 2000, pp. 21-38.
- CALVO SORIANO, G., “La medicina en el Antiguo Egipto”, *Paediatrica*, Volumen5, Nº1, Ene-Ago, 2003, pp. 44-50.
- CAMPS, V., “Presentación”, *Cuaderno de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, Libertad y Salud*, Nº1, Barcelona, 1999.
- CAMPS, V., “El sentido del civismo”, *Los monográficos de Barcelona Metròpolis Mediterrànea B.MM*, Universidad Autónoma de Barcelona, No 6, 2005, pp. 15-21.
- CARBAJO ISLA, M.F., *La población de la villa de Madrid desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX*, Siglo veintiuno de España Editores, Madrid, 1987.
- CASTÁN TOBEÑAS, J., *Los derechos del hombre*, Instituto Editorial Reus, Madrid, 1985.
- CASTILLO GÓMEZ, A., “En el viñedo del texto. Libro y lectura en la universidad medieval”, *Cuaderno del Instituto Antonio de Nebrija*, nº5, 2002, pp. 223-252.
- CAVAZOS GUZMÁN, L., CARRILLO ARRIAGA, J.G., *Historia y evolución de la Medicina*, Manual Moderno, México, 2009.
- CECCHETTO, S., “Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina”, *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.*, nº 5 (2), pp. 77-87, Dic. 2000-6 (1), Junio 2001: 7-14, en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5-6n2-1/art3.pdf>.
- CICCONE, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*, Ediciones Palabra, Madrid, 2005.

- CLOTTE, J., “Chamanismo en las cuevas paleolíticas”, Ponencia defendida ante el 40 Congreso de Filósofos Jóvenes, Sevilla, 2003, en:
<http://www.elosuquematoafavila.com/poesiaencangas.com/chamanismo.htm>.
- Código de Núremberg de 1946, Tribunal Internacional de Núremberg, 1946, en Centro de Documentación de Bioética, Departamento de Humanidades Bioéticas, Universidad de Navarra, en: <http://www.unav.es/cdb/intnuremberg.html>.
- CONDE, J., “El sufrimiento y el sentido de la vida”, *Dolentium Hominum*, Nº 31, Año XI-N. 1, 1996.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 5 de febrero de 1917 que reforma la del 5 de febrero de 1857. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917, Fe de erratas 6 de febrero de 1917. En:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>.
- Constitución de Weimar de 1919.
Disponible en: http://www.zum.de/psm/weimar/weimar_vve.php.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- COUCEIRO, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, nº29 (Supl. 3), 2006, pp. 61-74.
- CREMONA, C.P., “La atención al enfermo en los Padres de la Iglesia”, *Dolentium Hominum*, Nº 31, Año XI-N. 1, 1996.
- CRESCENTINO, E., “La ley en Súmer y Babilonia”, *Transoxiana*, nº3, Noviembre 2001, en: <http://www.transoxiana.com.ar/0103/babilonia.htm>.
- CROATTO, J.S., “El libro de Job como clave hermenéutica de la teología”, *Revista Bíblica*, Vol. 43, 1981, pp. 33-45.
- CRUZ-COKE, R., “Peregrinaciones a las fuentes de la medicina clásica”, *Rev. Méd Chile*, nº135, 2007, pp. 1076-1081.
- CUÑAT, C., REDONDO, M., “Entrevista a Pedro Laín Entralgo”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 2 (5), 1982, pp. 43-55.
- DE BARTOLOMÉ CENZANO, J.C., *Derechos fundamentales y libertades públicas*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2003.
- DE CELANO, F.T., *Vida Primera de San Francisco*, San Francisco de Asís. *Escritos. Biografías. Documentos de la época*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1998, en www.fratefrancesco.org
- DE CELANO, T., *Vida Segunda de San Francisco*, 1253, San Francisco de Asís. *Escritos. Biografías. Documentos de la época*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1998, en: www.fratefrancesco.org
- Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948.

- DE CURREA-LUGO, V., “La salud como derecho humano”, *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, Núm. 32, Bilbao, 2005.
- DE JESÚS HARFOUCHE, A. P., *Hospitales transformados en empresas. Análisis del Impacto en la Eficiencia: Estudio comparativo*, Pfizer, Lisboa, 2009.
- DE LA PEÑA, F., “Más allá de la eficacia simbólica del chamanismo al psicoanálisis”, *Cuiculco*, vol. 7, nº18, México, 2000.
- DE LA TORRE DÍAZ, J., JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., APARICIO RODRÍGUEZ, L. C., GONZÁLEZ MORÁN, L., *Normas básicas de Bioderecho*, Dykinson, Madrid, 2010.
- DE LORA, P.; ZÚÑIGA FAJURI, A., *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Iustel, Madrid, 2009.
- DE LUCAS, J., “Sobre el origen de la justificación paternalista del poder en la antigüedad clásica, Política”, *DOXA*, 1988, nº 6, pp. 243- 249.
- DE MIGUEL BERIAIN, I., “La dignidad humana, fundamento del derecho”, *UNED, Boletín de la Facultad de Derecho*, nº 27, 2005, pp. 325-356.
- DE MIGUEL BERIAIN, I., *Bioética y nuevas biotecnologías en salud humana*, Premio “Junta General del Principado de Asturias-Sociedad Internacional de Bioética (SIBI)”, Gijón, 2008.
- DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2009.
- DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F., “El menor: un paciente complicado (al menos desde la perspectiva legal)”, *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, No 8, 2014, pp. 289-305.
- DE VELASCO, J. M., *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2003.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217ª (III) el 10 de diciembre de 1948 en París. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexesp.pdf>.
- Declaración sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 en Yakarta, Republica de Indonesia.
- DEL PINO, E. “Debates sobre la reforma del Estado de Bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones”. *Documento de Trabajo*, 2004, vol. 4, pp. 11-16.
- DEL VALLE GARCIA, M., “Edad Media y enfermedad”, *SEDENE*, Nº26, Segundo Semestre, 2007, pp. 9-26.
- DÍAZ GONZÁLEZ, J., *Historia de la medicina en la antigüedad*, Editorial Barna, S.A., Barcelona, 1950.
- DÍAZ PÉREZ, A., “Práctica y enseñanza de la medicina en los siglos XIII al XIV”, en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.) *La vida cotidiana en la Edad Media: VIII Semana de estudios medievales*, Instituto de Estudios riojanos, Nájera, 1998.
- ENGELS, F., *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Ediciones Júcar, Madrid, 1979.

- ENGELS, F., *Principios del comunismo*, de las Obras Escogidas de K. Marx y F. Engels, Tomo I, Editorial Progreso, Moscú, 1981.
- EPF's Patients' Manifesto for the European Parliament and Commission, 150 Million reasons to act, European Patients' Forum. Disponible en: http://www.eu-patient.eu/Documents/Events/Manifesto/epf_manifesto.pdf.
- ESCOBAR, A., et al., "Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes", *Gaceta Sanitaria*, 2005, Vol. 19, No 5, pp. 379-385.
- FEITO GRANDE, L., "La bioética en la Universidad Complutense de Madrid", en DE LA TORRE DÍAZ, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la bioética española*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2011.
- FERNÁNDEZ DE CASTRO-PEREDO, H., "Ética médica en la literatura del siglo XIX", *Gaceta Médica de México*, Vol. 141, N° 4, 2005, pp. 323-334.
- FERNÁNDEZ, E., "El contractualismo clásico (siglos XVII y XVIII) y los derechos naturales", *Anuario de Derechos Humanos de la Universidad Complutense*, núm. 2, 1983, pp. 59-100.
- FERNÁNDEZ LAMELAS, M. A., ALVAREZ RODRIGUEZ, T., RAMIRO FERNÁNDEZ, J. M., MARTÍNEZ DE SANTIAGO, S., "El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería", *Cuaderno Bioética XIX*, 2008, pp. 59-66.
- FERNÁNDEZ MONTALVO, R., "Dimensión del derecho a la protección de la salud. Su tratamiento en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional", *Derecho y Salud*, Vol. 19 Extraordinario XVIII Congreso, 2010.
- FERNÁNDEZ PÉREZ, J., "Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión", *Revista electrónica de Investigación Educativa*, Vol. 3, N°1, 2001, pp. 24-36.
- FERRER, J.J., *Sida y bioética: de la autonomía a la justicia*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1997.
- FOUCAULT, M., "Historia de la medicalización", *Educación médica y salud*, Vol. 11, N° 1, 1977, pp. 3-25.
- FOUCAULT, M., "Incorporación del hospital en la tecnología moderna", *Educación Médica y Salud*, Vol. 12, N° 1, 1978, pp. 20-35.
- GAFO, J., *10 palabras clave en Bioética*, Editorial Verbo Divino, Estella (Navarra), 1998.
- GALLENT, M., "Historia e historia de los hospitales", *Revista d'Història Medieval*, n°7, Valencia, 1993, pp. 179-191.
- GARGANTILLA, P., *Breve historia de la medicina. Del chamán a la gripe A*, Ediciones Nowtilus S.L., Madrid, 2011.
- GARCIA BALLESTER, L., *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Ediciones Península, Barcelona, 2001.
- GARCIA BARRENO, P., "De la trepanación a la cirugía virtual", n° 698, Febrero 2004, pp. 365-417. En: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor>.
- G^a GÓMEZ-HERAS, J. M., "Consentimiento informado y autonomía moral", en G^a GÓMEZ-HERAS, J. M. y VELAYOS CASTELO, C. (eds.), en *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Tecnos, Madrid, 2005.

- GARCIA GUAL, C., *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983.
- GARCIA SOLA, M. C., “El médico en la antigüedad clásica”, en García González, J. M., Pociña Pérez, A. (eds.), *Grecia y Roma: Las gentes y sus cosas*, Universidad de Granada, Sociedad Española de Estudios Clásicos, Granada, 2003.
- GARCIA TURZA, J., “La transmisión cultural hispana y el renacimiento carolingio” en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.) *La enseñanza en la Edad Media: X Semana de Estudios Medievales*, Instituto de Estudios Riojanos, Nájera, 2000.
- GARCÍA VALDÉS, A., *Historia de la medicina*, Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid, 1987.
- GÉRVAS, J., “Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España”, *Gaceta Sanitaria*, 2006, Vol. 20, pp. 127-134.
- GIDDENS, A., *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia*, Taurus, Madrid, 1999.
- GOGLIN, J.L.: *Les misérables dans l'Occident médiéval*, Éditions du Seuil, Paris, 1976.
- GOIKOETXEA, M. J., “Introducción a la Bioética”, *Cuadernos de Teología Deusto*, Núm. 20, Universidad de Deusto, 1999.
- GÓMEZ RIVERO, M.C.: *La protección penal de los datos sanitarios. Especial referencia al secreto profesional médico*, Editorial Comares, Granada, 2007.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., “La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida”, en Feito, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., “Los datos genéticos en el tratado de Prüm”, *Revista de Derecho Constitucional Europeo*, Nº7, 2007, pp. 137-166.
- GONZÁLEZ R., ARNAIZ, G., “Bioética: saber y preocupación”, en JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. (director), *Bioética y Bioderecho. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*, Editorial Comares, Granada, 2008.
- GONZÁLEZ FISHER, R.F., FLORES SHAW, P. L., “El papiro quirúrgico de Edwin Smith”, *An. Med (Mex)*, nº 50, 2005, pp. 43-48.
- GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la Bioética al Bioderecho. Libertad, vida y muerte*, Editorial Dykinson, Madrid, 2006.
- GONZÁLEZ MORÁN, L., “Información y consentimiento en el ámbito de los análisis clínicos y de la utilización de muestras biológicas humanas con fines de investigación biomédica”, en: JUNQUERA, R. y DE LA TORRE DÍAZ, J., (editores), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Dykinson, Madrid, 2012.
- GRACIA, D., “De la bioética clínica a la bioética global: Treinta años de evolución”, *Acta Bioética*, 2002; año VIII, No 1, pp. 27-39.
- GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid, 2004.
- GRACIA, D., “Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto?”, *Rev Esp Salud Pública*, Nº5; 80, 2006, pp. 457-467.
- GRACIA, D., *Fundamentos de bioética*, Triacastela, Madrid, 2007.

- GRANJEL, L.S., *La medicina española del siglo XVII*, Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca, 1978.
- GRANJEL, L.S., *Historia política de la Medicina Española*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1985.
- GRANJEL, L.S., *La medicina española contemporánea*, Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca, 1986.
- GREGORY, J., *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos del médico con el método de sus estudios*, Madrid en la Imprenta Real, Madrid, 1803.
- GUERRERO, L., LEÓN, A., “Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica”, *Fermentum*, Año 18, nº 53, septiembre-diciembre 2008, pp. 610-633.
- GUERRERO ZAPLANA, J., *El consentimiento informado. Su valoración jurídica en la jurisprudencia*, Ed. Lex Nova, Madrid, 2004.
- GUILAINE, J., ZAMMIT, J., *El camino de la guerra: la violencia en la prehistoria*, Editorial Ariel, Barcelona, 2002.
- GUINAND, C., “La creación de la AISS y la OIT”, *Revista Internacional de Seguridad Social*, nº61(1), 2008, pp. 93-112.
- GUGLIELMI, N., “La ciudad medieval”, *Revista Electrónica de Fuentes y Archivos*, número 2, 2011, pp. 18-54, en: www.refa.org.ar
- GUNDERMAN, R., “La enfermedad como fracaso: la culpación de los pacientes”, *Ars Medica*, 2003, Vol. 2, pp. 189-198.
- HANCOCK, T., “Beyond Health Care: From Public Health Policy to Healthy Public Policy”, *Canadian Journal of Public Health*, Supplement One Vol. 76, May/June 1985, pp. 9-11.
- HOYOS, J. E., “Chamanismo y Medicina, ¿Dos formas del vínculo social?”, *Affectio Societatis*, nº5, Universidad de Antioquía, 1999.
- HUERTAS, R., "La salud y la norma. Para una genealogía de la mirada médica", *Pensar críticamente la educación escolar. Perspectivas y controversias historiográficas*, Prensas Universitarias de Zaragoza (2008), pp. 205-228.
- Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, (18 de Abril de 1979), Observatorio de Bioética y Derecho;
En: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- IRABURU, M., “Confidencialidad e intimidad”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, nº29 (Supl. 3), 2006, pp. 49-59.
- IRIGOYEN, J., “La reinención de los pacientes («el cliente siempre tiene razón»)", *Salud 2000*, Septiembre 2007, Vol. 113, pp. 20-24.
- JAECER, W., “Alabanza de la ley. Los orígenes de la filosofía del derecho y los griegos”, *Revista de estudios políticos*, nº 67, 1953, pp. 17-48.
- JIMÉNEZ DE PARGA, M., “El derecho constitucional a la protección de la salud”, en *La Salud como valor constitucional y sus garantías*, Editor: Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, Madrid, 2004.
- JOVELL, A. J., “La historia natural de la profesión médica vista por un paciente”, *Monografías “Humanitas”*, *La profesion médica y los retos del milenio*, 2004, No 7, pp. 23-31.

- JOVELL, A. J., et al., "Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario", *Atención primaria*, 2006, Vol. 38, No 4, pp. 234-237.
- JOVELL, A. J., et al., "Realidades, expectativas y oportunidades para los pacientes en la Unión Europea", *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2009, Vol. 7, No 4, pp. 611-617.
- JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "La fundamentación de los derechos humanos: Un intento de sistematización", *Derechos y Libertades, Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, Año VII, Enero/Diciembre, Número 11, 2002, pp. 399-430.
- JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "Minoría de edad, paternalismo y capacidad de decisión: ¿hacia una mayoría de edad sanitaria?", en ADROHER BIOSCA, S., y MONTALVO JAASKELAIN, F., *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Thomson-Aranzadi/Comillas, 2008, pp. 475-489.
- JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "Derecho, Bioética y Bioderecho, un cruce de caminos para un derecho emergente: el derecho a ser informado en la asistencia biomédica", en: JUNQUERA, R. y DE LA TORRE DÍAZ, J., (editores), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Dykinson, Madrid, 2012, pp. 13-38.
- JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. y DE LA TORRE DÍAZ, F.J., *Dilemas bioéticos actuales. Investigación biomédica, principio y final de la vida*, UNED-COMILLAS DYKINSON, Madrid, 2012.
- JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., "La información y el consentimiento informado", *Moralia* 36 (2013), pp. 31-50.
- JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. y DE LA TORRE DÍAZ, F.J., *La Reproducción Médicamente Asistida, un estudio desde el derecho y desde la moral*, Tecnos, Madrid, 2013.
- JUNYENT, M.; MIRÓ, O.; SÁNCHEZ, M., "Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona", *Emergencias*, 2006, Vol. 18, pp. 232-235.
- KATZ, J.: *El médico y el paciente: su mundo silencioso*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- KLINGER, F., "Idea de justicia de Hesíodo a San Agustín", *Revista de estudios políticos*, nº 72, 1953, pp. 23-36.
- KRIVOY, A., KRIVOY, J., KRIVOY, M., "Aspectos neuroquirúrgicos parciales del Papiro de Edwin Smith", *Gac. Méd. Caracas*, 2002, nº 110(3), pp. 386-391
- LAÍN ENTRALGO, P., "Los orígenes del diagnóstico médico", *Acta Hispanica ad ~Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam, DYNAMIS*, Vol. 1, 1981, pp. 3-15.
- LAIN ENTRALGO, P., *Historia de la medicina*, Salvat, Barcelona, 1982.
- LAIN ENTRALGO, P.: *La relación médico-enfermo*, Alianza Universidad, Barcelona, 1983.
- LAIN ENTRALGO, P., *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Anthropos, Barcelona, 1987.
- LAIN ENTRALGO, P., *El médico y el enfermo*, Triacastela, Madrid, 2003.
- LALONDE, M., *Nouvelle perspective de la santé des canadiens, un document de travail*, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1974.

- LARA NAVA, M. D., *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983.
- LARA NAVA, M. D., “El prestigio del médico hipocrático”, *Cuadernos de filología clásica: Estudios griegos e indoeuropeos*, Nº 14, 2004, pp. 45-58.
- LÁZARO, J. y GRACIA, D.: “La relación médico-enfermo a través de la historia”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, 2006, 29 (Supl. 3), pp. 7-17.
- LE GOFF, J., *Los intelectuales en la Edad Media*, Gedisa, Barcelona, 1986.
- LEÓN CORREA, F. J., “Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva”, *Biomedicina*, nº2 (3), 2006, pp. 257-260.
- LERMA AGUDELO, C., “Arte, humanismo y cirugía: una visión holística”, *Rev. Colomb Cir.*, Nº 24, 2009, pp. 207-22.
- Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo sobre protección civil del derecho del honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen, BOE núm. 115 de 14 de mayo de 1982.
- Ley 14/1986, General de Sanidad de 25 de abril, BOE núm. 102, de 29 de abril.
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, BOE núm. 102, de 29 de Abril de 1986.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.
- 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 de noviembre.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 128 de 29 de mayo de 2003.
- Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 23 de marzo de 2010. Disponible en: <http://l.barackobama.com/salud/>
- LINDEMAN, M., *Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800*, Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, 2001.
- LIPSCOMB, J.; DRUMMOND, M., et als, “Conservar y Mejorar el AVAC”, *Value in Health*, Vol. 12, Suplemento I, 2009, pp.18-26.
- LOBOS, J. M.; CASTELLANOS, A., “Factores de riesgo cardiovascular”, *C&AP Ediciones Médicas*, Nº3, 2006, pp. 107-114.
- LOCKE, J., *Carta sobre la tolerancia*, Tecnos, Madrid, 1985.
- LOCKE, J., *Ensayo sobre el gobierno civil*, Ediciones Aguilar, Madrid, 1990.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G., “Una visión de futuro de las políticas de salud”, *Gaceta Sanitaria*, 2009, Vol. 23, No 5, pp. 458-461.
- LOPEZ ESPINOSA, J.A., “Una rareza bibliográfica universal: el Papiro médico de Edwin Smith”, *ACIMED*, nº 10(3), 2002, pp. 9-10.
- LÓPEZ ESPUELA et al., “La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería”, *Nure Investigación*, nº 46, Mayo-Junio 2010, pp. 1-14.
- LÓPEZ FÉREZ, J. A., *Tratados Hipocráticos*, Editorial Gredos, Madrid, 1983.
- LÓPEZ FÉREZ, J. A., “Hipócrates y los escritos hipocráticos: Origen de la medicina científica”, *UNED, Epos: Revista de filología*, nº 2, 1986, pp. 157-175.

- LÓPEZ OLIVA, J.O., “La Constitución de Weimar y los derechos sociales”, *Prolegómenos-Derechos y Valores*, Volumen XIII, No 26, Julio-Diciembre 2010, pp. 233-243.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M., *La medicina en la historia*, La Esfera de los libros, Madrid, 2002.
- LÓPEZ RILLO, N.; EPELDE, F. “Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario”, *Emergencias*, 2010, Vol. 22, pp. 109-112.
- LÓPEZ TERRADA, M.L., “Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII”, *DYNAMIS*, Vol. 22, 2002, pp. 85-120.
- LUNA DÍAZ, L. M., “El surgimiento de la organización corporativa en la Universidad medieval”, *Historia de la Universidad colonial: avances de investigación*, Real Universidad de México, estudios y textos, Vol. 1, 1987, en: <http://www.depa.fquim.unam.mx>
- MACKAY, A.: “Ciudad y campo en la sociedad medieval”, *Studia histórica. Historia Medieval*, Vol. 2, 1984, pp. 27-54.
- MALTHUS, T. R., *Ensayo sobre el principio de la población*, Establecimiento Literario y Tipográfico de D. Lucas González y Compañía, Madrid, 1846.
- MARCOS DEL CANO, A. M., *Bioética y Derechos Humanos*, UNED, Madrid, 2011.
- MARTIN CAMACHO, J., *El saber en las escuelas catedralicias en las escuelas abaciales en los siglos XIII y XIV*, pp. 1-9, 2000, En: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo04.pdf>).
- MARTINEZ MARZOA, F., *Historia de la Filosofía*, Fundamentos Maior, Istmo, 1994.
- MARTÍNEZ MORÁN, N., *Utopía y realidad de los Derechos Humanos en el cincuenta aniversario de su Declaración Universal*, UNED, Madrid, 1999.
- MARTÍNEZ MORÁN, N., *Biotecnología, Derecho y Dignidad humana*, Comares, Granada, 2003.
- MARTÍNEZ RAMOS, C., “Nuevos retos del Sistema Sanitario”, *REDUCA*, Vol. 1, No 1, 2009, pp. 19-39.
- MARTINEZ SAMPERE, E., “El derecho a la mujer a decidir su maternidad”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coordinador), *Bioética y Derechos Humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, pp. 270-82.
- MARX, K, ENGELS, F., *El manifiesto comunista*, Turner, Madrid, 2005.
- MAS GARRIGA, X., et al., “Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa”, *Atención Primaria*, 2003, Vol. 31, No 4, pp. 214-221.
- MASTELLARI, M., “Algunos aspectos de interés histórico de la medicina china tradicional”, *Revista Temas*, nº 47, 2006, pp. 1-21.
- MAYER FOULKES, B., “El origen de la Historiografía: Historicidad, escritura y plus-de-goce”, *Psicología & Sociedade*, Vol. 21, Edición Especial, 2009, pp. 43-50.
- McKIE, J.; RICHARDSON, J., “The rule of rescue”, *Social science & medicine*, 2003, Vol. 56, No 12, pp. 2407-2419.

-MENÉNDEZ NAVARRO, A., “Un testimonio médico sobre las condiciones de vida y trabajo de los mineros de Almadén en la segunda mitad del siglo XVIII: el prólogo del *Catástrofe morboso de las minas mercuriales de la villa de Almadén del Azogue* (1778) de José Parés y Franqués (†1798)”, *Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 11, 1991, pp. 147-196.

-MICHELI-SERRA, A., “En torno a la ética profesional del médico”, *Gac. Méd. Méx.*, Vol. 140 N° 1, 2004, pp. 89-92.

-MÍGUEZ, E., “El establecimiento de prioridades en sanidad”, *Actas de XXI Jornadas de Economía de la Salud*, Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Vigo, Vigo, 2001.

-MINARDI MITRE, R., et al, “La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud”, *Rev Panam Salud Pública*, Vol. 11, 2002, pp. 253-61.

-Ministerio de Sanidad y Consumo, *Sistema Nacional de Salud España*, Instituto de Información Sanitaria, Madrid, 2008.

-MIRÓ, O., “¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030. Where are we going? Emergency care 2030”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2010, Vol. 33, No Suplemento 1, pp. 229-235.

-MITRE FERNÁNDEZ, E.: *Fantasmas de la sociedad medieval. Enfermedad. Peste. Muerte*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 2004.

-MOONEY, G. H., “Cost-benefit analysis and medical ethics”, *Journal of medical ethics*, 1980, vol. 6, No 4, pp. 177-179.

-MORENO MILLÁN, E., “Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente”, *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2007, Vol. 19, No 1, pp. 32-35.

-MORENO MILLÁN, E., “¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?”, *Emergencias*, 2008, Vol. 20, pp. 276-284.

-MOSS, A.H.; SIEGLER, M. “Should alcoholics compete equally for liver transplantation?” *Jama*, 1991, Vol. 265, No 10, pp. 1295-1298.

-MUÑOZ VALLE, I., “Política y sociedad en la Atenas de Pericles”, *Habis*, n° 2, 1971, pp.75-84.

-MUSSO, C. G., ENZ, P., “Los orígenes del récipe (rp/) en las recetas médicas. Del Antiguo Egipto a la medicina moderna”, aceptado el 21 de julio de 2005. En URL: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar>

-NARDONI, E., “La justicia en la Mesopotamia antigua”, *Revista Bíblica*, Año 55, N°52, 1993/4, pp. 193-214.

-NOZICK, R., *Anarquía, Estado y Utopía*, Fondo de Cultura Económica, México, 1988.

-NUN, J., “La rebelión del coro. Estudios sobre racionalidad política y el sentido común.”, *Punto de vista*, Buenos Aires, n° 20, mayo de 1984, pp. 6-11.

-Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales adoptado por la adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200(XXI) el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Disponible en: http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos_inter

[nacionales/naciones_unidas/common/pdfs/D.2-cp--PACTO-INTERNACIONAL-DE-DERECHOS-ECON-OO-MICOS.pdf](#).

-OECD (2013), "Total expenditure on health", *Health: Key Tables from OECD*, No. 1, doi: [10.1787/hlthxp-total-table-2013-2-en](#)

-OFFE, C., *Partidos políticos y nuevos sistemas sociales*, Editorial Sistema, Madrid, 1996.

-OMS, "Informe redactado por los participantes a un viaje de estudios organizado por la Organización Mundial de la Salud, Los Servicios Sanitarios en la URSS", *Cuadernos de Salud Pública* N°3, Ginebra, 1963, p. 9.

Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_3_spa.pdf.

-OMS, "Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud", *Serie Salud Para Todos*, N° 1, Ginebra, 1978.

-OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010* de la Organización Mundial de la Salud,

Disponible:http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS10_Full.pdf?ua1

-Organización Mundial de la Salud, *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata: 25º aniversario*, 24 de abril de 2003.

-Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, OMS, Luxemburgo, 2013.

-ORTIZ AGUIRRE, J. M., "Conferencia sobre el consentimiento informado", 27 de octubre de 2011, disponible en:

http://sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_formation/conferencia_consentimiento_informado.pdf.

-PALOMAR OLMEDA, A.; LARIOS RISCO, D.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.; *La reforma sanitaria*, Aranzadi, Madrid, 2012.

-PANEA, J. M., "La imprescindible dignidad", en Ruiz de la Cuesta, A. (coord.), *Bioética y derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005.

-PARDO LÓPEZ, M. M., "Intimidad personal, protección de datos sanitarios e intromisiones legítimas: una proyección hipotética de la doctrina *Tarasoff* sobre el ordenamiento jurídico español", *Anales de Derecho*, Universidad de Murcia, Número 25, 2007, pp. 181-214.

-PARDO TOMÁS, J., *El médico en la palestra. Diego Mateo Zapata (1664-1745) y la Ciencia Moderna en España*, Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo, Castilla y León, 2004.

-PAVIA-RUZ, N., CEBALLOS-QUINTAL, J.M., et als., "Magia, religión y medicina", *Rev. Biomed.*, nº9, 1998, pp. 192-198.

-PECES-BARBA, G., *Derechos sociales y positivismo jurídico: escritos de filosofía jurídica y política*, Librería-Editorial Dykinson, Madrid, 1999.

-PEIRÓ, S., ARTELLS, J. J., MENEU, R., "Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud", *Gaceta Sanitaria*, 2011, vol. 25, no 2, pp. 95-105.

-PERA, C., *El humanismo en la relación Médico-Paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina*, Fundación Salud, Innovación, Sociedad, Barcelona, 2001.

-PERCIVAL, TH., *Medical Ethics; or, a Code of Institutes and Precepts adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, S. Russell, Manchester, 1803.

-PÉREZ LUÑO, A.E., “Bioética e intimidad. La tutela de los datos personales biomédicos”, *Revista Aldaba* Nº32, Año 2004, pp. 31-63.

-PÉREZ LUÑO, A. E., *Derechos humanos, Estado de Derecho y Constitución*, Tecnos, Madrid, 2005.

-PÉREZ MÉNDEZ, P., VARELA TEMBRA, J.J., “Evolución y desarrollo de la medicina medieval en Occidente”, *Oceánide* nº1, 2009, disponible en:

<http://oceanide.netne.net/articulos/art1-2.php>

-PEREZ TAMAYO, R., *De la magia primitiva a la medicina moderna*, Fondo de Cultura Económica, México, 1997, en:

<http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/delamgi.html>.

-PINTO J. L.; NORD, E. “La preocupación por la equidad en la evaluación de programas sanitarios”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, Volumen 1, No 3, Julio-Septiembre, 2003, pp. 57-63.

-PLANS, P.; GARRIDO, P.; SALLERAS, L., “Coste-efectividad de la vacunación neumocócica en Cataluña”, *Revista Española de Salud Pública*, 1995, Vol. 69, No 5, pp. 409-417.

-PLANS, P., “Coste-efectividad de la vacunación antineumocócica 23-valente en Cataluña”, *Gaceta Sanitaria*, 2002, Vol. 16, No 5, pp. 392-400.

-PLATÓN, *Diálogos*, trad. RICO GOMEZ, M., Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2007.

-PLAZA, I., TOMO, M., ZARCO, C., BANDRÉS, F. y HERREROS, B., “El consentimiento informado. Historia y conceptos generales”, en *El consentimiento informado*, Comité de Bioética y Derecho Sanitario, Asisa-Lavinia, Madrid, 2010.

-PORRAS DEL CORRAL, M., “Biotecnología, Bioética y Derechos Humanos”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coordinador), *Bioética y Derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005.

-PRIETO GIL DE SAN VICENTE, L., VÉLEZ VÉLEZ, E., JUAN MELERO, P., LÓPEZ REVUELTA, Y., MARTÍNEZ GALA, P., MOÑINO SAINZ, M.A., “Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado”, *Rev. Nure Investigación*, Nº 16, Junio 2005, disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=39&id_menu=147

-PUIGBO, J. J., “El papiro de Edwim Smith y la civilización egipcia”, *Gac. Méd. Caracas*, jul. 2002, vol. 110, pp. 378-385.

-PUYOL, À., “Igualitarismo y distribución de recursos sanitarios”, *FRC, Revista de la Fundación Rafael Campalans*, No 9, Barcelona, 2004.

-PUYOL, À., “Ética y priorización de las listas de espera de la sanidad”, *Cuaderno de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, Libertad y Salud*, Nº18, Barcelona, 2009, pp. 29-49.

-RAFART, G. C., “Recordando a los muertos. La seguridad social, el empleo instituciones democráticas en Lord Willian Beveridge”. *Revista de Historia*, 2010, nº 5, pp. 297-313.

- RAWLS, J., *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1978.
- RAWLS, J., “Justicia distributiva”, *Estudios Públicos*, No 24, 1986, pp. 53-90.
- RAWLS, J., *Liberalismo Político*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
- RAWLS, J., “Justicia como equidad”, *Revista Española de Control Externo*, Vol. 5, No 13, 2003, pp. 129-158.
- REBOLLO DELGADO, L., GÓMEZ SÁNCHEZ, Y.: *Biomedicina y Protección de Datos*, Dykinson, 2008.
- REED JOHNSON, F., “¿Los AVAC están Avanzando o están Estancados?”, *Value in Health*, Vol. 12, Suplemento I, 2009, pp.38-39.
- Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario, BOE núm. 225, de 19 de septiembre.
- REY CANTOR, E.; RODRÍGUEZ RUIZ, M. C., *Las generaciones de los derechos humanos*, Grupo Editorial Ibáñez, Bogotá, 2007.
- REY GONZÁLEZ, A., “La Psiquiatría en la España del siglo XIX”, en Aparicio Basauri, V. (compilador), *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*, Arán Ediciones, Madrid, 1997.
- RODOTÀ, S., “Salud y libertad”, *Cuaderno de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, Libertad y Salud*, N°1, Barcelona, 1999.
- RODRÍGUEZ, C., *Atención sanitaria inicial a múltiples víctimas: las claves de la medicina de catástrofes*, Ideas propias Editorial SL, 2010.
- RODRÍGUEZ CABEZAS, A., “La Medicina en los textos sagrados”, Asociación Española de Médicos Escritores y de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Planeta Médico, en:
http://www.pacientesonline.org/medicina/planeta_medico/curiosidades/biblia.php
- RODRIGUEZ, E., MENÉNDEZ, A., “Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista”, *Arch Prev Riesgos Labor*, nº8 (2), 2005, pp. 58-63.
- RODRÍGUEZ MOLINA, T., “Modernidad Terapeutizada y postmodernidad Higienista: entre la obligación y la obsesión”, *Salud de los Trabajadores*, 2004, Vol. 12, No 1, p. 55-59.
- RODRIGUEZ PALOP, M. E., “La tercera generación de derechos humanos”, *Derechos y Libertades*, Número 16, Época II, enero 2007, pp. 277-284.
- ROJAS, P., MENASSA, A., *Medicina Psicosomática: Cuestiones preliminares*, Editorial Grupo Cero, Barcelona, 2005.
- ROOSEVELT, F., *Discurso de las Cuatro Libertades*, 6 de enero de 1941. Disponible:
http://www.presidentialrhetoric.com/historicspeeches/roosevelt_franklin/fourfreedoms.html
- ROSS, D.M., “Pobreza y Cajas de Ahorros en Escocia a mediados del siglo XIX”, *Papeles de Economía Española*, 2005, vol. 105, pp. 82-92.

-RUIZ DE LA PEÑA SOLAR, J.I., “La ciudad, marco de renovación de la sociedad europea medieval”, en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.), *Aspectos generales y cuestiones riojanas: I Semana de estudios medievales*, Instituto de Estudios riojanos, Nájera, 2001.

-RUIZ MIGUEL, C., “La tercera generación de los derechos fundamentales”, *Revista de Estudios Políticos (Nueva Época)*, Núm. 72, Abril-Junio 1991, pp. 301-312.

-SACHS, J., *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico: informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*, World Health Organization, 2002.

-SAMPEDRO, A., BARBÓN, J.J., “Los ojos en el Código de Hammurabi”, *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.*, 2009, nº 84, pp. 221-222.

-SAMPIETRO-COLOM, L., et al., “Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos”, *Gaceta Sanitaria*, 2006, Vol. 20, No 5, pp. 342-351.

-SAMUELSON, P.A.; NORDHAUS, W.D., *Macroeconomía*, Mc Graw-Hill, Madrid, 1996.

-SANCHEZ CARAZO, C., “Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información” en FEITO, L. (editor), *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004.

-SANCHEZ GONZÁLEZ, M. A.: *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*, Masson, Barcelona, 1998.

-SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I.; ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M.; MARTÍNEZ PÉREZ, J. E., “¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008”, *Gaceta Sanitaria*, 2008, vol. 22, pp. 126-136.

-SÁNCHEZ RUBIO, D., “Sobre el concepto de “historización” y una crítica a la visión sobre las (de)-generaciones de derechos humanos”, *PRAXIS*, Nº67, 2012, pp. 9-22.

-SANTANDER, F., DEL CASTILLO, C., “El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario”, *Norte de Salud Mental*, nº16, 2003, pp. 15-19.

-SAPAG-HAGAR, M., *Fe, esperanza y caridad en el mundo del medicamento: desde la Grecia clásica a la molecularidad del s. XXI*, Lecturas singulares, Real Academia Nacional de Farmacia, Madrid, 2007.

-SCHIPPERGES, H.: *El jardín de la salud*, Grano del Paraíso, Barcelona, 1987.

-SEMPERE-SELVA, T., et al., “Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reason: An approach with explicit criteria”, *Annals of Emergency Medicine*, 2001, Vol. 37, No 6, pp. 568-579.

-SEN, A., “¿Por qué la equidad en salud?”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2002, Vol. 11, No 5-6, pp. 302-309.

-SEOANE, J. A., “La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas”, *DS*, Vol. 16, 2008, XVI Congreso «Derecho y Salud», 79-86.

-SEOANE, J. A., “Las autonomías del paciente”, *Dilemata. Revista Internacional de Ética Aplicada*, No 3, 2010,

Disponible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/rt/metadata/35/50>

- SIERRA, N., “La enfermedad y la farmacopea en Mesopotamia”, *Transoxiana* 2, Junio 2001, en: <http://www.transoxiana.com.ar/0102/enfermedad.html>
- SIMON LORDA, P., “Diez mitos en torno al consentimiento informado”, *An. Sist. Sanit. Navar.*, Vol. 29, Suplemento 2, 2006, 29-40.
- SIMÓN LORDA, P. et al., “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”, *Revista de calidad asistencial*, 2008, Vol. 23, No 6, p. 271-285.
- SIMON LORDA, P., “Bioética e instituciones públicas en España: una visión personal”, en DE LA TORRE, J. (editor), *Pasado, presente y futuro de la Bioética Española*, Univ. Pontificia Comillas, Madrid, 2011.
- SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Paidós Transiciones, Barcelona, 1997.
- SMITH, A., *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, Tomo II, Valladolid, 1805.
- SMITH, A., *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, Fondo de Cultura Económica, México, 1958.
- SMITH, A., *Teoría de los sentimientos morales*, Fondo de Cultura Económica, México, 2004.
- SOLDEVILLA-CANTUESO, M.A., SOLANO-CORRALES, D., LUNA-MEDINA, E., “La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales”, *Rev. Calidad Asistencial*, nº23 (2), 2008, pp. 52-6.
- SOTO RÁBANOS, J.M., “Las escuelas urbanas y el renacimiento del siglo XII” en De la Iglesia Duarte, J.I. (coord.) *La enseñanza en la Edad Media: X Semana de Estudios Medievales*, Instituto de Estudios Riojanos, Nájera, 2000.
- SPIELVOGEL, J.J., *Civilizaciones de Occidente*, International Thomson editores, México, 2003.
- STUART MILL, J., *Sobre la libertad*, Aguilar, Barcelona, 1983.
- STUART MILL, J.: *Sobre la libertad*, Orbis, Barcelona, 1985.
- SUBIJANA ZUNZUNEGUI, I. J., “Policía judicial y derecho a la intimidad en el seno de la investigación criminal”, *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, Nº Extra 10, 1997, pp. 121-160.
- VALVERDE LOPEZ, J.L., *Estudios sobre Ética Farmacéutica*, Ediciones Doce Calles, Madrid, 1999.
- VAN PARIJS, P., "Marxismo, ecologismo y transición directa al comunismo", *Mientras tanto*, nº 26, 1986, pp. 107-129.
- VEGA-FRANCO, L., “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica”, *Salud Pública de México*, Vol.44, nº3, mayo-junio 2002, pp. 258-265.
- VÉLEZ S. J., J., *Bioéticas para el siglo XXI.30 años de Bioética (1970-2000)*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2003.
- VILLAVICENCIO MIRANDA, L., “El constructivismo kantiano según Rawls como fundamento de los derechos humanos”, *Frónesis, Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política*, Vol. 17, Nº 1, 2010, pp. 23-52.

- VIÑAO FRAGO, A., “La alfabetización en España: un proceso cambiante de un mundo multiforme”, *Perspectivas históricas de la educación de personas adultas*, 2009, Vol. 3, No 1, pp. 5-19.
- VIÑAO FRAGO, A., “Del analfabetismo a la alfabetización. Análisis de una mutación antropológica e historiográfica”, *Historia de la Educación*, 2010, Vol. 3, pp. 151-189.
- VIVANCOS, M. C.; VILCHES, F.: *La Regla de San Benito*, Instituto de Estudios Riojanos, Logroño, 2001.
- VOTH, H. J., “La discontinuidad olvidada: provisión de trabajo, cambio tecnológico y nuevos bienes durante la Revolución Industrial”, *Revista de Historia Industrial*, N°32, Año XV, 2006, pp. 13-32.
- WEBER, M., *Economía y sociedad, Esbozo de sociología comprensiva II*, Fondo de cultura económica, México-Buenos Aires, 1964.
- WEIZSÄCKER, V.V., *Escritos de antropología médica*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009.
- WELLS, H., *A history of the discovery of the application of Nitrous Oxide Gas, Ether and other vapors to surgical operations*, Gaylord Wells, Corner Main and Asylum, 1847.
- WIKLER, D. “Personal and social responsibility for health”, *Ethics & International Affairs*, 2002, Vol. 16, No 2, pp. 47-55.
- WILLIAMS, A., et al., “Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument”, *Health economics*, 1997, Vol. 6, No 2, pp. 117-132.
- ZANOBIO, B.: “Las dimensiones éticas de la medicina hipocrática y el encuentro específico con la moral cristiana”, *Dolentium Hominum*, N° 31, Año XI-N. 1, 1996.