

La importancia del lenguaje en la práctica médica actual

(The importance of language in current medical practice)

Echenique, Miguel M^º
Univ. del País Vasco
Fac. de Medicina y Odontología
Unidad Docente de San Sebastián
Apdo. 1019
20080 Donostia

BIBLIID [1577-8533 (2001), 4; 61-72]

La práctica de la Medicina supone la relación entre el Paciente y el Médico. Dicha relación se establece sobre la base del lenguaje articulado sobre una o varias matrices idiomáticas. Se realiza una reflexión sobre la experiencia personal con el fin de intentar clarificar y orientar una adecuada comunicación verbal que resulte en una praxis más adecuada.

Palabras Clave: Medicina. Lenguaje.

Medikuntzaren praktikak Gaixoaren eta Medikuaeren arteko harremana dakar berekin. Harreman hori hizkuntza artikulatua oinarritzen da, hizkuntza baten edo batzuen matrizearen gainean. Lan honetan gogoeta egiten da esperientzia pertsonalean oinarrituz, hitzezko komunikazio egokia bideratzeko, hortik praxi egokiagoa gerta dadin.

Giltz-Hitzak: Medikuntza. Hizkuntza.

La pratique de la médecine représente la relation entre le Patient et le Médecin. Cette relation s'établit sur la base du langage articulé sur une ou plusieurs souches idiomatiques. On réalise une étude sur l'expérience personnelle afin d'essayer de clarifier et d'orienter une communication verbale qui résulte en une pratique plus adéquate.

Mots Clés: Médecine. Langage.

Obedece la presente clase a la invitación realizada por la Sección de Medicina de la Sociedad de Estudios Vascos - Eusko Ikaskuntza, que dirige el Dr. Gorrotxategi, quien me indicó la posibilidad de reflejar por escrito todas aquellas impresiones, valoraciones, comportamientos y aspectos diversos que la práctica de la Medicina y la Cirugía plantean en la actualidad, centrando el tema en el empleo del lenguaje y sus repercusiones en el Acto Médico y en la relación Médico-Paciente.

Es por ello que lo que aquí se contienen son pensamientos y observaciones de índole absolutamente personal, filtrados, en todo caso, por el tamiz de treinta de práctica quirúrgica y vida hospitalaria y universitaria, de contacto con el enfermo y su entorno, así como un intento de análisis del variopinto y en ocasiones conflictivo mundo de la actividad médica en general, en el momento actual y en nuestra sociedad.

Una de las razones de estas reflexiones viene representada por el empleo actual del lenguaje y su significado se realiza en el ejercicio de la Medicina y Cirugía, en lo que muchas veces deriva en el establecimiento de un “lenguaje críptico”, para cada una de las ramas del saber, que dificulta muchas veces la comprensión de lo transmitido por parte de quien lo recibe. Es quizás una de las consecuencias de la fragmentación del Saber y su dispersión a partir del tronco común de la Ciencia.

También me gustaría señalar antes de continuar, que el presente escrito huye, en lo posible, de componentes metodológicos y referenciales y que trata simplemente de reflejar un estado de pensamiento nacido de la observación y reflexión desde el punto de vista del autor, con sus aciertos y limitaciones incluidas, queriendo representar más un discurso reflexivo, temporal y limitado sobre la materia anteriormente señalada con el fin de intentar establecer un hilo de comunicación fácil y accesible entre los Saberes del mundo del Derecho y de la Medicina.

Espero que, con las consideraciones indicadas haya podido cumplir los deseos de mi buen amigo y agradezco la paciencia demostrada tanto por él como por los lectores de éstas líneas.

Vamos a comenzar observando el escenario en que se desarrolla la actividad que estamos analizando.

Los protagonistas principales y esenciales de la misma son dos: El Paciente y el Médico. Ahora bien, existe un elemento vinculante de ambos y que establece esta relación tan peculiar: La Enfermedad. Es ésta última la que lleva a uno a solicitar ayuda al otro y es éste otro –El Médico en éste caso– quien debe y va a poner todo su leal saber, entender, experiencia y medios para tratar de procurar no hacer daño nunca, curar algunas veces, aliviar otras, pero, consolar siempre.

Así queda configurada la estructura elemental y fundamental del ejercicio de la Medicina, de una forma simple y clara. Es éste el punto de referen-

cia esencial, el que ha de servir de guía y orientación en situaciones conflictivas ó comprometidas. Es, por así decirlo, el componente de la SABIDURÍA del Acto Médico. Es el patrón y unidad de referencia perpetua. Va a constituir el elemento sutil, supraracional, mágico-religioso, pero secularizable, no concreto pero concretizable. Podría ser, y es, un Potencial. Un Potencial que se nos hará manifiesto de formas varias y a veces contrapuestas, pero del que no podemos prescindir de su elemento nuclear. Pero: ¿Cuál es la esencia de éste núcleo? Para algunos será un acto comercial, para otros una acción caritativa, algunos pensarán que se trata de un ejercicio científico, en algunos medios es una conquista ó un acto social y también tenemos elementos de juicio para decir que en ocasiones éste vínculo se establece como elemento de dominación y poder. ¿Cuál es el verdadero?: Todos los ellos. Todos los mencionados y algunos más van a estar presentes en cada Acto Médico y corresponde al Médico, fundamentalmente, y al Paciente, en menor grado, hacer que la relación que se establezca presente el predominio de uno u otro de los aspectos que hemos mencionado, nada más y nada menos.

El leal saber y entender van a estar representados por el CONOCIMIENTO. En el caso que nos ocupa, dicho CONOCIMIENTO nos muestra varias facetas: es por una parte CIENTÍFICO, como corresponde a los saberes cuantificables acumulados. El conocimiento científico, desde BACON, tiene unas características definidas como son el proceso inductivo, el proceso deductivo y la reproducibilidad y repetibilidad, siempre que se den las mismas condiciones, que es lo que justifica la aplicación universal de un procedimiento, siempre y cuando se cumplan las prescripciones sobre Ensayos Clínicos establecidos en la Declaración de Helsinki y su reafirmación posterior en Tokio. Es por otra HUMANÍSTICO, si pretende considerar al enfermo como persona y ser humano. Pero dentro de éste componente globalmente considerado como HUMANÍSTICO, hemos de diferenciar necesariamente otros aspectos que inciden en la globalidad, como pueden ser los aspectos psicológicos, sociológicos, educativos, de desarrollo, de comunicación, de creencias, en una larga relación de componentes científico-humanísticos, que el actual desarrollo de la Ciencia nos hace valorar, ponderar y considerar en cada uno de los pacientes que se presentan ante nosotros.

Además, hemos de tener en cuenta que otros dos elementos completan el cuadro: LA INFORMACION y los DATOS. La primera, de forma global e interactuando entre todos los componentes anteriormente señalados e interfiriendo en su evolución. La segunda, limitando puntualmente acciones, sucesos y procesos que tienen esencialmente una dimensión global –holística–, en el paciente en sí, en la enfermedad y en la sociedad en que asientan.

En éste momento, el objeto de estudio queda constituido de forma clara: El Paciente y el Médico, así como el vínculo que se establece entre ellos a través de La Enfermedad. Sobre ella gravitan elementos múltiples que modulan la relación, a través de componentes encuadrables dentro de clasificaciones tan dispares como la Sabiduría, el Conocimiento, la Información y los Datos.

El grado de complejidad ó sencillez, simpatía-antipatía, eficacia-ineficacia y demás dipolos de naturaleza similar se va a establecer entre el Paciente y el Médico junto con la interacción de todos los factores señalados.

Para completar la escena hemos de indicar otros elementos que han venido incluyéndose como “cuñas” dentro de la relación Médico-Paciente a medida que las sociedades se han desarrollado. Entre ellas podemos encontrar:

Administración Pública con todas sus estratificaciones.

La Administración Sanitaria con sus posibles variantes.

Los estamentos jerárquicos en los centros hospitalarios.

La propia jerarquía médica existente.

Los profesionales del Derecho que tratan de regular los “resultados” de la relación Paciente-Médico.

Las empresas médico-sanitarias con su soporte tecnológico y de mercado.

Los medios de comunicación y empresas editoriales.

Las compañías publicitarias.

Las empresas aseguradoras.

Los colegios profesionales.

Los estamentos académicos.

Las asociaciones religiosas y sectarias.

Las asociaciones de consumidores...

sin olvidar el entorno familiar y social, junto con el público, en general, que suele mostrar de forma elocuente y en último extremo definirá el grado de “sintonía social” de cuanto percibe y con el riesgo que supone, en ocasiones, guiarse de elementos accidentales de juicio y olvidándose de los esenciales en otras.

Visto lo anterior, puede comprenderse el grado de complejidad del ejercicio de la práctica médica en la actualidad y las dificultades de una comprensión adecuada de la misma.

Además, hemos de tener en cuenta que la relación entre los elementos señalados se debe establecer sobre una base verbal y en muchas ocasiones nos encontramos ante perversiones del significado exacto y último de los elementos de dicha comunicación: las palabras. No queriendo indicar en éste sentido con el término “perversión” otra cosa que el de desnaturalización o pérdida del exacto significado de la palabra y su contenido conceptual ó comprensión equívoca de lo transmitido. Pretendo pues con ésta aclaración evitar una “perversión” del término perversión.

Conviene aquí señalar que, de acuerdo a recientes “datos científicos cuantificables”, cerca del 80% de la comunicación es “no verbal”. El establecimiento de este concepto es importante para poder comprender la complejidad de cuanto estamos intentando analizar.

De los cuatro aspectos que hemos señalado en el apartado anterior: SABIDURÍA, CONOCIMIENTO, INFORMACIÓN y DATOS, en todos ellos podemos encontrar motivos y razones que justifiquen el concepto de “perversión” del lenguaje en el sentido que hemos indicado. ¡Estamos jugando con dificultades en el 20% que nos queda para comunicarnos mediante la palabra articulada, máximo logro ontológico y ello dando por supuesto que dicha comunicación lingüística se realiza dentro del mismo idioma y en un contexto cultural semejante!

En este momento “algo” nos indica que quizás no debemos prescindir del 80% restante en cuanto a intercambio personal y de comunicación se refiere y que elementos como el tono, la disposición, la actitud, el temple, la atención, la consideración y otros similares van a desempeñar un papel fundamental, aunque no sea lingüístico, en la relación que se establece, no sólo entre El Médico y el Paciente, sino entre ellos y todos los factores que van a interferir en la misma y que antes hemos indicado.

Unos pocos ejemplos de lo que hemos tenido ocasión de observar nos pueden ayudar:

1. DERECHO A LA SALUD. Término sistemáticamente empleado en campañas políticas y de publicidad sanitaria en general. Resulta absolutamente incomprensible y, sin embargo, continúa viéndose publicado constantemente. Podremos hablar de DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA CUANDO SE ESTÁ ENFERMO, lo cual es perfectamente comprensible y justificable como logro social histórico. ¿Quién puede reclamar el DERECHO A LA FELICIDAD o a la INTELIGENCIA, o a la MEMORIA, o a la BELLEZA?

La exigencia de cualidades inherentes por medios transeúntes aparte de plantear un conflicto irresoluble, nace de estructuras profundas de la psique humana y abundan en su lugar de yacimiento. Pienso que se han de hacer esfuerzos para hacer comprensibles al conjunto de la sociedad estos conceptos que indudablemente van a repercutir en su verdadera SALUD. Todo ser humano tiene derecho (dichosa palabra) a la atención en caso de necesidad, por CARIDAD y por JUSTICIA, lo que resulta más difícil de comprender es que tenga derecho a SER OIRO. Podrá, por esfuerzo, mérito, trabajo y ayudas exteriores, mejorar en su SER, difícilmente DEJAR DE SERLO.

2. MALPRAXIS. Término jurídico absolutamente establecido en los medios informativos, científicos y de comunicación. Conceptualmente supone una valoración dialéctica elemental y primaria, no de un acto, de unos medios, de unas capacidades, de unas disposiciones, de un rigor, sino, nada más y nada menos que de un fin ó de un resultado. Creo que con lo señalado es suficiente para la “comprensión” de lo que pretendo decir. La pérdida de éste horizonte supone una quiebra de valores morales fundamentales. No es que se haya de eliminar la palabra y su significado, sino procurar su empleo de forma correcta y adecuada huyendo de la “generalización simplista” y “pervertida”. Lo mismo podríamos señalar de vocablos tales como NEGLIGENCIA, ERROR y COMPLICACIÓN. Su contenido conceptual ha

de ser sopesado juiciosamente cuando se emplean. Brevemente y sin entrar en grandes profundidades conceptuales, podríamos entender como COMPLICACIÓN, la ocurrencia de un hecho agravante sobre la salud o evolución de un paciente, después de haber tomado todas las medidas previsibles de prevención, de acuerdo con el conocimiento científico establecido y siendo conscientes y responsables de haberlo realizado de forma adecuada. Entenderíamos como ERROR la realización de una acto de forma consciente y responsable, pero que en la elaboración del juicio y en su aplicación se haya “perdido” el hilo científico del discurso en alguno de los puntos de nuestros algoritmos mentales, de forma absolutamente involuntaria. Y, por último deberíamos hablar de NEGLIGENCIA cuando, conocedores de un problema y sus soluciones, así como de los pasos y conductas a seguir, de forma consciente y deliberada, nos abstuviéramos de hacerlo. Creo que los conceptos son claros, nítidos y definidos. Sin embargo ¿cuántas veces y cuántos de nosotros, los utilizamos y/o entendemos de forma equívoca, con la responsabilidad que ello encierra? En éste caso estaremos cometiendo actos de ERROR, NEGLIGENCIA U OTROS DE NATURALEZA AÚN MENOS CORRECTA.

3. DENUNCIA ¿A quién?, ¿de qué?, ¿ante quién? y ¿por qué? He aquí una palabra de contenido referencial indefinido. Podemos entenderlo como un mecanismo transferencial terapéutico, pero como toda terapéutica lleva sus riesgos. De nuevo habrá que matizar claramente qué es lo que se denuncia, si un medio ó un fin (resultado). Ante quién se realiza: autoridad gerencial, académica, profesional, deontológica, judicial,... u otra. Este es un ejemplo de una “perversión por indefinición y ligereza” en el empleo del lenguaje.

4. GARANTÍA La comercialización de la vida y el consumo material hacen que éste término se haya convertido en habitual en las “transacciones” entre El Paciente y El Médico. Este podrá orientar, indicar, aconsejar, informar sobre las pautas a seguir, lo que nunca podrá hacer, y el paciente menos exigir, una GARANTÍA TOTAL. Nada, incluso la Vida es garantizable. El Método Estadístico, tan empleado, tanto por las Compañías Aseguradoras como por la Ciencia Médica, establece unos márgenes de fiabilidad, unas probabilidades de las muestras, no de los casos individuales y concretos y menos, aquí y ahora. $p < 0,01$, ¿ lo considera el Lector suficiente “garantía”? Pienso que sí y desde el punto de vista estrictamente científico así es. Sin embargo, encierra un 1% de fracaso. ¿Estamos capacitados y somos conscientes de asumir lo que estamos razonando? ¿Somos capaces de enlazar esta “realidad” con los puntos anteriormente indicados?

5. CÁNCER.

6. RICKETTSIA RICKETTSII.

7. COLESTEATOMA.

8. ARCADEA DE RIOLANO.

9. SCHISTOSOMA MANSONII.

10. VENTRÍCULO-CISTERNOSTOMÍA

11. TRISEGMENTACTOMÍA HEPÁTICA

No pretendo confundir al Lector, ni realizar exhibición alguna. Solamente demostrar como palabras habituales dentro del CONOCIMIENTO, INFORMACIÓN Y DATOS de la Medicina, se pueden cruzar en nuestro camino, es más, dentro de nuestro ser y ¡no conocemos ni su significado, ni el conjunto de saber que se encierran en ellas!

He aquí una pequeña relación de vocablos comunes, de claro contenido conceptual, para que el lector trate de buscar dentro de sí el verdadero significado que para él representan y trate de compararlo con lo que en su medio habitual significan para otras personas presumiblemente de la misma extracción social, similar educación e idéntico idioma.

VIDA	MUERTE
SALUD	ENFERMEDAD
BONDAD	MALDAD
AMOR	ODIO
ATENCIÓN	RECHAZO
INDIVIDUO	SOCIEDAD ¿Ó VICEVERSA?
CARIDAD	JUSTICIA
DERECHO	DEBER
FUNDAMENTAL	ACCESORIO

INTENCIONALIDAD
PRINCIPIO DE CAUSALIDAD
PROFESIONALIDAD
RESPONSABILIDAD
CAPACITACIÓN
MÉRITO
CONDICIÓN

El Acto Médico supone hacerlo aquí y ahora. No creo que sea posible concentrar racionalmente cuanto hasta aquí se ha señalado en un momento determinado. No creo que los pacientes lo puedan escuchar y comprender adecuadamente en un simple comprimido informativo. No creo que el libre discurso mental tenga tiempo suficiente para atender a todas y cada una de las necesidades que se solicitan y lo haga de forma adecuada. No creo que actuando así podamos actualizar conocimientos y nuevas técnicas y proceder si no tomamos tiempo para ello.

Es por ello, por lo que ante un ejercicio que bien entendido es ejercicio de Sabiduría, Conocimiento, Información y Datos, sólo será posible realizarlo

de forma adecuada, cuando entre el Paciente y el Médico exista un “flujo”, un “intercambio dinámico” de fe, confianza, respeto y afecto que se eleven sobre lo racionalmente no “totalmente definido” e imposible de establecer en un momento aleatoriamente determinado, como es cada uno de los momentos de nuestra Vida.

Recuerdo haber oído que al final de una exposición, peculiar como todas las tuyas dada la enfermedad que le aqueja, Stephen Hawking concluyó diciendo: “no voy a hablar más para no aumentar la Entropía del Universo”. En aquel momento recordé una clase magistral, como todas las tuyas, del que fue Catedrático de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza, Profesor D. Ramón Rey Ardid, cuando al referirse a la Psicología de la Comprensión dijo: “...es por ello que cuando algo que nos ha resultado incomprensible, cuando algo que no hemos entendido se nos aparece como claro y distinto, se produce en nosotros una sensación de bienestar, que relaja de la tensión y el desasosiego acumulados por la incomprensión. Empleamos entonces una expresión universal, que supera barreras lingüísticas y culturales, sociales y profesionales, políticas y de toda naturaleza. Esta expresión no es otra que el: Ah!”.

La **COMPRESIÓN** de lo hasta entonces inalcanzable supone **SALUD**, en la acepción más holística de la palabra. En sentido contrario caeríamos en el **ATURDIMIENTO**, como extremo último de la incomprensión ante algo ó alguien.

Quien habitualmente trata de **COMPRENDER** a la sociedad que le rodea y a cada uno de los miembros de ella con los que establece relación ó de quienes tiene noticia con la que establecer elementos de juicio, procura buscar explicación –que la tienen– a todos los **SUCESOS** que van configurando la **HISTORIA** general y particular de cada uno de nosotros y de sus elementos vinculantes. En este caso el hecho de **COMPRENDER** no debe suponer una “dominación por el conocimiento”, en sentido Adleriano, sino una sensación de bienestar personal y social, según consideremos al Individuo ó a la Sociedad. Es por ello que la perversión de las palabras y su significado conceptual sea una de las muchas dificultades hoy existentes para lograr una buena **COMPRESION**.

Nos encontramos pues ante dos problemas con lo que hasta aquí se ha visto: el primero de **CANTIDAD** y el segundo de **CALIDAD**.

CANTIDAD: El exceso de conocimiento, información y datos desorienta, y supone el seleccionar, a veces en exceso y en ocasiones por caminos equivocados. Nos perdemos en el desorden. Caemos en la trampa del aumento de la Entropía.

CALIDAD: La pérdida del significado conceptual último de palabras, símbolos, gestos y actitudes aumenta hasta los límites de la capacidad racional temporal y limitada el grado de dificultad para una correcta **COMPRESIÓN**.

Es por ello que, en un mundo tan terriblemente complejo, tan difícil de valorar en su justa medida, tan costoso de COMPRENDERLO, quienes en él viven traten de simplificar, reducir, elegir elementos sencillos y simples que les sirvan para establecer sus algoritmos mentales de conducta con el riesgo individual y social en que éstos comportamientos pueden derivar y que la COMPRESION de la Historia nos hace conocer del pasado e intuir para un futuro.

Llegados a éste punto, desearía reivindicar el buen nombre y la esencia conceptual de la COMPRESIÓN, no como una rígida formulación gramatical, filosófica ó psicológica, no como un elemento de caridad ó altruismo, no como premisa de dominación, control y/ o manipulación, sino como un proceso humano de integración, situación, equilibrio y armonía, que produzcan efectos saludables tanto en el Individuo como en la Sociedad.

Con el fin de no aumentar en demasía la Entropía del Universo termino con un simple ejercicio de intento de COMPRESIÓN de situaciones actuales, muy comunes en nuestro entorno y que quizás tengan que ver con cierto grado de malestar que a veces nos invade:

“Derecho a la Salud”: ?

“Derecho a la Asistencia Sanitaria cuando se esté enfermo”: Ah!

“Derecho a saber”: ?

“Derecho a la educación”: Ah!

“¿Por qué se comportará así Fulano de Tal?”: ?

“Tendrá sus razones”: Ah!

“Pero: ¿Qué razones son ésas?”: ?

“Simplemente de equilibrio y armonía? Ah!

“Esto es incomprensible”: ?

“Inténtelo otra vez”. Ah!, pues sí.

El ejercicio de la Medicina consiste en una toma constante de decisiones, tanto diagnósticas como pronósticas, terapéuticas y morales. La lógica interna de estos procesos decisorios es siempre la misma aunque los juicios que se expresen sean distintos. Los tres primeros se incluyen en el “juicio clínico”, mientras que el cuarto viene representado por el “juicio moral”. Pero todos ellos, es importante, descansan sobre una forma de elaboración única, de acuerdo con principios de la teoría racional.

Los médicos saben que entre lo verdadero y lo falso, existe una impresionante gama de matices, y que las actuaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas hay que efectuarlas en condiciones de incertidumbre ó probabilidad más que de certeza.

La certidumbre no caracteriza adecuadamente las condiciones normales de la actividad clínica, sino que debe ser considerada más bien como una excepción, es decir, un caso límite en el proceso lógico de toma de decisiones, que en sí es probabilístico.

Diagnosticar es decidir la opción nosológica más probable entre todas las opciones posibles.

Lo mismo sucede con el tratamiento.

En ambos casos la toma de decisiones suele ser problemática, precisamente porque se ha realizado en condiciones de incertidumbre.

¿Cómo proceder entonces? No hay más que un medio adecuado, el seguir las reglas de la decisión racional. Ella es la base de la Medicina actual.

Hace un siglo, con el auge de las teorías positivistas, los médicos creyeron estar en condiciones de resolver todos los problemas de la Medicina, mediante una lógica determinista, con dos únicas valencias: salud-enfermedad ó lo que es lo mismo, verdad-error. Todo era encuadrable y clasificable y lo que no, entraba en el terreno de lo esencial e idiopático, a la espera de su ubicación definitiva.

Hoy las cosas se ven de una forma muy distinta y muchos procesos no pueden ser encuadrados dentro de una lógica determinista: hipertensión, diabetes, enfermedades psico-somáticas,... por lo que se ha visto que el modelo carecía de flexibilidad, amplitud y por lo tanto de verdadera utilidad. De ello, aparte la importancia teórica, conllevaba conclusiones prácticas de enorme importancia.

El progreso de la estadística, los ordenadores, la educación moderna hizo ver que el proceso mental del médico es probabilístico y no determinista. La toma de decisiones se realiza sobre hechos más probables, con la probabilidad tendiendo a 1.

Por ello, la práctica médica, tanto diagnóstica como terapéutica, consiste en la toma continua de decisiones en condiciones de incertidumbre, que merecerán el calificativo de racionales siempre y cuando se hayan realizado conforme a las reglas de la lógica.

La educación en éste sentido es una de las mayores responsabilidades de las Facultades de Medicina. Pero los pacientes no presentan solamente problemas biológicos, sino también morales, ó dicho de otra forma los problemas humanos no son solamente biológicos, sino morales también.

También aquí ha dado en pensar que las soluciones han de ser absolutas y apodícticas, con un sí rotundo ó un no tan rotundo también. La realidad es muy otra. En problemas morales la toma de decisiones se realiza en condiciones de igual incertidumbre que en los procesos biológicos.

La vieja idea que estas cosas no necesitan aprenderse, ya que basta algo de prudencia y una cierta dosis de buen sentido para resolverlas, vemos hoy que carece de todo fundamento. El proceso de toma de decisio-

nes en el área sanitaria es actualmente muy complejo y necesita de un entrenamiento específico.

Las sociedades llamadas occidentales se caracterizan por un talante marcadamente secular y pluralista de la vida cultural y por la adopción de usos políticos de corte democrático

De ahí la importancia que el pluralismo, la secularización y la democracia tienen sobre la toma de decisiones morales. Es obvio que cada concepción del mundo y de la vida conlleva una valoración moral distinta de los mismos acontecimientos y lo es también que todos tenemos razones para pensar como lo hacemos. El dicho de en “Las ideas se tienen y en las creencias se está” de Ortega y Gasset es una orientación en éste sentido. Siempre se está en alguna creencia y desde ella se hacen juicios valor sobre los demás.

Esto, no es ni bueno ni malo, solamente es parte de la condición humana. Las sociedades, llamémosle tradicionales, se guiaban sobre supuestos idénticos y muchos problemas morales se resolvían sobre postulados unívocos. Actualmente, la sociedad abierta –Popper– plural, secular y democrática debe tender puentes sobre los integrantes de la misma.

Para un judío las prescripciones morales fundamentales vendrán del decálogo, para un cristiano del mandamiento de amor y caridad, para un estoico del orden de la naturaleza, para un kantiano del imperativo categórico.

Es muy difícil poner de acuerdo a los seres humanos en cuestiones morales.

En 1977 se creó la Comisión para la Protección de Asuntos Humanos y de la Investigación Biomédica y Conductista, por parte del Congreso de los Estados Unidos, para que aconsejara como proteger los derechos de las personas incluidos en Ensayos Clínicos y en experimentos biológicos y médicos así como cuando podían ser considerados éticamente permisibles los experimentos en seres humanos, especialmente en los más débiles. De inmediato se observó la diferencia de creencias entre los miembros de la Comisión, así como la facilidad de llegar a puntos de acuerdo. Utilizando procedimientos neocausistas –en términos de A.R. Jonsen– se elaboran normas concretas recogidos en el Informe Belmont, cuyos pilares fundamentales fueron los de: AUTONOMÍA, BENEFICIENCIA Y JUSTICIA

Toda la ética médica moderna se construye sobre éstos principios que permiten establecer normas de actuación y toma de decisiones morales aceptables para todos (ó al menos para la mayoría) en instituciones tan grandes y complejas como los grandes hospitales. Es un sistema práctico que además respeta las creencias propias de cada cual. En algún caso permite la objeción de conciencia ante el resultado de la aplicación del método y los criterios morales de un individuo en particular.

Pero aún en ellas habrá que reconocer que la ética civil no coincide en ocasiones con las concepciones morales de los individuos. Lo mismo puede suceder con estos planteamientos morales, no como una concepción relativista de la moral, sino ante el intento de lograr que la Sociedad en su conjunto o mayoría importante los asuma como tales. De aquí se deduce la importancia de la educación moral. De aquí se deriva la persistencia actual de la gran lección socrática.

REFERENCIAS

1. REY ARDID, R. Lecciones de Psicología Médica. Universidad de Zaragoza. 1966.
2. HAWKING, S. Historia del tiempo. Ed. Juventus. Madrid. 1992.
3. HIGHFIELD, R. SCIENCE 7 July 2000; 289 (5476): 59
4. RENSBERGER, B. SCIENCE 7 July 2000; 289 (5476): 61
5. Medical Research Council. Personal information in medical research. London: MRC, 2000.
6. British Medical Association. Confidentiality and disclosure of health information. London: BMA, 1999.
7. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Helsinki: WMA, 1964 (última puesta al día en Octubre 2000).
8. WALTON J, DOLL R, ASSCHER W, HURLEY R, LANGMAN M, GILLON R, et al. Consequences for research if use of anonymised patient data breaches confidentiality. BMJ 1999; 319: 1366.
9. WARLOW CP, AL-SHAHI R. Differentiating between audit and research. Undue protection of patient confidentiality jeopardises both research and audit. BMJ 2000; 320: 713
10. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: convention on human rights and biomedicine. Oviedo: European Treaty Series, 1997.
11. KUILBOER MM, VAN DER LEI J, BOHNEN AM, VAN BEMMEL JH. The availability of unavailable information. Proc AMIA Annual Fall Symp 1997:749-53
12. EPSSTEIN MA, PASIEKA MS, LORD WP, WONG ST, MANKOVICH NJ. Security for the digital information age of medicine: issues, applications, and implementation. J Digit Imaging 1998; 11: 1[Medline], 33-44.
13. TOYODA K. Standardization and security for the EMR. Int J Med Inf 1998; 48: 1-3, 57-60.
14. LEAPE LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-1857
15. LEAPE LL, WOODS DD, HAILIE MJ, KIZER KW, SCHROEDER SA, LUNDBERG GD. Promoting patient safety by preventing medical error. JAMA 1998; 280: 1444-1447].