

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Responsabilidad médica y sus implicaciones en la práctica clínica [Medical responsibility and implications for clinical practice]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Holanda Marques, Gardênia;Holanda Martins, Karla Patrícia
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-23 03:43:25
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/236160

Responsabilidade médica y sus implicaciones en la práctica clínica

Gardênia Holanda Marques¹, Karla Patrícia Holanda Martins²

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo proporcionar elementos epistemológicos y contingentes para situar y discutir, en el ámbito de la historia de la medicina, la cuestión de la responsabilidad en la clínica médica. Basándose en autores como Foucault, Canguilhem, Scliar y Engelhardt Jr., se analizan la cuestión de la responsabilidad médica y su ética en el contexto de las exigencias del discurso científico y, sobretudo, a partir del contexto de las prácticas clínicas actuales. Los hallazgos de la revisión bibliográfica apuntan a la importancia de la escucha clínica en las prácticas médicas como un importante punto de referencia para pensar la responsabilidad médica y la dimensión del cuidado en una perspectiva que no se restrinja a la práctica diagnóstica. Alejándose de su lugar clínico, la medicina corre el riesgo de perder lo esencial de su trabajo con cada individuo, la clínica de cada caso.

Palabras-clave: Clínica médica. Códigos de ética médica. Responsabilidad.

Resumo

Responsabilidade médica e suas implicações na prática clínica

O presente artigo objetiva fornecer elementos epistemológicos e contingenciais para situar e discutir, no âmbito da história da medicina, a questão da responsabilidade na clínica médica. Baseando-se em autores como Foucault, Canguilhem, Scliar e Engelhardt Jr., a questão da responsabilidade médica e sua ética são examinadas no contexto das exigências do discurso científico e, sobretudo, a partir do contexto das práticas clínicas atuais. Os achados da revisão bibliográfica apontam para a importância da escuta clínica nas práticas médicas como balizador importante para pensar a responsabilidade médica e a dimensão do cuidado em uma perspectiva que não se restrinja à prática diagnóstica. Afastando-se de seu lugar clínico, a medicina corre o risco de perder o essencial de seu trabalho com cada indivíduo, a clínica de cada caso.

Palavras-chave: Clínica médica. Códigos de ética médica. Responsabilidade.

Abstract

Medical responsibility and implications for clinical practice

This article aims to provide contingency and epistemological elements to locate and discuss, within the history of medicine, the question of responsibility in clinical medicine. Grounded in authors such as Foucault, Canguilhem, Scliar and Engelhardt, Jr., the issue of medical liability and its ethics is examined in the context of the requirements of scientific discourse, and especially in the context of current clinical practice. The findings of the literature review point to the clinical importance of listening in medical practice as a major benchmark for considerations of medical liability and the care dimension from a perspective that is not restricted to diagnostic practice. As it distances itself from the clinical medicine is in danger of losing what is essential in its work with each individual clinical practice for each case.

Keywords: Medical clinic. Codes of medical ethics. Responsibility.

1. **Mestranda** gardeniamarques@ymail.com 2. **Doutora** kphm@uol.com.br – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza/CE, Brasil.

Correspondência

Gardênia Holanda Marques – Rua Francisco Vasconcelos, 216, Maraponga CEP 60711-550. Fortaleza/CE, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Este artículo reflexiona en torno a los procesos de contingencia y epistemológicos de la responsabilidad médica en la perspectiva de Moacyr Scliar, Georges Canguilhem, Michel Foucault y H. Tristram Engelhardt Jr. En base a la lectura de algunos de sus trabajos, podemos señalar el problema que surge en la medicina clínica se olvida su fundamento: la escucha.

Siguiendo los pasos de Scliar ¹, al presentar las historias de las prácticas médicas y del concepto de salud en paralelo, se observa que el discurso médico ha establecido, a través de los siglos, modos de vida en la sociedad. Al mismo tiempo, este discurso está impregnado por diversos cambios sociales, políticos y culturales. Sus directrices son guiadas por códigos que se discuten desde la antigua Grecia hasta nuestros días e imputan responsabilidad a la práctica médica.

Desde el principio de los tiempos, la humanidad intenta hacer frente a la amenaza que afecta a los hombres: la enfermedad y el sufrimiento relacionado. Según Scliar ¹, las diferentes formas de organización cultural responden al enigma de la enfermedad y la muerte. Las concepciones mágico-religiosas, en las que la enfermedad se asoció con el pecado, a la comprensión en el ámbito científico, cada cultura respondió, a su tiempo, con su propia lógica a ese estado. Dependiendo de la causalidad involucrada, la responsabilidad del cuidado del paciente se le asignó a un actor social en particular.

En la antigua Grecia, Hipócrates, considerado el padre de la medicina, cuyos escritos reflejan una visión racional de la medicina, afirmó la causalidad natural para las enfermedades y postuló la existencia de cuatro fluidos corporales que, al estar fuera de armonía, dan origen a la enfermedad. Hipócrates se basó en la observación empírica y precedió a otros médicos que han avanzado en el estudio de la patología. La introducción de la anatomía, con Leonardo da Vinci en el siglo XVI, permitió llevar a cabo estudios sobre el movimiento y la ubicación de los órganos en el cuerpo. Entre ellos se encuentra la primera descripción del sistema circulatorio, publicado por William Harvey, a partir del cual los estudiosos actuales atribuyen el conocimiento obtenido de los médicos árabes, que permanecieron durante casi 800 años en la Península Ibérica. En el siglo siguiente, René Descartes, presentando el dualismo mente-cuerpo, abre el espacio para el conocimiento del cuerpo muerto, es decir, uno desprovisto de espíritu ¹.

Por lo tanto, la comprensión de la enfermedad tiene un cambio clínico correspondiente: el cuerpo observado podía ser manipulado, y sus manifestaciones se presentaban como pasibles de verificación. El dislocamiento del cuerpo y el espíritu fue pensa-

do, en esta perspectiva, como un importante avance epistemológico en la práctica y en la ciencia médica.

A finales del siglo XIX, con la revolución de Pasteur y el uso de nuevas herramientas tecnológicas, la enfermedad es tratada y prevenida a la luz del descubrimiento de los factores etiológicos. Al mismo tiempo, también nacieron los estudios epidemiológicos, que impulsaron el control del cuerpo social. Es a partir de este momento que definen se definen las políticas estatales de intervención en la salud y la enfermedad.

La entrada del Estado en la atención de la salud estimuló la discusión internacional sobre el proceso de salud y enfermedad. En 1948, surgió la Organización Mundial de la Salud (OMS), destinado a establecer un concepto de salud que contemple a todas las naciones. En su constitución, la OMS define la salud como *el estado más completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad* ², indicando además los derechos y obligaciones del Estado frente a la salud de la población.

Siguiendo esta directriz, en paralelo a la aparición de otras corrientes de los derechos humanos, seguido por otros logros relacionados con las políticas de salud, tales como la Conferencia Internacional de Alma-Ata (Kazajstán) sobre la atención primaria en 1978, que analiza cómo las desigualdades en las relaciones sociales entre los diferentes países se reflejan en la salud de la población ³. Para Brasil, estos avances consistieron en la introducción de la noción de salud en la Constitución Federal actual y el estado de los derechos y deberes en las acciones de promoción y prevención, y en la creación de Sistema Único de Salud en 1988 después de 40 años de la carta de la OMS.

Es redundante, pero necesario señalar que la evolución de las cuestiones teóricas y prácticas en salud tienen relación intrínseca con el avance de la ciencia médica. Después de la breve historia anterior, podemos señalar que el paso del estudio sobre la salud, la vida o la cura para el estudio de enfermedades, causa un desplazamiento epistemológico y clínico de la medicina. Según Madel Luz ⁴, se supone la existencia de un pasaje histórico que establecerá una nueva racionalidad en la anatomía, lo que lleva a la aparición de la medicina moderna. Esta nueva racionalidad médica se entiende como la mejora de las técnicas para diagnosticar y tratar las enfermedades con mayores posibilidades de éxito y una mejora en la identificación de un órgano lesionado.

Los avances tecnológicos propiciaron en la medicina diversas formas de tratamiento; sin embargo,

con todo ese apoyo científico, hoy la responsabilidad médica es mucho mayor. Canguilhem ⁵ dijo que no había conocimiento sobre la historia de la medicina en la formación médica, en que son priorizadas las disciplinas volcadas a la práctica, las cuales priman en técnica y objetividad, olvidando así la perspectiva humana de la profesión, es decir, su vocación humanista. Recuperar la historia de la medicina permite a los médicos contextualizar y defender la medicina como práctica clínica al situarla en un campo epistemológico y ético. Es pertinente decir que definir el lugar de encuentro entre la medicina y la clínica recupera y reubica la propia estructura de la práctica médica, pues permitirá el diálogo sobre los principios y directrices que la práctica clínica presupone en la relación entre paciente y médico.

Desde esta perspectiva, Engelhardt cree que los médicos deberían reconstruir una visión moral fundamentada desde el lugar de la experiencia clínica y no deben aceptar acríticamente las tendencias bioéticas de cada época ⁶. En resumen, se puede asociar el distanciamiento de la práctica médica de su perspectiva clínica al naturalismo atomista y sus paradigmas de la biología anatómica. En la época contemporánea, esta brecha puede estar relacionada, por ejemplo, a las nuevas tecnologías. La técnica y su aparato mecánico separan la práctica médica de la escucha y de lo que sólo puede expresarse en la voz del paciente. Se perdió, en esta trayectoria, la práctica de cuidados asociada al sufrimiento psíquico del paciente.

La figura del médico siempre gozó de gran prestigio en la sociedad, tal vez debido al saber real o ficticio que se le atribuye. A él le corresponde tratar las enfermedades, promover la salud y la vida. A él le es imputada la responsabilidad moral y ética en gran parte del bienestar de la sociedad. Como resultado de este trabajo, no se puede ignorar que, al circunscribir lo que es la salud, la medicina favorece comportamientos creadores de normas.

A partir de lo analizado, se puede cuestionar: ¿qué se entiende por responsabilidad en la medicina? Situemos, entonces, esa discusión en la historia de la clínica médica y sus repercusiones en el campo de la salud, bien como una construcción de los códigos de la ética médica, teniendo como punto articulador la cuestión de la responsabilidad.

Historia de la clínica médica

Monte ⁷ levanta significativas discusiones acerca del tema de la ética en la medicina y afirma la

importancia de conocer la dimensión ética en la actuación profesional para tratar las prácticas y los procedimientos médicos. No obstante, para situar y evaluar las cuestiones referentes al tema de la ética, es necesario situar la medicina en un campo histórico en referencia a sus respectivos contextos clínicos.

Al discutir los cambios que la clínica médica sufrió a lo largo de los siglos, Foucault ⁸ aborda la ruptura entre la medicina clasificatoria de las especies y la medicina moderna, a partir de la perspectiva del mirar clínico sobre la muerte y la vida. Es a partir de esa ruptura que la enfermedad pasa a ser definida en una localización en el espacio corpóreo y, de ese modo, se organiza y se inicia una clínica de la enfermedad. Eso ocurre al mismo tiempo que la medicina va alejándose al enfermo y acercándose a la enfermedad. Con eso, ocurre un cambio en la propia pregunta dirigida al paciente, pasando del “¿qué tiene usted?” al “¿dónde le duele?”. De esa manera, la medicina, al adherirse a un estatuto científico, se asocia al empirismo, a la verdad y a la objetividad, caracterizándose como un modelo científico para el tratamiento de las enfermedades.

Ese cambio de cuestionamientos muestra la visibilidad que el cuerpo va ganando en el imaginario colectivo, algo que interfiere en sobremanera en los diagnósticos médicos. Tal acto está imbuido de poder, pues detenta un saber capaz de discernir una enfermedad de la otra y decidir cuál tratamiento seguir con base en una ciencia biológica matematizable. Si la demanda por seguridad siempre sobrepasó el imaginario de quien procura el médico, con la llegada de la medicina científica se torna todavía más plausible procurar respuestas y cura en una práctica que pasó a ser asociada a la “verdad”.

En cuanto al destino de la práctica diagnóstica, se vislumbra algo del orden de una descripción de fenómenos que substituyen la clínica particular. Se puede dar el ejemplo de la psiquiatría actual que, a partir de los manuales, se preocupa en presentar un lenguaje universal, que facilite la comunicación de los médicos y minimice los efectos de una atención enfocada en la estructura de los síntomas y para la implicación del sujeto en su síntoma.

Para Foucault, la cuestión del diagnóstico médico como fruto de la visibilidad es hecha a partir de lo que es perceptible al mirar clínico ⁸. Siguiendo al autor, la clínica aparece para la experiencia médica como un nuevo perfil de lo perceptible y lo enunciable: nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal (...), reorganización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico (...), definición de las series lineares de acontecimientos

mórbidos (...), articulación de la enfermedad con el organismo ⁹. Considera que el nacimiento de la clínica ocurrió al final del siglo XVIII, cuando aparece sobre el dominio de su experiencia y estructura su racionalidad ⁸. La clínica médica también se vinculó a una función de escucha e hizo uso de, junto con la percepción de los síntomas, el prescribir un tratamiento independiente de los aparatos tecnológicos que hoy posee.

En el siglo XVIII, la enfermedad era caracterizada por una experiencia histórica que reunía todo aquello que podía ser visto. El enfermo era útil porque daba las informaciones necesarias para que el médico pudiese visualizar la enfermedad. En ese momento, el diagnóstico médico dependía del relato de los pacientes, de la observación de su espacio y de las señales vitales y del modo como esos pacientes experimentaban su enfermedad. Sólo a partir del método anatómico-clínico desarrollado por Bichat, en el siglo XIX, es que la soberanía del mirar fue marcadamente construida.

A partir del momento en que la medicina crea sus instrumentos para tratar a las enfermedades, hay también un cambio político. Con el lugar conferido al cuerpo del enfermo, se crean espacios institucionales para la cura, haciendo que el Estado establezca intervenciones necesarias para la restauración de la salud. Al mismo tiempo que la medicina pasa por mudanzas, la sociedad también se transforma en consecuencia de la Revolución Industrial. Se sabe que en ese período las fuerzas productivas reivindican mejores condiciones de trabajo, las cuales ocurren paradójicamente con la expansión y el desarrollo de las tecnologías. Con la exigencia de mano de obra productiva, los trabajadores se enferman y se tornan en pacientes. Entre tanto, las crecientes exigencias de la industria indican que no se pueden enfermar, para no disminuir la fuerza productiva. De esa forma, para minimizar los efectos de la transferencia masiva de la población del campo a la ciudad, las pésimas condiciones de vivienda, la propia insalubridad del ámbito urbano, así como la mala dieta alimentaria, se tornó necesario invertir en la producción de salud y en el tratamiento de los trabajadores enfermos.

La clínica del siglo XVIII aparece para la medicina, como señala Foucault, articulada el campo hospitalario, a medida que se utiliza la experiencia clínica para la organización y divulgación de un saber sobre el cuerpo y la enfermedad. La clínica médica surge, en ese período, como producción de saber ligada a la experiencia, que se utiliza esa experiencia no para producir nuevo conocimiento, sino para

constatar una verdad ya instituida. Hay un descubrimiento de la clínica; el saber se va constituyendo con la historia. La enseñanza de la medicina ahora es organizada en un cuerpo sistemático repasado por casos ya constituidos. Así, la clínica se presenta no como un instrumento para descubrir la verdad todavía desconocida, sino como una determinada manera de disponer los hechos ya adquiridos y presentarlos *para que ella se debeve sistemáticamente* ¹¹.

Los hospitales, a partir del siglo XVIII, pasan a tener un papel significativo en la producción de saber sobre las enfermedades y el cuerpo. Si las instituciones hospitalarias antes eran exclusivamente destinadas a la reclusión de los casos intratables y a la caridad, a partir de ese período, se tornan espacio médico destinado a la cura y al tratamiento de las enfermedades, haciendo uso de los medicamentos. Además de eso, los hospitales se tornan instrumentos para la organización del saber médico, como el establecimiento de normas y conductas a ser seguidas para alcanzar el objetivo de restablecer la salud del paciente. Con el poder de la vida entre las manos, la medicina crece considerablemente. Y eso no se da sin consecuencias.

Ya en el siglo XIX, la clínica médica que se utiliza en el hospital no hace sino aplicar lo que fue transmitido a los profesionales en formación, sino también para lo aprendido en ese mismo proceso. Y en el examen de los enfermos que la producción de verdad instaura, tanto para los expertos como para los aprendices. En esa fase, la medicina creó una estructura institucional y científica. Y ese mirar, que irá a determinar los nuevos caminos de la medicina.

La normalización de la práctica médica

La obra de Foucault nos permite extraer algunas implicaciones sobre la responsabilidad médica de su establecimiento como una clínica, debido a que los cambios introducidos en la mirada médica produjeron las normas de salud e intervenciones que dan lugar a la creación de una conducta para guiar el trabajo. Hubo un momento en que la práctica de la medicina estaba vinculada a la concepción religiosa, cuando se considera la enfermedad como consecuencia del pecado. La atención médica se ligaba a la esfera suprasensible y los valores religiosos tenían predominio sobre los morales médicos propiamente dichos ¹²; es decir, la religión suponía la práctica médica. Incluso entonces, era esencial crear códigos que regulen las relaciones sociales, como lo fue en la antigüedad (siglo XV A.C.) el Código de

Hammurabi, el instrumento más importante para la regulación de la conducta de ese período.

Ese código se refiere a las leyes y reglamentos de la vida civil y las prácticas administrativas. En ella hay un capítulo reservado a las prácticas profesionales, que trata de las tasas y sanciones. Cuando se producen errores médicos, se utiliza la ley del talión (ojo por ojo, diente por diente) para el castigo, que se toma, por lo tanto, como criterio de reciprocidad. En ese momento ya había preocupación de regular las profesiones que estaban directamente vinculados a la vida y la sociedad, incluida la medicina.

Hipócrates no sólo era responsable del pasaje del concepto de enfermedad del ámbito místico-religioso a la esfera de influencia de la naturaleza en la causa de la enfermedad, sino también de las primeras referencias a los códigos de ética para el tratamiento médico. La práctica de Hipócrates se basa en la observación y la ocurrencia de procesos de salud-enfermedad. Con este cambio epistemológico, ha hecho posible los avances que hoy vemos en la medicina. La medicina hipocrática no sólo agregó conocimientos teóricos a las técnicas utilizadas, sino que también estableció los principios de la conducta del médico que delimitarán reglas para regular sus intervenciones, *principios que se entienden hasta la actualidad y en los cuales la ética se basa: "primum non nocere" y "bonum facere"*¹³.

Estos principios significan la no maleficencia y beneficencia, respectivamente, y siempre tratan de evitar perjudicar al paciente y hacer el bien. Hasta la fecha el juramento hipocrático se utiliza al final de la escuela de medicina, con algunas modificaciones, y sus principios siguen rigiendo la formación ética de los nuevos doctores. En los siglos siguientes, el mayor conocimiento de la tecnología médica empleada induce al crecimiento de las tensiones y los conflictos en el cuidado de la salud, por lo que es necesario establecer alguna forma de mitigarlos.

Con el creciente clima de tensión en los hospitales, Thomas Percival, a principios del siglo XIX, desarrolló el primer código de ética médica. La intención de este código fue superar conflictos profesionales, moralizar la profesión y el carácter de los médicos, lo que indica conductas a seguir¹⁴. Sin embargo, a partir de ese período, en paralelo con los avances científicos que reclaman cada vez más del esfuerzo médico, tensiones en la práctica de la medicina sólo recrudecen más y más.

Dadas las necesidades científicas y sociales, comités internacionales han desarrollado algunos documentos que sirvieron de base para la crea-

ción de los códigos profesionales, tales como la Declaración de Ginebra, el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki, escritos en la mitad del siglo XX, con estos dos concentrados en la reglamentación de la práctica profesional en lo que dice con respecto a la investigación.

El malestar en la relación entre los seres humanos parece ser intrínseco a la civilización, y hay otras tres amenazas que inquietan a la humanidad: las fuerzas de la naturaleza, que nosotros los humanos no podemos controlar; la relación con los demás; y *el cuerpo humano, condenado a la decadencia y disolución, el cual no puede desestimar el sufrimiento y la angustia como señales de alarma*¹⁵. La tercera amenaza es tal vez la herida narcisista más visible para el campo de la salud, ya que se refiere al objeto de la medicina. Para dar cuenta de este malestar, el hombre utiliza todos los posibles instrumentos, como, por ejemplo, fármacos que reduzcan al mínimo el dolor, la mejora de las innovaciones tecnológicas como maneras de permanecer con el cuerpo vivo y sano. Estos intentos excluyen supuestamente o por lo menos en algún momento, a lo que todos estamos destinados: la muerte.

Los códigos traen siempre claro que el enfoque médico se dirige a la salud humana y que su conocimiento debe utilizarse en beneficio del paciente. Por lo tanto, queda claro que el ideal de un paciente enfermo es un paciente sano. Canguilhem apunta a la existencia de numerosas discusiones sobre la naturaleza del mal, pero nadie discute el ideal del bien. Este punto abre debates que repercuten en la clínica médica, donde, ante el paciente, el médico debe ofrecerle un bien. Pero ¿qué bien? ¿Quién puede decir lo que es mejor para el paciente?¹⁶

Canguilhem, en su tesis¹⁰, aborda la cuestión de lo normal y lo patológico en la medicina desde una perspectiva filosófica, histórica y médica. Las discusiones se ocupan del problema de lo que es normal. El autor defiende una normatividad de la vida que difiere de la normatividad biológica, pero dice que ambos están relacionados con el modo por el cual cada organismo se articula en su síntoma. La norma, para el médico, está ligada a sus conocimientos de fisiología, revelados por las estadísticas que componen un patrón para diferenciar lo normal de lo patológico. La normatividad de la vida a la que él se refiere trata las condiciones que el individuo/organismo crea para lidiar con su enfermedad y con su vida. Eso significa que esa normatividad implica una subjetividad y permite afirmar que no es absurdo considerar el estado patológico como normal, pues no es la ausencia de normalidad lo que cons-

tituye lo anormal. *No existe absolutamente vida sin normas de vida, y el estado mórbido es siempre una cierta manera de vivir*¹⁷.

Citemos, por ejemplo, el caso de un paciente que se encuentra tetrapléjico como resultado de un accidente. Durante su hospitalización, dice que todo está bien y no requiere cuidados especiales. Sin embargo, el equipo del sector que no cree eso, ya que, muchas veces, es dirigido por un ideal de salud en el cual el cuerpo debe seguir el patrón biológico del cuerpo sano, o sea, un estado físico perfecto. Debido a la creencia en una salud ideal estandarizada, el equipo está convencido de que el paciente necesita apoyo psicológico y social para superar la nueva fase de la vida.

Incluso el paciente reafirmando que está bien y asegurando que pueda adaptarse a la nueva rutina para encontrar nuevas reglas de la vida, es difícil para el equipo creer la afirmación de ese estado de bienestar. La normatividad de la vida es esto: la construcción de normas, mecanismos, formas de mantenerse con vida. Independientemente de lo que se entiende por normalidad en las llamadas ciencias objetivas, lo que también debe ser tenido en cuenta es la forma como cada uno consigue las posibilidades para lidiar con la enfermedad. También se puede añadir, siguiendo a Canguilhem¹⁰, que el estado donde estamos después de la enfermedad nunca es igual al estado anterior. Entender esto es una condición sine qua non para crear nuevos estándares de vida que se adaptarán y proporcionarán mejores condiciones al estado actual y permitirán que algo anterior pueda tener otros significados.

Clavreul¹⁸ advierte que, mientras la medicina esté ligada a la ideología dominante de la época, no se deben restringir los problemas de la ética médica a la ideología científica, que prima por la objetividad y por los resultados rápidos. Por otra parte, Lacan¹⁹ señala que es a partir de estos mismos requisitos sociales e ideológicos que puedan existir los problemas de la medicina. Ambas declaraciones permiten comprender que la reflexión distanciada sobre la práctica, es decir, aquella que no justifica los procedimientos con base en creencias tomadas a priori como verdades, es la actitud fundamental para liberar a la praxis del dogmatismo inherente a la propia construcción del conocimiento.

De lo anterior, se puede pensar que la responsabilidad médica no está conectado solamente a un ideal del bien, sino también a una relación con lo que es subjetivo, en la medida en que los conceptos de normal y anormal, bien o mal, están ligados a algo que es del orden terapéutico, a algo que es

construido en las relaciones con el ser vivo, la responsabilidad de la medicina, en algunos momentos de su historia, se traduce en la eliminación de las enfermedades y en la búsqueda de la prevención de la salud. De acuerdo con la construcción de la clínica, constatamos que hay un cambio de la clínica médica a un mirara sobre al enfermedad como un modo de intervención vuelto a la mantención de la salud. De esa forma, los intereses médicos corresponden a un ideal normativo de salud impuesto por su coyuntura histórica, social y económica.

La responsabilidad médica

Los pacientes buscan al médico creyendo que él tiene una respuesta para todos sus males. Ello se apoyan en un significativo maestro de la salud y piensan que los médicos son sus detentores, por lo tanto, creen que los médicos pueden proporcionar y alcanzar el estado de salud que tanto ansían. Así, acaban aceptando las intervenciones que acreditan ser necesarias para que su demanda sea atendida. Sabemos, con Clavreul²⁰, que el discurso de la enfermedad es el discurso del médico. A ese profesional le cabe el lugar del saber sobre la enfermedad del paciente; de esa forma, apenas él podría señalar el tratamiento.

A pesar de la construcción de ese saber y el lugar desde el que habla, los avances tecnocientíficos hacen que el médico pierda poder y respondiendo cada vez más a una institución que denominamos de medicina, el cual, a su vez, se constituye mediante la extrema especialización y se compone a partir del conjunto de las ciencias biológicas. Como se puede notar, al utilizar los beneficios de las ciencia que le ofrecen, el médico se aparta de la interpretación de la paciente acerca de su enfermedad. La voz del paciente va, cada vez más, dando lugar a exámenes, rayos X y tomografías, a favor de la supuesta eficacia que ofrecen los avances científicos.

Al paciente sólo se le pregunta qué le interesa del diagnóstico. El sentido que él le da a la enfermedad está en segundo plano. El resultado es que tanto el médico y el paciente responden, no por sí mismos, sino por la institución médica y por la enfermedad, respectivamente. Por un lado, el paciente habla en nombre de su enfermedad, su discurso está orientado a preguntas predeterminadas e intereses de diagnóstico. Por otro, el médico no responde por su lugar de clínica, de escucha, sino por una institución que dirige el propio diagnóstico. Esta situación alcanza el paroxismo cuando la enfermedad

informada por el enfermo deja de ser diagnosticada porque los exámenes que deberían indicar su existencia dejan de comprobarla.

Donnangelo y Pereira ²¹ advierten el cuidado que se debe tener para no confundir la ciencia médica con el acto médico. La ciencia se reduce a un conjunto de principios biofísico-químicos y los dispositivos tecnológicos que ayudan en la construcción de la teoría y los métodos de intervención. El acto implica una relación que involucra al menos dos agentes: el médico y su objeto de intervención, que en este caso es el paciente o parte de su cuerpo. Es esta relación que se establece algo y ofrece la construcción de un vínculo terapéutico, a veces, llega a ser más importante que la prescripción del tratamiento real. En la medida en que el médico toma una posición marginal delante de su acto al responder por una institución, él se aleja momentáneamente de la terapéutica que posibilitó su práctica. Eso es consecuencia del espíritu científico del final del siglo XIX, que primó por la tarea de responder a la patología humana por una perspectiva científico-biológica. Puede señalarse aquí el problema ético de la responsabilidad médica al actuar la mayor parte del tiempo de acuerdo con un ritual científico, sin tener en cuenta el vínculo establecido con la clínica y el paciente, lo que trae consecuencias al tratamiento.

Ahora: ¿Qué médico nunca percibió que los vínculos de confianza establecidos con el paciente le ayuda a tener mejores resultados en el tratamiento prescrito? ¿O qué, a veces, no es necesaria la indicación de medicamentos, ya que, con algunas palabras dichas, se soluciona la migraña o el dolor de estómago? ¿O, inclusive, que, recetado el mismo tratamiento para dos pacientes con un diagnóstico en común, la mejoría sólo es vista en uno y en otro no? Estos factores directamente relacionados con la subjetividad de la relación entre el profesional y el paciente indican la importancia de la construcción de la relación o vínculo terapéutico.

Si, por un lado, los códigos de ética guían el manejo médico para buscar el completo bienestar biopsicosocial, por otro, lo que el ejercicio de la medicina visualiza en su hacer es la imposibilidad o la inaccesibilidad de un estado de curación como la ausencia total de señales de malestar, pues hay algo que siempre va a regresar. De acuerdo con el código vigente de la ética médica, la responsabilidad médica está relacionada con la salud pública, la educación sanitaria y la producción de legislación relacionada con la salud, y es el deber del médico utilizar los mejores recursos científicos para el bene-

ficio del paciente. Pero ¿qué beneficio es ese? ¿Hay un límite a la respuesta del médico?

Alcanzar el estado de salud según conceptualiza la OMS es imposible, en la medida en que no hay cómo definir qué es ese completo estado de bienestar, por “estar bien” es un juicio propio del campo de la subjetividad, y la salud es un valor que no puede ser objetivado. Por otra parte, el bienestar total implicaría un estado fuera de la temporalidad, ya que sólo podría existir en un campo continuo inmutable, allá o más acá de cualquier tipo de relación, incluida la establecida por el simple paso del tiempo. Incluso haciendo uso de todo el aparato tecnológico que está en sus manos, el médico sabe que algo queda fuera del recurso terapéutico utilizado por él. Tal vez sea porque de ese algo inaprensible por la medicina que se puede pensar en la entrada de otras prácticas de salud y saberes en la institución hospitalaria, como es el caso de la psicología y el psicoanálisis, agregadas con el fin de tratar de ampliar la gama de conocimientos en materia de salud para dar respuesta a lo imponderable.

La práctica también enseña, y eso los médicos pueden confirmarlo, que, en algunos casos, cuando el paciente se acerca al médico, él no quiere simplemente la cura. El paciente pone el conocimiento médico a prueba, exigiendo que el profesional puede sacarlo de la condición de enfermo, lo que implica que él puede querer permanecer en esta condición ¹⁹. A modo de ejemplo, se puede pensar en el caso de un paciente internado en un hospital cuyos exámenes comprueban su mejoría física, pero que todas las mañanas, en el momento de la visita médica, tiene alguna queja que va desde dolores de cabeza severos a las ensoñaciones propias de su estado. Así, él paciente consigue quedarse más tiempo en el hospital.

Este ejemplo pone de manifiesto que la responsabilidad de la salud no es sólo propia de la medicina, sino también, y principalmente, del paciente, ya que él no puede querer deshacerse de los síntomas y acude al médico no para ser sanado, sino para dar fe de su enfermedad. De hecho, esta situación no es inusual, ya que el médico es quien tiene el poder para definir la presencia o ausencia de la enfermedad y por lo tanto garantizar la existencia de la enfermedad que no sólo puede mantener a un paciente hospitalizado, sino también removerlo permanentemente o temporalmente del empleo o garantizarle una compensación, por ejemplo, son situaciones que implican el rol del profesional.

Esto ilustra la demanda, que es la dimensión en la que se ejerce una función médica. La demanda

es una apelación a la realización de la satisfacción. Se caracteriza por un pedido de restitución de un estado anterior que el sujeto supone que existía. La demanda está representada por el enunciado, es la que está en la forma de pedido; es decir, la demanda implica la necesidad de intervención de un otro que intervenga y desempeñe el papel de mediador para su satisfacción. Quinet ²² señala que no es la respuesta a la demanda lo que hace aparecer la dimensión del deseo. Es justamente en la ausencia de respuesta que encontramos el permiso para ir al encuentro del deseo.

La medicina es apoyada por los ideales de salud que se producen a partir del contexto sociocultural. Estos ideales sirven como algo que es necesario alcanzar; por tanto, se adhiere a la responsabilidad médica la prestación de este propósito al que se dirige. Al ponerse en un lugar de todo saber y todo poder, hace caso omiso de la dimensión del deseo, ya que no coincide con el objeto de sus intervenciones. Sin embargo, la forma que responde a la demanda puede cambiar toda la dirección de la clínica. Es en acto clínico - cuando, al interrogar, diagnosticar y prescribir el medicamento tiene en cuenta la existencia de cada caso en particular - que ella responderá desde un lugar adecuado, sin perder de vista su responsabilidad.

Pierre Benoît ²³ considera que, para que haya una modificación en la actitud del médico, es decir, el cambio de su posición como terapeuta, sería necesario rescatar la historia del paciente y de su círculo, lo que haría a partir de las palabras que no son accesibles a ciencia, caracterizada como objetivo. El doctor francés advierte que después de obtener el reconocimiento del médico como esencial, este principio producirá consecuencias importantes tanto para el profesional como para el paciente.

En el artículo "El lugar del psicoanálisis en la medicina", señala Lacan: a medida en que el registro de la relación médica con la salud se modifica, en que esta especie de poder generalizado que es el poder de la ciencia, da a todos la oportunidad de pedirle al médico su ticket de beneficio con un objetivo preciso inmediato, se va a diseñar la originalidad de una dimensión que denomina demanda y es el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo en donde está la chance de supervivencia de la posición propiamente médica ¹⁹.

No hay que olvidar que es el deseo el responsable de que alguien se convierta en médico. Benoît ²³ recuerda que la terapia es imposible de enseñar, de transmitir, que depende de la relación que se establece con cada paciente y sus propias experiencias de la

enfermedad y la curación, y esto no está en las teorías científicas destinadas a la objetividad. Según el autor, lo que es realmente importante es el deseo del médico para ser médico y cuidar de la gente, este deseo que sustenta su saber técnico ²⁴.

Puede ser posible que el deseo cuidar, de asistir a los pacientes, de sustentar un saber, presente no solamente en los médicos, sino también en tantas otras profesiones del área de la salud, está conectado a una dimensión que es poco discutida en el ámbito científico y también personal, sin la cual no podríamos existir: la dimensión del amor. Esta dimensión nos permite pasar de un mero cuerpo físico a un lenguaje corporal y un cuerpo deseado. El cuidado que viene con la voz, el tacto, con la mirada, es el resultado del discurso que posiblemente pone el deseo y la responsabilidad en niveles similares, ya que trata de responder, de en un lugar aparentemente completo e insaciable, con la pretensión de ofrecer al otro algo que lo deje plenamente satisfecho.

Scliar ²⁵, al abordar la historia de la medicina, presenta la forma literaria de la pasión por el acto de cuidar y tratar. El autor presenta la medicina como arte del amor que, aunque se ha modificado a lo largo de los siglos, todavía trae en su esencia la lucha por la vida. Es otro aspecto que no se emparenta con el enfoque de Foucault. Mientras Scliar trata de la mirada de lo indecible, la clínica que se realiza en cada caso, con cada historia, cada palabra hablada y tácita, del lenguaje en el cuerpo y no del cuerpo, Foucault trata de mirar el cuerpo que la clínica médica va modificando a partir de los avances tecnocientíficos y de los cambios epistemológicos en las doctrinas que componen la infraestructura teórica de la medicina.

Tal vez fue porque esta forma de amor que el médico aceptó los requisitos científicos y sociales en un intento de responder a los pacientes de modo que era posible proporcionar evidencia científica de que probablemente traería resultados más rápidos y eficaces. Es en nombre de su deseo de medicar y su promesa hipocrática que él o ella siempre trata de aportar beneficios y no dañar al paciente.

Consideramos, por lo tanto, que la responsabilidad de la medicina es la sustentación de su propia acción. El acto promueve un cambio de posición, o de una condición patológica a un estado saludable o la permanencia en el primer estado. Independientemente de qué se produzca, la responsabilidad médica tiene relación con lo que puede ser hecho en cada caso. Y, en cuanto a la cuestión de ser saludable o no, depende de cómo cada uno articula su deseo y se establece en el lazo social.

Consideraciones finales

De la lectura de este cabo, se destacan las proposiciones de Scliar¹ y Canguilhem⁵ en cuanto a la importancia de rescatar, en la historia de la medicina, los principios clínicos que fundamentarán el inicio de la práctica médica. Engelhardt²⁶ hizo hincapié en la perspectiva de la condición humana como una pregunta básica para delimitar la acción del medicamento. El hilo común que hemos desarrollado conduce a la responsabilidad médica, el cual asume una función que traspasa los campos de la ética y la alteridad, teniendo en cuenta los límites de su práctica. La finitud corpórea del hombre indica la imposibilidad de todo saber y hacer, imponiendo así delimitaciones.

Este artículo deja claro que la responsabilidad de la medicina, específicamente el médico, está vinculada no sólo a una cuestión moral definida por códigos de conducta, sino también a la sustentación de una causa que coloca en juego una actividad clínica de la escucha del sufrimiento del paciente. Desde una época anterior a la cristiana, se atribuyó a la medicina una función del bien, es decir, su práctica

siempre se ha basado en el principio de beneficencia, que todavía está presente en el juramento de los médicos. Sin embargo, lo que también vemos es que uno debe tener cuidado de saber hasta dónde es posible ir y cómo responder a las demandas que se presentan.

No podemos pasar por alto que el campo de la salud pone en juego dos órdenes de la responsabilidad, es decir, la responsabilidad del médico, en la medida en que debe responder al acto, y la responsabilidad del paciente para sostener o no su enfermedad. *Por lo tanto, no debemos pensar que en nuestra sociedad medicalizada el individuo está pasivamente arrastrado a la condición de mero objeto científico*²⁷.

Si la medicina se aleja de su lugar, termina cediendo a las exigencias científicas y pierde su valor moral y ético. Se margina de lo esencial: su trabajo con cada individuo, la clínica de cada caso. Es un hecho que los avances científicos han aportado importantes contribuciones para el tratamiento de los pacientes. Sin embargo, es prudente que la escucha clínica no sea olvidada, a riesgo de que la medicina pierda lo fundamental de su especificidad.

Referências

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):29-41.
2. World Health Organization. Constitution of the world health organization. Basic documents. Geneva: WHO; 1946.
3. Scliar M. Op. cit. p. 38.
4. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
5. Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
6. Engelhardt Jr HT. Ética médica, códigos de ética médica e bioética. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2009;17(3):360.
7. Monte FQ. Ética médica: evolução histórica e conceitos. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2009;17(3):407-28.
8. Foucault M. O nascimento da clínica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013.
9. Foucault M. Op. cit. p. 12.
10. Canguilhem G. O normal e o patológico. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
11. Foucault M. Op. cit. p. 64.
12. Monte FQ. Op. cit. p. 408.
13. Serra ST. Psicanálise e medicina: uma interlocução histórica, de saber, de prática e de formação. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. p. 27.
14. Neves NMBC. Códigos de conduta: abordagem histórica da sistematização do pensar ético. *Rev Bioética*. 2008;16(1):109-15.
15. Freud S. Mal-estar na civilização. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 21. p. 84-5. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).
16. Canguilhem G. Op. cit. 2005. p. 75.
17. Canguilhem G. Op. cit. 2012. p. 165.
18. Clavreul J. A ordem médica. São Paulo: Brasiliense; 1978.
19. Lacan J. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*. 2001;32:10.
20. Clavreul J. Op. cit. 1978.
21. Donnangelo MC, Pereira L. Saúde e sociedade. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
22. Quinet A. A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
23. Benoît P. Psicanálise e medicina. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.
24. Benoît P. Op. cit. p. 94.
25. Scliar M. A paixão transformada: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras; 1996. p. 307.
26. Engelhardt Jr HT. Op. cit. p. 355-61.

27. Pinheiro CVQ. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2006;16(1):46.

Participación de los autores

Gardênia Holanda Marques y Karla Patrícia Holanda Martins participaron, igualmente, de todos los pasos necesarios para producir la obra.

