

Aspectos éticos de la relación médico-paciente en Gregorio Marañón Posadillo

ANTONIO PIÑAS MESA

Universidad CEU San Pablo

1. Marañón, médico humanista

Gregorio Marañón Posadillo (1887-1960) ha sido uno de nuestros grandes médicos humanistas españoles. Junto con Pedro Laín Entralgo (1908-2001) y Juan Rof Carballo (1905-1994) forma parte de los llamados médicos escritores. Sobre todo se hace constatable el influjo que Marañón tiene en el pensamiento de Laín, pero no menos en Rof. Si bien sus trayectorias y dedicaciones son distintas, hay en ellos claras coincidencias siendo una de las más significativas la importancia dada a la historia concreta de las personas como vía para conocer la razón última de la enfermedad. Otra similitud, no accidental, es la dedicación de todos ellos a indagar en la naturaleza de la enfermedad psicósomática. Es cierto que, desde el punto de vista práctico, fueron Marañón y Rof los que destacaron por sus investigaciones al respecto, pero también Laín Entralgo contribuyó con relevantes estudios históricos y antropológicos a la fundamentación teórica de este trastorno. En este sentido algunas obras de estos tres autores se complementan y aportan una visión casi unitaria de similares problemas¹.

¹ Los paralelismos existentes entre Laín y Carballo fueron estudiados por BARRAQUER BORDÁS, L. (2006), "Reflexiones sobre Juan Rof Carballo y Pedro Laín Entralgo" en *Neurología*, 21(3): 162-165.

A los tres parece acompañar también aquella tesis orteguiana que reza así: la razón consiste en narración(...) Para comprender algo humano, personal o colectivo, es preciso contar una historia². En Marañón y Laín advertimos un acusado interés por la historia, no con una intención puramente positiva, sino con una voluntad de comprensión. A su vez, tanto ellos como Rof, abogan por un conocimiento de la biografía personal de un paciente para hallar la complejidad de factores que intervienen en el proceso morboso pero atendiendo sobre todo, a la dimensión personal que clarifica la enfermedad de un paciente individual. Rof definía al médico psicosomático como un profesional que *precisaba de tiempo*. Es, efectivamente, un requisito propio de quien se adentra en la interioridad del psiquismo para comprender lo acontecido en el plano biológico. *Biología y Psicoanálisis* es el expresivo título de una extensa obra de Carballo que nos recuerda el no menos elocuente de una obra colectiva que se convirtió en el punto de partida de la medicina antropológica en el siglo XX: *Psicogénesis y Psicoterapia de los síntomas físicos*. Este estudio dirigido en 1925 por O. Schwarz analizaba enfermedades potencialmente psicogénicas y ofrecía terapias psicoanalíticas para su tratamiento. Es por ello uno de los hitos fundamentales de la Medicina psicosomática occidental cultivada por nuestros tres médicos pensadores.

Como médicos humanistas también encontramos en ellos una reflexión sobre el papel del médico y de la medicina en la sociedad que les tocó vivir. Vamos a centrarnos a continuación en los aspectos éticos de la relación médico-paciente desde Marañón.

2. La relación médico-paciente en la actualidad

En primer término empezaremos con una aclaración terminológica. Las transformaciones acaecidas en las relaciones interpersonales han hecho que la expresión “relación médico-paciente” haya sido puesta en tela de juicio postulándose otras denominaciones para este específico

² ORTEGA Y GASSET, J. (1935), *Historia como sistema* en *Obras Completas*. Tomo VI p. 40.

modo de la relación humana. Como nos indica el historiador de la medicina Diego Gracia, en el último tercio del siglo veinte, la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores³.

Este hecho se muestra en las diferentes expresiones para denominar la relación entre el profesional de la medicina y la persona que, enferma o no, recurre a él⁴:

Relación médico-enfermo: Esta expresión se considera inadecuada porque no toda persona que acude al médico está enferma sino que puede asistir para descartarlo o para prevenir la enfermedad.

Relación sanitario-enfermo: Al constatar que, en la actualidad, el médico no es el único profesional con el que se relaciona el enfermo en el ámbito de la salud dado que en el hospital o consultorio conviven diversos profesionales (enfermero/as, fisioterapeuta, psicólogos/as, etc.) se propone un término más abarcante como el de “sanitario”.

Relación sanitario-paciente: La supuesta pasividad del enfermo también queda en entredicho porque el enfermo es “parte activa” en el proceso terapéutico. Al menos así viene siendo en los últimos tiempos. El enfermo reclama y tiene más derechos a la hora de conocer su diagnóstico e incluso a la hora de decidir a qué tratamiento o prueba quiere que le sometan (piénsese, por ejemplo, en el valor actual del consentimiento informado). No obstante, el término paciente sigue teniendo su vigencia en la medida en que, quien recurre al profesional, es el *patients*, el que padece o sufre la enfermedad o dolencia o, al menos, cree padecer algo⁵.

³ GRACIA D. (2004), *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid, Triacastela.

⁴ Para el análisis acerca de la falta de vigencia de la expresión “relación médico-paciente” Cfr. GRACIA, D., LÁZARO, J. (2006), “La relación médico-enfermo a través de la historia”, *Revista Anales Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 29, Suplemento 3, pp. 14-15.

⁵ Un ejemplo significativo de la mayor participación del paciente, es el programa “Paciente experto o activo” desarrollado por la Universidad de Stanford en los años 80 del pasado siglo, una referencia a nivel internacional en el ámbito de la formación a pacientes afectados por enfermedades crónicas. Entre otros aspectos, el programa quiere favorecer pacientes proactivos que toman las riendas de su enfermedad. Es una propuesta interesante porque favorece el paso del estudio de “enfermedades” al estudio de “enfermedades en personas” o “personas que enferman”.

Relación sanitario-cliente o usuario: Por último el término “cliente” está siendo frecuente en Estados Unidos aunque no agrada en la tradición médica europea. Por su parte, el de “usuario” (“relación usuario-sanitario”, RUS), tiene también connotaciones que reducen al enfermo a consumidor de servicios sanitarios⁶. Ahora bien, la Ley básica 41/2002 sí distingue netamente entre los términos paciente y usuario. El paciente es “la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”, mientras que el usuario es “la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria”.

Diego Gracia y José Lázaro opinan que, en realidad, tampoco se puede hablar de una relación bipolar porque hay terceras partes (familia, amigos, personal de administración, etc.) de modo que serían más adecuado hablar de una “relación clínica o sanitaria”.

Vista, desde la perspectiva actual, la valoración de la relación entre el médico y el paciente, nos acercamos ahora a la figura de Gregorio Marañón para atender al modo de su relación con el enfermo dentro de su contexto histórico.

3. La relación médico-paciente en Marañón

Marañón desarrolla su vida profesional entre dos nuevos paradigmas médicos, uno que está feneciendo y otro que comienza a imponer el progreso científico y tecnológico de la segunda mitad del XX. El médico está dejando de ser aquel hombre que gozaba de amplios saberes convirtiéndose ahora en un profesional que tiende a especializarse. Dentro de esta situación histórica, Marañón cumple el papel de “preservador de los valores tradicionales pero con la exigencia de adaptarlos a los cambios impuestos por el progreso”⁷.

⁶ Cfr. GRACIA, D. LÁZARO, J. (2006), “La relación médico-enfermo a través de la historia”, p. 15.

⁷ Cfr. EMANUELE VALENTI, (2011), “La ética médica en la formación del joven Marañón”, en HERREROS, B., GARGANTILLA, P.; BANDRÉS, E., *Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI*, Madrid, Fundación Tejerina, p. 14.

Estos rasgos se ponen de manifiesto en algunas de sus obras ensayísticas como es el caso de la que en estas páginas vamos a comentar. En la obra de Marañón *Vocación y ética y otros ensayos* (1946) nos encontramos un breve ensayo bajo el título “Sobre la responsabilidad social del médico”. Es un escrito de circunstancia porque se refiere a la creciente reclamación social de una normativa que regule los problemas de negligencias médicas. El propio Marañón había prologado en 1944 el libro de Eduardo Benzo Cano titulado *La responsabilidad profesional del médico*. Allí expone nuestro pensador sus reticencias ante esta cuestión en los siguientes términos:

La medicina es una ciencia inexacta... Y lo es, sobre todo, y lo será siempre, porque, aun cuando llegue el día en que conozcamos las causas de todas las enfermedades hoy en su mayor parte ignoradas y aun cuando lleguemos a saber el medio específico de combatir cada una de estas causas, existirá siempre el factor reaccional del individuo enfermo, infinitamente variable e imposible de acomodar a previas normas; y ese factor, ahora y siempre, convierte todo tratamiento, aun el más rigurosamente exacto, en un azar, cuyo margen de posibilidades de error se puede, a fuerza de estudio y perspicacia, disminuir, pero nunca eliminar⁸.

Marañón, desde una visión ideal del médico, a saber, “aquel médico de familia que hacía todo lo que podía para aliviar el dolor de sus enfermos, pero que además era, el consejero, el confidente y el paño de lágrimas en los hogares a los que era llamado”⁹, considera improcedente la exigencia de responsabilidad¹⁰.

Nuestro médico humanista está asistiendo al declive de esa actitud médica que unificaba el saber, el saber hacer y el saber ser, frente a una nueva actitud de los médicos ante el ejercicio de la Medicina: el *profesionalismo*. Este está provocando un cambio en el rol del médico que socialmente es visto ahora como médico científico. La profesión médica

⁸ Cfr. “Prólogo” de Gregorio Marañón al libro de BENZO CANO, E., (1944), *La Responsabilidad Profesional del Médico*, Madrid, Escelier.

⁹ MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946), *Vocación y ética y otros ensayos*, Madrid, Austral. p. 121.

¹⁰ *Ibid.*, p. 116.

se está asimilando a la de arquitecto, ingeniero o boticario y, al igual que en estos casos, el médico buscará obtener altos beneficios económicos¹¹.

La crítica de Marañón no se alza contra el valor de la intelectualidad del médico, pues él mismo era un intelectual, sino que apunta al error de considerar la medicina una ciencia exacta, un saber acabado. “Por mucho que se quiera asevera Marañón su ciencia seguirá siendo embrionaria, llena de lagunas e inexactitudes. Y estas sólo se pueden disimular con amor”¹².

En definitiva le preocupa la ocultación de la fragilidad del saber médico tras una imagen de exactitud y profesionalismo al uso que, según él, está dado al traste con el respeto cordial que los pacientes y la sociedad entera había tenido ante el médico. El error del médico, lejos de ser perdonado desde la comprensión de su fragilidad no intencionada, es perseguido con la búsqueda de una recompensa económica y/o la imposición de una pena al galeno que restituya el daño causado por una posible negligencia.

El diagnóstico de esta crisis es claro para Marañón: se ha provocado una transmutación de la vocación médica. Los jóvenes van a la medicina, “no por vocación verdadera, sino por el espejismo de la brillante posición, material y social, de los médicos afortunados”¹³.

Ahora bien, estos síntomas que Marañón detecta y critica son todos ellos fruto del imperio de las ideas positivistas propias de la nueva ciencia moderna que en España está representada fundamentalmente por Ramón y Cajal¹⁴. La metodología científica exige al médico detenerse en hechos objetivos y utilizar una metodología rigurosa y exacta.

Pero Marañón, que se ha formado en la etapa tradicional, quiere que permanezcan aquellos valores del antiguo médico que accedía a la Medicina con una vocación distinta a la de las nuevas generaciones. Por

¹¹ *Ibíd.*, p. 119.

¹² *Ibíd.*

¹³ *Ibíd.*, p. 121.

¹⁴ EMANUELE VALENTI, “La ética médica en la formación del joven Marañón”, p. 17.

ello nos preguntarnos ¿Cuál es para Marañón la vocación verdadera del médico? Que el futuro médico vaya a la medicina interesado por la salud de la persona antes que por lo crematístico. El problema del profesionalismo estriba en su vertiente materialista. Marañón no niega que el médico busque el justo salario, pero teme que la actitud interesada del nuevo médico acabe con la actitud romántica caracterizada por el desinterés y la generosidad. Esta actitud se traduce en la aceptación ascética del inevitable error de un hombre que no pueda evitar con su arte el dolor o la muerte de la persona a la que atiende. “Se parte «dice Marañón» de la noción de su falibilidad”¹⁵. La medicina no es ciencia exacta y el médico no es Dios.

Marañón quiere rescatar a ese médico entrañable cuyo nivel moral y personal le convertían en digno de confianza (confianza en su buen hacer no es su infalibilidad) y, en virtud de esta, en amigo y confidente:

Debemos luchar con heroico tesón para conservar, mientras sea posible, algo de ese espíritu, adaptándolo a las necesidades de nuestros días. Con ello haremos tanto por el prestigio de la Medicina como quemándonos las pestañas sobre los libros o en la lámpara del microscopio¹⁶.

4. Aspectos éticos de la relación médico-paciente en Marañón

Toda relación humana tiene un componente ético o moral porque, al relacionarnos, estamos siempre actuando conforme a unos valores personales de referencia. El factor ético no está ausente en las relaciones profesionales siendo este el nervio de lo que conocemos como deontología profesional.

Hay buenos y malos médicos al igual que buenos o malos pacientes. Nos referimos ahora, claro está, al sentido ético y no técnico del término “bueno”, aquel que empleamos para calificar las acciones de todo ser humano desde el prisma de su bondad o maldad.

¹⁵ *Ibid.*, p. 100.

¹⁶ *Ibid.*, p. 122.

El principal deber del médico es buscar el bien del paciente, “una empresa, –decía Pedro Laín y así lo suscribirían muchos galenos–, más fácil de formular que de ejecutar”¹⁷. Las dificultades estriban tanto en la determinación sobre cuál es el bien del enfermo, como en los conflictos cotidianos sobre las decisiones en torno al tratamiento. Consciente de esta dificultad Marañón hace una exposición sobre ética médica abordando tres cuestiones claves: *el deber del médico frente a la verdad, el secreto profesional y el enfermo como objeto de experimentación*¹⁸.

A continuación atenderemos a algunos puntos conflictivos en la valoración de Marañón al menos desde la perspectiva del paradigma no paternalista de la relación médico-enfermo. Aclaremos primero en qué consiste el llamado “paternalismo médico”. El código deontológico actual, recuerda al médico que, además del principio de no maleficencia (lo primero es no hacer daño), el de justicia (no discriminar por factores extrasanitarios) y el de beneficencia (actuar en bien del enfermo) hay un cuarto principio de autonomía según el cual el médico no tomará las decisiones que puedan ser tomadas por sus pacientes, sin informarles de cuanto necesiten saber para que ellos mismos decidan con el mayor fundamento posible¹⁹.

Por tanto, el paternalismo médico es una actitud positiva porque cumple con los requisitos de no maleficencia, justicia y beneficencia pero parece atentar contra la dignidad del paciente al omitir el deber de informar para favorecer el libre ejercicio de toma de decisión ante su enfermedad y los tratamientos que deban ser aplicado. En definitiva, se coarta su derecho al consentimiento. Este último, sin embargo, sí queda salvaguardado por la actitud autonomista. No obstante, en nuestros días,

¹⁷ LAÍN ENTRALGO, P. (1984), *Antropología Médica para clínicos*, Barcelona, Salvat, p. 433.

¹⁸ Cfr. MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946), *Vocación y ética y otros ensayos*, p. 71. Nos centramos ahora en el ensayo titulado “Vocación y ética” que recoge las conferencias pronunciadas por Marañón en julio de 1935 en los Cursos de verano de la Universidad Internacional de Santander. La Universidad desarrollaba aquel año unas lecciones sobre “Preparación y Ética en las actividades profesionales y científicas”. Tenía Marañón cuarenta y ocho años. Su experiencia profesional e investigadora era abundante. Esos días, relata, habla desde la experiencia, “sin pretensión de doctrina ni aparato de erudición”.

¹⁹ LÁZARO, José y GRACIA, Diego, “La relación médico-enfermo a través de la historia”, p. 14.

hay voces críticas que consideran que los términos paternalismo y autonomismo no son antagónicos y que, por el contrario, deben integrarse para conseguir una adecuada relación sanitario-paciente desde un sano paternalismo y un adecuado respecto a la autonomía del paciente. Ahora bien, esto será posible si los índices de confiabilidad en los médicos son adecuados²⁰.

Examinemos ahora cómo cree Marañón que se debe gestionar la información al paciente. Hipócrates describe la relación sanitaria como un ejercicio de cooperación entre médico y paciente. Debe darse una alianza terapéutica entre el médico y el paciente para vencer la enfermedad. Si el enfermo o el médico se alían con la enfermedad, la batalla estará perdida. Pero, en la búsqueda del bien del enfermo, Hipócrates considera justificado que el médico engañe al paciente, por ejemplo, ocultándole la gravedad de su enfermedad. Este rasgo, llevado a su extremo, es propio del “paternalismo médico”²¹, mentalidad que precede a la actual *mentalidad autonomista*. Gregorio Marañón justificaba también la mentira por motivos terapéuticos:

El médico, pues –digámoslo heroicamente– debe mentir. Y no sólo por caridad, sino por servicio a la salud. ¡Cuántas veces una inexactitud, deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la Farmacopea!²².

²⁰ Cfr. MÉNDEZ SARDINA, G. (2009), “El necesario regreso de un nuevo paternalismo a la relación médico-paciente” en *Bioética i debat*, <http://www.bioeticadebat.org/modules/news/article.php?storyid=262&page=0> (consultado 07.07.14).

La desigualdad entre el médico y el paciente es evidente porque el médico tiene un conocimiento de la enfermedad y de los tratamientos que no tiene el paciente. Para salvar, aunque sea parcialmente, esta dificultad se han comenzado a implantar los programas de “alfabetización en salud” o *health literacy* con la intención de aportar a los usuarios y pacientes unos datos básicos que mejoren su deliberación. Cfr. GUAL SALA, A. (2012), *Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida*, Fundación Educación Médica, p. 21.

²¹ Además del paternalismo médico existe el paternalismo del Estado.

²² MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946). *Vocación y ética y otros ensayos*, p. 74.

Pero Marañón no se distanciaría de la legislación española actual en relación con esta materia. En noviembre del 2002 se aprueba en España la “Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”²³ que, en el artículo 5 punto 4, contempla una limitación a la obligatoriedad de la información al paciente por motivos de conveniencia terapéutica:

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.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Incluso, añade Marañón, hay enfermos “sedientos de mentira” que deliberadamente o no, piden que se le arranque (la verdad) y se le sustituya por una ficción²⁴. En este aspecto Marañón sí toma en consideración la voluntad del paciente y, por tanto, le valora como parte integral de la relación terapéutica²⁵.

Por lo que respecta al secreto profesional, constata el cambio acaecido en la percepción de la enfermedad como fruto de un castigo divino, hacia una nueva mentalidad en la que el trastorno morboso es entendido como algo propio de la naturaleza que se puede evitar o curar. Marañón respeta el secreto médico pero cree que este se está debilitando a medida que se amplía el carácter científico de la medicina. Los hospitales se han convertido, apunta Marañón, en centros de estudio y enseñanza. Ahora

²³ El precedente de esta normativa a nivel internacional lo encontramos en la primera Carta de Derechos del Paciente de la Asociación Norteamericana de Hospitales del año 1973 que inaugura la mentalidad autonomista en la relación médico-paciente. En España ya tenemos en 1984 una Carta de Derechos y Deberes del Paciente elaborada por el Instituto Nacional de Salud.

²⁴ MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946). *Vocación y ética y otros ensayos*, p. 74.

²⁵ Se trata de una cuestión problemática sobre todo en enfermedades terminales. Aconsejamos la lectura de COBREROS MENDAZONA, E. (2004) “¿Decir la verdad al enfermo? Aspectos jurídicos”, en ASTUDILLO, CASADO, CLAVÉ Y MORALES (Eds.) “*Dilemas éticos en el final de la vida*”, San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2004, pp. 113-121.

el paciente es examinado por distintos profesionales sanitarios y su enfermedad es por todos ellos conocida. “Es inútil hacer consideraciones teóricas acerca de si esto es lícito o conveniente; por encima de ellas está la realidad, que se impone y que no tiene el menor aspecto de cambiar”²⁶.

Según Marañón, en un futuro no lejano, el secreto profesional quedará reservado para los casos de trastornos psicológicos, enfermedades ligadas a responsabilidad extramédica notoria o cuando el enfermo exija previamente del médico la reserva profesional. En los demás supuestos “el secreto subsistirá más como una cortesía social que como una imposición casi religiosa”²⁷.

Sin embargo, el pronóstico de Marañón queda lejos del actual paradigma de la confidencialidad y el consentimiento informado. La Ley 41/2002 recoge en su artículo 7 el derecho a la intimidad en virtud del cual “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”. El acceso a los datos del paciente debe responder a criterios legales estableciéndose protocolos al respecto.

Marañón no hace referencia explícita al uso de las historias clínicas pero, actualmente, el acceso a las mismas queda regulado por la Ley de protección de datos y su empleo, incluso para el supuesto de actividades docentes o de investigación, queda debidamente regulado en el artículo 16 de la Ley del 2002.

Por último se detiene en la cuestión de la experimentación con humanos²⁸: la utilización del enfermo no ya para la enseñanza sino para la experimentación. Confiesa Marañón que es el tema que más le ha preocupado en su vida profesional pero está convencido de que el enfermo puede ser sometido, sin causarle daño, a aquellos análisis y ensayos que contribuyan al conocimiento de su caso clínico o de sus

²⁶ MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946). *Vocación y ética y otros ensayos*, p. 78.

²⁷ *Ibid.*, p. 79.

²⁸ Cfr. *Ibid.*, p. 79.

futuros compañeros²⁹. El límite que sí prevé y denuncia Marañón son aquellas prácticas de médicos de muy dudosa utilidad, realizadas para el simple lucimiento del autor, sin contar aquellos casos en los que se han substraído tumores u órganos sanos llegando a comprometer la buena fisiología o la propia vida del paciente³⁰.

Marañón se centra en los análisis y ensayos sobre enfermos que no sirven directa e inmediatamente ni para el diagnóstico ni para el tratamiento del paciente, sino para mejor conocer la enfermedad. El provecho es para pacientes futuros³¹. Las investigaciones no benefician al enfermo pero, asevera Marañón, tampoco le perjudican. Sin embargo de ellas se derivan conocimientos notoriamente útiles para el diagnóstico y la cura de enfermos sucesivos. En este hecho cifra Marañón la corrección ética de los ensayos y su autorización siempre que no perjudique en lo más mínimo ni al curso del proceso ni a su salud en general³².

No desconoce Marañón que es esencial para la buena ética de estas investigaciones que el enfermo mismo lo sepa y se preste a la experimentación. Ahora bien, matiza Marañón, no siempre cumplimos con este precepto porque “el enfermo suele oponerse a toda prestación de su persona de la que no resulte o crea él que no resulte, una inmediata utilidad para él”. En estos casos, si la investigación implica sólo una leve molestia y se espera el beneficio para futuros pacientes, “es lícito, con un leve engaño, convencerle”³³. Añade Marañón, si respetásemos rigurosamente la voluntad del enfermo, muchas veces tendríamos que prescindir hasta de los remedios salvadores. Es lo que acontece con enfermos que se niegan a ciertas pruebas que podrían redundar en su propio beneficio. En dichas situaciones, afirma, es habitual rendir la voluntad del enfermo *con arte o discreta violencia*. Lo mismo se aplicará, dice Marañón, cuando hay resistencia a una fundamentada experimentación³⁴.

²⁹ Cfr. *Ibid.*, p. 81.

³⁰ Cfr. *Ibid.*

³¹ Cfr. *Ibid.*, p. 80.

³² Cfr. *Ibid.*, p. 81.

³³ Cfr. *Ibid.*, p. 82.

³⁴ Cfr. *Ibid.*

Los orígenes de la regulación jurídica de la experimentación con humanos se remontan a la denuncia de las prácticas realizadas en Alemania durante el nazismo. Dos textos fundamentales son el Código de Nüremberg de 1947³⁵, que establece por primera vez la obligatoriedad del consentimiento informado, y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964. Posteriormente tenemos el llamado “Convenio de Oviedo” (Oviedo 4 de abril de 1997), aprobado y ratificado en Madrid el 23 de julio de 1999 (BOE el 20 de octubre de 1999), primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. Su artículo primero dispone la necesaria protección del ser humano “con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina”.

Para comprender la postura de Marañón ante los dilemas bioéticos consideremos su particular visión de hombre liberal ante las normas que limitan la actuación personal. Él reconoce el valor de las leyes humanas desde la perspectiva de la colectividad, pero la conducta moral, nos dice, “es esencialmente individual y casuística y, por tanto, antirreglamentaria”³⁶. La conducta profesional entra dentro de esa misma categoría, motivo por el cual, concluye Marañón, si el profesional es digno de serlo, su modo de actuar sólo será condicionado por su propia conciencia. Sobre ella no se sobrepone ningún juez ni código inventado³⁷. Para nuestro médico humanista “es la ciencia la que da conciencia y no los reglamentos”³⁸.

Aun comprendiendo el sentido últimos de las palabras de Marañón, no nos satisface esta moral excesivamente individualista del profesional en su quehacer práctico. Los reglamentos responden también a unos fundamentos éticos que pueden aplicarse en cualquier circunstancia. Ahora bien, la deliberación personal informará siempre la actuación en

³⁵ Este Código aparece doce años después de las conferencias pronunciadas por Marañón y que estamos analizando en estas páginas.

³⁶ MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946). *Vocación y ética y otros ensayos*, p. 62.

³⁷ *Ibid.*, p. 65.

³⁸ *Ibid.*, p. 66.

conciencia del sujeto obligado a interpretar en cada momento en qué consiste, por ejemplo, el bien del paciente. La realidad nos demuestra la necesidad de una regulación en el campo biosanitario que permita exigir responsabilidades a aquellos que actúan en contra de la dignidad de la persona. Quizá Marañón se escuda en una visión demasiado optimista de la conciencia personal que es la que le hace pensar en la no necesidad de un límite a la capacidad de la ciencia y del científico.

5. El trato del médico al paciente

Cada vez que un paciente tiene que elegir un profesional médico para que le trate una dolencia o consultar acerca de su salud, este se interroga en su intimidad ¿será buen médico? Es decir le inquieta no saber si la capacitación técnica del profesional, sus destrezas e, incluso, su mayor o menor especialización en una determinada dolencia (¿será un buen experto en diabetes?) serán adecuadas. Pero no menos cierto es que la pregunta lleva en el fondo un temor por el “modo personal” de tratar “al enfermo”. Por tanto, la confianza en un médico reside en creer que conoce “la enfermedad” y sabe tratar “al enfermo” como persona. En la propia historia de la medicina se produjo un cambio de paradigma que se plasmó en el progresivo tránsito desde el trato de enfermedades al trato de enfermedades en personas. Pedro Laín ha estudiado magistralmente esta transformación y Marañón, con sus estudios biográficos, lo encarnó en su profesión médica.

En definitiva, quien acude al médico, implícita o explícitamente, valora lo que sabe (o le dicen que sabe) ese médico y, no menos, cómo trata (o dicen que trata) a los pacientes. Hay que distinguir dos acepciones del término “tratar”. La primera es la expresada por el Diccionario de la Real Academia como “la acción de aplicar los medios adecuados para curar o aliviar una enfermedad”. La segunda hace referencia a “comunicar, relacionarse con un individuo o proceder bien, o mal, con una persona, de obra o de palabra”.

Gregorio Marañón fue consciente de este doble componente e hizo del trato humano al paciente un medio en sí para la curación o una ayuda para la misma. Él mismo nos dice como él éxito de la actividad del

un médico no reside tanto en el costado científico de la Medicina, sino en el entusiasmo o confianza que el galeno transmite al paciente³⁹. No se refiere Marañón a la sugestión intencionada⁴⁰ sino a la inconsciente y *bilateral*⁴¹ porque de ella participan tanto el médico como el paciente:

Y puede suceder que, en definitiva, el jarabe o la inyección no sirvan para casi nada y, sin embargo, mi fe, transmitida, sin yo saberlo, a mi enfermo, sea bastante para curarle: para curarle de verdad⁴².

Relata Marañón el caso de medicamentos (por ejemplo la esparteína, utilizada antaño para problemas de corazón) que habían servido para curar dolencias pero, tiempo después, se descubre la falsedad de su fundamento científico. Ese medicamento, aplicado sin convicción, no surtirá ya el efecto anterior.

Es esta una cuestión sugerente para ser investigada y que nos obliga a conocer la realidad íntima del ser humano. Si nos adentramos en el poder de las creencias personales llegaremos a comprender mejor algunos procesos de curación. No menos importante será indagar en la subjetividad del cada paciente pues, nos dice Marañón, la úlcera de estómago no es la misma enfermedad en un segador que en un profesor de Filosofía⁴³. Es aquí donde hallamos al Marañón que supera una Medicina crasamente biomédica para incentivar un enfoque personal de la curación en el que el médico sea perito en el conocimiento de los motivos psicológicos que acompañan al evento morboso.

³⁹ *Ibid.*, p. 58.

⁴⁰ Un caso de sugestión intencionada y no bilateral es la prescripción de un placebo. El médico sabe lo que toma el paciente pero le indica, consciente de su engaño, que la pastilla en cuestión tiene determinadas virtudes curativas.

⁴¹ MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946). *Vocación y ética y otros ensayos*, p. 58.

⁴² *Ibid.*, p. 59.

⁴³ *Ibid.*, p. 60.

6. La formación del médico: hacia una formación integral

La cuestión que afrontamos ahora es si las cualidades personales que revierten en la calidad percibida por el paciente (e incluso en sus procesos de mejoramiento), se pueden aprender y, consecuentemente, enseñar al futuro práctico de la medicina.

En el Informe de la UNESCO del año 1996 J. Delors distinguía cuatro pilares de la educación: *aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir con los demás y aprender a ser*⁴⁴.

Estos pilares afectarían a todo proceso educativo y no menos al itinerario formativo de los trabajadores, muy en concreto, el de aquellos que se dedicarán a las profesiones de “relación de ayuda”, dado que la capacitación técnica debe ir acompañada de un adiestramiento en destrezas interpersonales. El objetivo perseguido será promover profesionales que sepan tratar a la persona con dignidad y no como un mero objeto. Los testimonios que tenemos sobre Marañón en su ejercicio médico dan fe de cómo en él, además de las virtudes intelectuales y técnicas, estaban presentes unas virtudes humanas. Rof Carballo, recién fallecido Marañón, lo expresaba así:

Tenía a la cabecera del enfermo un don bastante poco frecuente: el de inspirar confianza plena y absoluta en breves palabras, con ademán sucinto. Tras esa misteriosa influencia había un secreto que su prestigio no bastaba a explicar. Quizá fuese su gran bondad.

Efectivamente, los referidos pilares de la educación están en consonancia con los elementos fundamentales para ejercicio profesional:

1. Conocimientos: Cada profesional debe “saber” todo aquello relativo a su profesión pero también precisa capacidad para adquirir esos conocimientos y, desde ellos, juzgar y decidir en las situaciones prácticas. En el campo médico es preciso conocer las patologías específicas, saber

⁴⁴ DELORS, J. (1996): “Los cuatro pilares de la educación” en *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*, Madrid, España: Santillana/UNESCO, pp. 91-103.

detectarlas para luego emitir un juicio diagnóstico. Este juicio, nos dirá Marañón, no siempre es exacto por la cantidad de factores que, sin mala voluntad, se escapan al conocimiento del galeno.

2. Habilidades: Es la capacidad o destreza para “saber hacer” bien y con facilidad una tarea. Estas habilidades prácticas abarcan desde la manipulación de objetos o del cuerpo de un enfermo (p.e. el cirujano) hasta las habilidades emocionales.

3. Aptitudes: Capacidad tanto cognitiva como emocional para realizar una tarea o desempeñar un cargo.

4. Actitudes: predisposición a obrar o disposición de ánimo. Alguien puede tener muy buenas aptitudes para una tarea pero muy mala actitud a la hora de realizarla o viceversa, querer hacer algo pero no tener capacidad para ello.

Por tanto, desde una perspectiva integral, cuando se habla de un médico “competente” presuponemos en él tanto competencias duras (saber; saber hacer) como competencias blandas (saber ser-estar) cuya obtención es posible mediante las llamadas *ciencias duras* y *ciencias blandas*, respectivamente. Las “humanidades médicas” tienen un papel central en la formación del futuro clínico que necesita saber decidir desde unos valores ante los hechos “clínicos”.

Gregorio Marañón gozó de una excelente formación personal en disciplinas humanísticas que influyeron sobremanera en su alta cualificación personal en el trato con el enfermo. Por esa razón aconsejaba que, el médico, tuviera otras aficiones que alimentaran su espíritu al margen de su habitual ocupación⁴⁵.

Hoy sigue abierto el debate sobre la necesidad de superar y/o completar los contenidos y competencias curriculares del médico en formación, al tiempo que se aboga por una formación continuada de los profesionales de la salud para la mejora de la asistencia⁴⁶.

⁴⁵ Cfr. MARAÑÓN POSADILLO, G. (1946). *Vocación y ética y otros ensayos*, p. 54.

⁴⁶ La cuestión sobre quién es un buen profesional médico y qué competencias debe adquirir para serlo es algo que, afortunadamente, no deja de ser estudiado. Por ejemplo el programa canadiense

7. La vocación y preparación del médico según Marañón

Como médico y formador de médicos estaba preocupado por el futuro de la Medicina. El currículo académico de Marañón pone en evidencia su intensa actividad para la promoción del conocimiento médico, pero asiste con temor ante el panorama de un alumnado al que se forma en el costado teórico en claro detrimento del arte médico que consiste en curar. Por ello reclama que, quienes accedan a la medicina, sepan en qué consiste esta y gocen de una fuerte vocación. La profesión médica, nos dirá, lo requiere más que otras profesiones. Marañón constata y critica que “afluyen a nuestro camino (la Medicina) un tropel de mozos absolutamente indotados de aptitudes y de amor a la Medicina”.

Una cosa es querer ser médico y otra muy distinta tener vocación de médico. Lo primero implica un deseo de posesión de algo, mientras que la vocación es una actitud de desinterés por el rédito personal. En concreto denuncia Marañón cómo la dignificación de la profesión médica, creciente desde el fin de la Revolución francesa, ha provocado que muchos se acerquen a ella por el mero prestigio social y no por amor a la Medicina y a la persona enferma. Este es el riesgo del *profesionalismo*. Por ello reclama al futuro médico dos tareas imprescindibles que serían la prueba de fuego de su vocación: la práctica gratuita y entrañable en los pobres y la ineludible necesidad de investigar. Respecto a lo primero cabe decir que Marañón no niega que el médico deba vivir de su profesión, siempre que no convierta la ganancia en el fin último de su actividad⁴⁷.

La especial fortaleza anímica que exige Marañón al médico viene motivada por las delicadas situaciones a las que el profesional debe enfrentarse a diferencia de otros profesionales: el dolor y la suciedad, la

auspiciado por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, conocido bajo el nombre de CanMEDS ha definido una serie de competencias entre las que se encuentran la comunicación, la profesionalidad, capacidad de gestión... el programa CanMEDS se han convertido, tanto en Canadá como en el ámbito internacional, en estándares del arte de la medicina y son un marco de referencia para el desarrollo profesional, la formación continua y su evaluación. Cfr. GUAL SALA, A., (2012), *Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida*, Fundación Educación Médica, p. 26.

⁴⁷ Cfr. MARAÑÓN POSADILLO, G. (1954). *La Medicina y nuestro tiempo*, Madrid, Austral, p. 24.

privación de tiempo personal debida a la alta ocupación vital, el sufrimiento por la incertidumbre sobre el acierto, la ingratitud de familiares y enfermos; su misión es abnegada y difícil, etc.

Marañón habla también del riesgo del *tecnicismo* o deshumanización del arte médico por el olvido de los fines humanos a los que debe servir⁴⁸. Marañón nota cómo en las Facultades de Medicina se estaba priorizando la investigación y la formación técnica frente a la actividad propia del médico: “el arte puro del diagnóstico y del tratamiento”⁴⁹.

Por último, otro aspecto crítico es la tentativa de *cientificismo* que pretende convertir la Medicina en una ciencia exacta. Consecuencia de ello, asevera Marañón es la construcción de la falsa imagen del médico infalible al que, consecuentemente, el paciente puede pedir cuenta de sus errores⁵⁰.

El fundamento del amor al arte médico se encuentra en el amor al enfermo, decía Hipócrates. Laín Entralgo llama “amor pretécnico” a este motivo que incita a la práctica médica⁵¹. En Marañón queda ampliamente atestiguado ese amor primordial hacia la figura del enfermo que reclama ayuda pero, asevera Laín, “bajo su severa y certera crítica de la técnica deshumanizada, nuestro gran médico fue, y no podía no ser, un entusiasta de la técnica al servicio de la dignidad humana y del amor al menesteroso”⁵².

Cuando la técnica se pone al servicio del hombre, acontece lo que Laín ha denominado el amor técnico, siendo la relación médico-paciente una modalidad de la amistad: la “amistad técnicamente realizada”. Marañón es un egregio ejemplo de esta modalidad de la amistad.

⁴⁸ *Id.*, (1946). *Vocación y ética y otros ensayos*. p. 52.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 48.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 100.

⁵¹ LAIN ENTRALGO, P. (1988), *Cajal, Unamuno, Marañón. Tres españoles*, Barcelona, Círculo de Lectores, p. 191.

⁵² *Ibid.*, p. 197.

8. Conclusiones

Marañón tiene en alta estima la profesión médica, razón por la cual espera del médico una vocación a la altura de una labor abnegada que, a su juicio, no debe perseguir como meta final el lucro económico ni el prestigio social. Atendiendo a lo que en sus obras nos dice del enfermo y lo que los testigos relatan sobre el trato que dispensaba a los pacientes podemos concluir que Marañón cultivó sobremanera unas actitudes que generaban en sus pacientes esa confianza necesaria para una mayor eficacia del tratamiento⁵³. La sugestión bien entendida será clave en el proceso terapéutico. Así lo expresa el propio Marañón: “Si entre la receta, la más simple, la de un jarabe para la tos, y la mente que lo prescribe no hay un pequeño mundo de información de lo que es el hombre y el hombre que receta, el jarabe calmará la tos menos eficazmente que si ese mundo existiese”⁵⁴.

El factor subjetivo tiene una gran trascendencia en el pensamiento de nuestro médico que tanto valoró el aspecto personal de la enfermedad. Desde aquí comprenderemos mejor el sentido de muchas de sus obras, como es el caso de sus *bioensayos*, en las que, aparentemente, no se percibe la labor de médico. Sin embargo Marañón, sigue haciendo Medicina en ellas porque nos ayudan a conocer al hombre que enferma y que sana en su integridad.

⁵³ Pedro Laín escribe, con motivo del homenaje que tributó la Real Academia Española en el décimo aniversario de la muerte de Marañón, el texto titulado *Carta de una enferma*. En ella, con humor y emotividad, recoge lo que sería el sentir de una las pacientes de Marañón atendida en el Hospital General. Se puede encontrar en LAÍN ENTRALGO, P. (1988), *Cajal, Unamuno, Marañón. Tres españoles*, Barcelona, Círculo de Lectores, pp. 222-227.

⁵⁴ MARAÑÓN POSADILLO, G. (1952), *El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo*, Madrid, Editorial Nacional, p. 24