

EL OCASO DE LA MEDICINA CLÁSICA

Reflexiones críticas alrededor de la llamada Autonomía del Paciente.

The Sunset Of Classical Medicine: Critical Reflections on So-called Patient Autonomy

Francisco Gómez Perineau, MD ¹

¹ Asistente del decano para Educación Médica Universidad de Antioquia; Exdirector Unidad Cardiovascular y de Tórax, Hospital San Vicente Fundación; Exmagistrado presidente del Tribunal de Ética Médica de Antioquia; Miembro correspondiente Academia de Medicina de Medellín.

Correspondencia:
gomezperineauf@gmail.com

Cómo citar: Gómez Perineau, Francisco, MD. El ocaso de la medicina clásica. Reflexiones críticas alrededor de la llamada Autonomía del Paciente [The Sunset Of Classical Medicine. Critical Reflections on So-called Patient Autonomy]. Anales de la Academia de Medicina de Medellín (An Acad Med Medellín). 2026;22(1):48-59.

Doi: <https://doi.org/10.56684/ammd/2026.1.07>
<https://www.ammedellin.com/revista-anales/2026-1.48>

“...vivimos un tiempo contaminado, hostil, insolidario, donde los valores democráticos y morales han sido sustituidos por la avaricia del mercado y donde todo tiene un precio”.

Joan Manuel Serrat. Del discurso pronunciado al recibir el premio “Príncipe de Asturias”. Octubre 2024.

Resumen

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, en 1945, hasta nuestros días, la humanidad ha sido testigo de grandes transformaciones sociales, políticas, económicas, culturales y científicas que han transformado, radicalmente, la vida de los hombres. Entre ellas se destacan los cambios profundos y rápidos introducidos en el ejercicio de la medicina. El asombroso desarrollo del conocimiento científico y de la tecnología médica, por una parte, y los notorios esfuerzos empleados en ampliar los alcances del cuidado en salud, a través de la medicina social, han contribuido, decididamente, a generar y estimular estas transformaciones. No obstante, estos progresos incuestionables han terminado por envilecer, de cierta manera, los principios y atributos que fundamentaron el nacimiento de la medicina como ciencia en la Grecia hipocrática y que

la acompañaron, más o menos intactos, durante más de veinticinco siglos. Como consecuencia, ha venido creciendo, en el ámbito de la relación médico-paciente, un fenómeno alarmante que conocemos como “deshumanización” del acto médico. En la segunda mitad del siglo veinte, al tiempo que fueron naciendo disciplinas como la Bioética, con el fin de estudiar y combatir esta deshumanización, se introdujo, en las actividades realizadas por los médicos, el noble concepto de autonomía, de estirpe kantiana, con la intención de fortalecer el respeto debido a la dignidad plena de los pacientes; sin embargo, el concepto de “autonomía de los pacientes” pronto devino en una suerte de deriva jurídica del sistema norteamericano que lo inspiró, lo reglamentó y finalmente lo impuso, con consecuencias tales como el deterioro progresivo de la relación entre el médico y su paciente, lo que finalmente contribuyó en no poca medida, a la existencia del observado fenómeno de pérdida del humanismo en esta benemérita relación.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente; Pautas de la práctica en Medicina; Autonomía Personal.

Abstract

Since the end of World War II in 1945, humanity has witnessed profound social, political, economic, cultural, and scientific transformations that have radically altered human life. Among these, the deep and rapid changes introduced into the practice of medicine stand out. The astonishing development of scientific knowledge and medical technology, coupled with significant efforts to expand the scope of healthcare through social medicine, have decisively contributed to generating and stimulating these transformations.

However, these unquestionable advancements have ultimately debased, in a certain way, the principles and attributes that founded medicine as a science in Hippocratic Greece—principles that remained more or less intact for over twenty-five centuries. Consequently, an alarming phenomenon known as the “dehumanization” of the medical act has been growing within the doctor-patient

relationship.

In the second half of the twentieth century, as disciplines like Bioethics emerged to study and combat this dehumanization, the noble concept of autonomy—of Kantian lineage—was introduced into medical practice with the intent of strengthening the respect due to the full dignity of patients. Nevertheless, the concept of “patient autonomy” soon devolved into a sort of legalistic drift influenced by the North American system that inspired, regulated, and ultimately imposed it. This has resulted in the progressive deterioration of the bond between the physician and the patient, contributing significantly to the observed loss of humanism in this venerable relationship.

Keywords: Practice Patterns; Physicians; Physicians-Patient Relations; Personal Autonomy.

Introducción

Bastaría observar, con cierto detenimiento, lo que hay detrás de las noticias que, todos los días, a todas horas, repetidamente y de manera obsesiva, nos traen los distintos medios de comunicación para descubrir que, más que una sucesión, casi monótona, de información, lo que en realidad sucede es que estamos transitando un período muy oscuro de la historia de la humanidad. Esta idea se ha extendido ya a lo largo y ancho del planeta en el que nos tocó vivir y constituye objeto de reflexión y estudio de académicos, maestros, magistrados, algunos pocos políticos (muy pocos), historiadores, filósofos y hombres sabios, que perciben al hombre contemporáneo como un ser atrapado en medio de un abrumador “desorden del mundo”, como llama el antropólogo y escritor bogotano Carlos Granés (1), a esta crisis humana tan extensa como radical y profunda.

Otros, por el contrario, y es preciso señalarlo, solo ven en este fenómeno, una consecuencia ineludible de lo que, se supone, es el “progreso”, entendido, al menos, como progreso material de la humanidad, una visión fundamentada en un talante decididamente pragmático, que solo es posible juzgar con beneplácito desde la comodidad y la seguridad

que traen el poder y la riqueza.

Mucho más acá de tales observaciones, estudios, debates y preocupaciones de pensadores ilustrados, la vida cotidiana está ahí para recordarnos, cada hora del día, que esta era de obscuridad se manifiesta, también, en el individuo, en su familia y en su trabajo, como un conjunto de transformaciones, no siempre benévolas, en las relaciones del hombre consigo mismo, de los hombres con sus semejantes y de los mismos, con el mundo que habitan.

Era, pues, apenas obvio que la prestación de servicios de salud, entendida en su aspecto más amplio, acabara por sufrir un fenómeno de replanteamiento radical, inspirado en los nuevos modelos de carácter esencialmente utilitario y economicista, como el propuesto por la corriente de pensamiento neoliberal, hoy dominante en casi todo el mundo.

Pero, lo que sí no resultaba tan obvio, al menos hasta hace unas pocas décadas, era que este pensamiento acabara, literalmente, entrometiéndose en el corazón mismo del ejercicio de la profesión, en la intimidad de la Relación Médico-Paciente (RMP), como un tercero indeseable, como un intruso sin licencia.

Por muy distintas razones, que intentaré perfilar en el desarrollo del presente escrito, estos cambios impactaron, de manera definitiva y trascendente, la columna vertebral de la práctica profesional cuyo escenario no ha sido otro que el llamado *acto médico*, y que se despliega, fundamentalmente, con ocasión del encuentro personal entre los dos actores implicados. En palabras del médico y filósofo, Heinrich Schipperges, profesor de Historia de la Medicina de la Universidad de Heidelberg en Alemania, la RMP era para él, en 1962, una *“relación antropológica que [se establecía] con fundamento en los dos fenómenos elementales de necesidad y ayuda”*. (2) Lo que significa, en mi opinión, que el hecho quizá más sobresaliente, y a la vez más inquietante, es que estos cambios radicales han tenido como consecuencia el abandono progresivo, en la práctica, de casi toda la subjetividad que esta relación profundamente antropológica

había conservado, casi con obstinación, como una riqueza inmanente al acto médico desde los albores de la medicina en la isla griega de Cos, en el siglo V antes de Cristo hasta este mencionado período de finales del siglo XX y comienzos del actual, tan llenos ambos de luces, pero también de sombras.

Acerca de una definición de “Medicina Clásica”

La octava acepción del adjetivo *“clásica”*, del Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, es la siguiente: (3)

— *Clásica*. “Que no se aparta de lo tradicional, de las reglas establecidas por la costumbre y el uso”.

Esta acepción conviene bien al sentido que quiero dar, en estas palabras, al adjetivo *“clásica”*.

Durante más de veinticinco siglos, la medicina había conservado celosamente una serie de atributos que, a pesar de las grandes transformaciones sociales, habían sido considerados no solo como *“principios rectores”* del acto médico sino como expresiones que describían la esencia misma de tal actividad. George Engel, profesor de la Universidad de Rochester y padre del famosísimo *“modelo biopsicosocial”*, los describió así: i), la complementariedad entre la necesidad de ayuda y la voluntad de proveerla; ii), el conocimiento del proceso de transición de la salud a la enfermedad; iii), el encuentro *interpersonal* entre el médico y su paciente como piedra angular del cuidado médico; iv), la observación clínica como fundamento de la información necesaria; y v), el racionamiento clínico, el juicio, y la toma de decisiones como componentes del proceso analítico *por parte del médico*.(4)

Conviene anotar aquí que al citar estos atributos no estoy mencionando los llamados *“Principios de la Bioética”* que en el período clásico se limitaban a tres a saber: no maleficencia, beneficencia y justicia. Posteriormente, gracias a la aparición de la Bioética, se introdujo el principio de autonomía en el espíritu mismo del quehacer de los médicos y

esta introducción y sus consecuencias, buenas y malas, constituirán, en parte, el motivo de estas reflexiones.

De manera que pretendo darle a la expresión *“Medicina Clásica”* el sentido mencionado arriba; es decir, el de una cierta mirada del oficio que, en la actualidad, sufre las acometidas de una nueva mentalidad que pretende desconocer algunos de los principios y atributos mencionados arriba, mirada que comenzó a perder su luz a partir del final de la Segunda Guerra Mundial. En la actualidad, tales características axiomáticas han visto desvanecer su enorme importancia simbólica, en el ejercicio profesional.

Algunos elementos históricos para el análisis

Hacia la década de los 70s del siglo pasado los antropólogos hallaron en una cueva al Norte de Croacia, llamada la *Cueva de Vindija*, cerca de su frontera con Serbia, muchos restos óseos humanos que datan, según la técnica del radiocarbono, de hace unos 125.000 a 130.000 años. Parece que fue allí donde se encontró el fémur fracturado de un Neandertal que había logrado permanecer vivo el tiempo suficiente para que su lesión consolidara y cicatrizara. La observación antropológica de esta pieza concluía que este humano prehistórico no hubiera podido sobrevivir a las consecuencias de su lesión sin ayuda de los demás. Por consiguiente, casi con toda probabilidad, alguien se quedó con él, le inmovilizó la fractura y lo protegió durante su convalecencia que debió ser larga. Se cuenta que Margaret Mead, una famosa antropóloga norteamericana del siglo pasado, se refirió a este hallazgo como *“el primer signo de civilización en la humanidad”* (5).

La anécdota anterior constituye, en mi criterio, un magnífico ejemplo de lo que Pedro Laín Entralgo, uno de los más grandes historiadores de la medicina en el siglo pasado, llamó *“ayuda espontánea”* o, mejor aún, *“instinto de auxilio”*. (6). Ese *instinto de auxilio* que motivó al *“compañero de caverna”* del fracturado a cuidar de él, estuvo claramente

presente en las reflexiones de los antiguos griegos y en el pensamiento de los hipocráticos, de manera que debe considerarse hoy como un elemento fundador de la medicina.

No resulta pues aventurado imaginar que desde su aurora la humanidad o, al menos una parte de ella, ha expresado una preocupación consciente y voluntaria por ocuparse del otro, debilitado por graves lesiones o por una enfermedad.

Así las cosas, y siguiendo nuevamente a Laín Entralgo, para los hipocráticos entre el médico y su enfermo se establecía un vínculo particular al que le dieron el nombre de *“Philia”* que quería decir, aunque haciendo uso de mucha cautela, *“amistad”*. Este era un sentimiento muy arraigado y muy importante en toda la sociedad griega de aquella época y al cual sus habitantes le daban un valor inestimable a la vez que se sentían muy orgullosos por profesarlo. Filósofos y poetas, antes y después de Hipócrates, como Homero, Platón, Aristóteles y Virgilio, exaltaron la *Philia* como una de las máximas expresiones del amor no erótico. El hecho es que la expresión *Philia* significaba entre los griegos de entonces algo mucho más complejo y más profundo de lo que el término *“amistad”* significa hoy para nosotros, pero no podemos detenernos en un análisis más detallado. (6). Lo que sí es importante señalar es que justamente a partir de esa *Philia* derivaron, con el tiempo, algunos de los elementos estructurales de la relación clásica entre el médico y el enfermo, hasta nuestros días. Categorías como la compasión, el consuelo, la esperanza, han sido de alguna forma expresiones históricas de la *Philia* hipocrática, agrupadas quizá en lo que conocemos hoy como humanismo cuya ausencia no dejamos de lamentar en los tiempos que corren.

Ahora bien, el énfasis que he puesto hasta aquí en los aspectos subjetivos de la RMP a saber: el instinto de auxilio, o el altruismo, o la *philia*, no debe entenderse como un desconocimiento y, menos aún, como un cierto desdén por el componente objetivo de esa relación. La grandeza de la medicina hipocrática radicó justamente en él.

Una vez más la expresión del maestro Laín Entralgo,



FIGURA 1. David, Jacques-Louis (1748-1825) - Érasistrate découvre la cause de la maladie d'Antiochus [Erasístrato descubre la causa de la enfermedad de Antíoco] (1774). <https://co.pinterest.com/pin/466122630160532698/>

en la obra citada para referirse a este acontecimiento significativo, fue la siguiente:

“...el hecho más importante de la historia universal del saber médico, y uno de los verdaderamente decisivos de la historia de la [humanidad, fue] la constitución de la medicina como técnica; la relación médica ganó con ello un nivel nuevo, canónico ya para la medicina ulterior”. (6)

Lo que en realidad sucede es que la incorporación del conocimiento a la práctica médica hipocrática, que pudiéramos llamar científico —y que los hipocráticos llamaron *Tékhne*—, nunca ha estado realmente en cuestión, dada la misma naturaleza compleja del conocimiento en particular y, por otra parte, porque en ella las otras profesiones como el derecho o la economía no encuentran el camino para opinar tan fácilmente. Esa tarea —esa *sí*— se deja en manos de los médicos, ¡y eso! Pero, en lo

objetivo (*Tékhne*), fundamentos que se convirtieron en los ejes de la práctica médica durante más de veinticinco siglos, es decir, hasta hace poco tiempo.

Los elementos del desastre

Situar el origen de la crisis actual de la Medicina Clásica a partir del final de la Segunda Guerra Mundial es, desde luego, un asunto absolutamente convencional. Antes de que ocurrieran los atropellos cometidos por los ejércitos y los “científicos” que pelearon esa Segunda Guerra, el ejercicio de la profesión había tenido que afrontar muchos otros períodos críticos. Desde las revoluciones del siglo XVIII impulsadas por las ideas de la Ilustración, de donde partió además el concepto de autonomía hasta los movimientos reivindicatorios de los trabajadores contra las miserables condiciones de vida impuestas por la industrialización masiva, se produjeron igualmente cambios estructurales en las prácticas médicas de entonces. Según Susana Gómez-Ullate, enfermera española, bioeticista y doctora en Derecho, en particular, iniciando el siglo XX la medicina se vio obligada a tener muy en cuenta en sus prácticas los aspectos sociales, psicológicos y personales de los enfermos y, por otra parte, implementar servicios médicos más adecuados, eficaces y gratuitos. (7)

Sin embargo, estos antecedentes no desvirtúan el hecho de que los dramáticos acontecimientos ocurridos durante la guerra de 1939-1945, marcaron un punto de inflexión a partir del cual el ejercicio de la medicina ya no sería el mismo.

Poco tiempo después, como resultado directo de la experiencia de la guerra, la Asamblea General de la ONU aprobó el 10 de diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la que, entre muchos otros, se consagraron derechos de *autonomía* y de *libertad* de la persona, como principios fundamentales. Esta Declaración se articulaba con la más rancia tradición jurídica anglosajona y, particularmente, norteamericana (*la Common Law*) que, a la postre, tuvo gran influencia en la promoción de la autonomía de los pacientes. (8)

En los años correspondientes a la postguerra, los ambientes políticos, económicos y sociales organizaron protestas colectivas, sin duda, al amparo de la citada Declaración Universal de los Derechos Humanos. Los colectivos reivindicaban la aplicación de los principios

que atañe al intercambio subjetivo que ocurre con ocasión de la RMP muchas otras asinaturas, como las de los mencionados profesionales, se consideran con el derecho y el conocimiento suficiente para entrometerse en asuntos que, para la práctica médica, tienen un profundo significado y que los propios médicos tardamos años en adquirir.

De tal forma que conviene dejar claro este punto. La medicina se fundamentó en dos grandes pilares: en el encuentro subjetivo entre dos sujetos humanos (*Philia*) y en el conocimiento

de libertad, igualdad y justicia, consagrados en esa Declaración, como derecho atribuible a todos los seres que poblaban el mundo. Y como era de esperarse, ese pensamiento acabó permeando, también, la prestación de los servicios de salud en todos sus componentes. La creación de seguros de salud, la práctica colectiva (interdisciplinaria) del ejercicio profesional y con ella, particularmente en el seno de la sociedad norteamericana, el deterioro de la imagen sacerdotal del médico, percibido muchas veces como un actor único, arrogante y abusivo, autoritario y poderoso, fueron algunos de los elementos que comenzaron a cambiar, de manera irremediable, la mentalidad con la que se arrojaba el acto médico clásico.

La segunda mitad del siglo veinte fue pródiga en acontecimientos sociales, culturales, científicos, políticos y económicos, la mayoría de los cuales causaron un impacto contundente y perdurable a lo largo y ancho del planeta: acontecimientos tales como la aparición de los anticonceptivos orales, la Guerra de Vietnam, las protestas estudiantiles de 1968, el desarrollo sin precedentes de las comunicaciones, la presencia de humanos en la luna, la intromisión abrupta y extensa del llamado neoliberalismo o la caída del Muro de Berlín y, de manera principalísima, el acelerado y portentoso crecimiento de la ciencia y de la tecnología médicas, tuvieron consecuencias de profundo calado en el devenir posterior de toda la humanidad y particularmente, como ya señalé, en el modelo de prestación de servicios de salud.

En ese heterogéneo caldo de cultivo nació la disciplina que conocemos como *Bioética* y, con ella, el respeto al principio de autonomía entendido como la capacidad de un individuo para tomar sus propias decisiones de manera independiente y libre, incluso en ocasiones al margen de sus propios anhelos y convicciones. Aunque el término *Bioética* fue creado por el Dr. Van Rensselaer Potter, profesor de Oncología de la Universidad de Wisconsin-Madison, en su libro *Bioethics: Bridge to the Future*, publicado en 1971, propuso resaltar el abismo existente entre las ciencias empíricas y las humanidades, con la intención de que lograran, con su unión, establecer una visión más integral del ser humano. Existen otras versiones acerca de cuál fue realmente el

origen de este cuerpo de conocimiento (9); sin embargo, debe concedérsele un lugar especial al Informe Belmont, publicado en 1978 y que, como lo expresó el argentino Sebastián Faiad, *“sentó precedente para el establecimiento de las bases bioéticas a futuro, porque allí fueron formulados, por primera vez, los que luego trascenderían y serían conocidos universalmente como principios bioéticos”*. (10)

En adelante, insistiré en los aspectos más relevantes y que constituyen, en mi opinión, una toma de posición frente al actual concepto de lo que pudiera llamarse el principio de autonomía, expresado en la relación del paciente con el médico. No obstante, para esta tarea debo hacer aquí tres aclaraciones preliminares:

- La primera, es que si he de entender la autonomía concedida a los enfermos como un asunto de orden filosófico, mi formación personal solo me permite acercarme, con la distancia debida, al problema que quiero plantear y que no es otro que el de su crítica.
- La segunda, derivada de la primera, es que la mencionada intención de crítica nació, en primerísimo lugar, de mi experiencia como médico — de muchos años— y de la forma como entendí y ejercí mis relaciones con quienes buscaron mi ayuda profesional. Nunca en el transcurso de esta actividad ni en el ambiente general de la sociedad colombiana de finales de siglo, logré observar el mismo deterioro de la imagen del médico en cuanto a su relación personal y directa con los pacientes, como aquel que fue descrito al referirse a nuestros colegas norteamericanos.
- La tercera, es que de ninguna manera pretendo hacer aquí una crítica del concepto filosófico general de autonomía, hijo de la Ilustración, al que considero uno de los más grandes hitos morales de la humanidad. Ni se trata tampoco de poner en duda la disciplina que acogió y promovió en sus orígenes este principio animada, sin la menor sombra de una duda, por una intención altruista y en aras de evitar los desmanes (que considero atípicos) de la práctica de la medicina.

Lo que pretendo criticar es una evidente degradación pragmática, utilitarista y, como lo mencionó

Edmond Pellegrino, un tanto simplista, (11) del significado original y de los alcances del concepto filosófico de autonomía que se ha venido perfilando desde finales del siglo XX hasta este periodo que llamamos “postmodernidad”.

Por consiguiente, el objetivo principal de mi inquietud ha sido siempre, y lo es de manera específica en este texto, el concepto de autonomía relacionado con el ejercicio de la profesión que, a mi entender, se comporta como un intruso sin credenciales, llegado a última hora a los escenarios de la medicina, beneficioso para intereses distintos a los del paciente y los del médico y, sin duda, procedente de disciplinas y de campos teóricos de territorios extraños a ella.

David J. Rothman, profesor de Medicina Social de la Universidad de Columbia y director del “Centro para el estudio de la Sociedad y la Medicina”, de la misma universidad, afirmaba que *“los cambios cruciales en la medicina, en su relación con los pacientes, le han sido impuestos por fuerzas externas. La dinámica del cambio no se ubica dentro de la medicina, sino dentro de la sociedad”* (12). Lo que generó tensiones entre los principios de autonomía y los de beneficencia en, al menos, la *atención médica norteamericana* —aclaro él—. Sin duda, la agenda de reformas acaecidas en Norteamérica durante las últimas décadas del siglo pasado, en las que los derechos civiles, los derechos de las mujeres, de los homosexuales, de los negros y, con ellos, los derechos de los pacientes, tuvieron una misma raíz. Se trataba, ante todo, según Rothman, de manifestar: *“una profunda sospecha y desconfianza hacia la autoridad constituida, ya fuera en instituciones familiares, educativas, comunitarias, políticas y médicas”* [y religiosas añadiríamos nosotros]. Y de esa desconfianza, nació y creció *“un feroz antipaternalismo, un rechazo tenaz de los principios de beneficencia, una determinación persistente de dejar que los [pacientes] hablaran por sí mismos y definieran sus propios intereses. La autonomía y el consentimiento se convirtieron en sinónimos”* (12).

Esta toma de posición tan radical por parte de colectividades y de individuos me hace recordar que, durante esos mismos años, los colombianos vivíamos (y vivimos aún) una historia bien distinta.

Probablemente a causa de nuestro escaso desarrollo o, acaso, porque estábamos ocupados en resolver otro tipo de problemas más agudos en el seno de la sociedad, tales como la desaparición de Armero, los acontecimientos ocurridos en el Palacio de Justicia, la aparición del narcotráfico a gran escala y su permeación en todos los ámbitos culturales y sociales y un largo etcétera; o, simplemente porque no hemos logrado, hasta ahora, construir una identidad propia como tantas veces se ha mencionado y preferimos utilizar la que pertenece a otros. Sin embargo, en este punto quizás convenga advertir que aún en sociedades desarrolladas y en plena madurez intelectual, como las de los países de Europa Occidental, a pesar de haber sido igualmente sacudidas por acontecimientos sociales extremos, el “feroz antipaternalismo”, por ejemplo, no encontró su correspondiente paridad. Algo más de dos años, empleados en realizar un período de entrenamiento en un hospital europeo, me permitieron observar, no sin sorpresa, la importancia que tenía la más rancia medicina paternalista en aquellas latitudes en las que los médicos con cierta notoriedad, los Jefes de Servicio, los médicos docentes universitarios, disfrutaban de un poder fuera de lo común y, curiosamente, muy rara vez eran solicitados por demandas de responsabilidad médica a diferencia de lo que ocurría, por la misma época, con sus colegas norteamericanos, por prestigiosos que ellos fueran. Suzanne Rameix, filósofa francesa, profesora y autora de libros y artículos sobre ética médica, se refirió así a este propósito en un artículo suyo publicado en 1995: *“De hecho, en Francia, la relación médico-enfermo es paternalista, fundada en el principio de beneficencia frente a quien se encuentra en estado de debilidad, por su enfermedad y por su ignorancia”*. Y, al aceptar que tal modelo paternalista está dejando de ser satisfactorio, para la comunidad francesa, señaló que: *“...el modelo alternativo es el de la autonomía del enfermo, tal como se concibe en los Estados Unidos, [en el que] ante todo, el enfermo es totalmente informado por un médico que es su igual, en una relación de prestador de servicios, y, además, lo hacen responsable de las decisiones que le conciernen”*.

Pero finaliza Rameix esta parte de su artículo subrayando que este último modelo, el autonomista, “es

incompatible con nuestra cultura” y que se hace necesario *“inventar una tercera vía”*. (13)

A partir de las consideraciones anteriores, es decir, de la experiencia colombiana y en general latinoamericana y de la experiencia europea occidental descrita por Rameix, Gracia y otros, (14), me parece pertinente señalar dos conclusiones de interés para mi propósito.

La primera, es que el modelo autonomista tiene un claro origen en la sociedad norteamericana, en particular en la influencia de su tradición jurídica, en la que *“la filosofía moral que dirige a la sociedad liberal democrática [ordena que] el respeto por el individuo domine los preceptos judiciales y políticos”*, y través de la cual *“se logró una extrapolación de la jurisprudencia a los derechos de los pacientes bajo los auspicios filosóficos de la “autonomía”* (15).

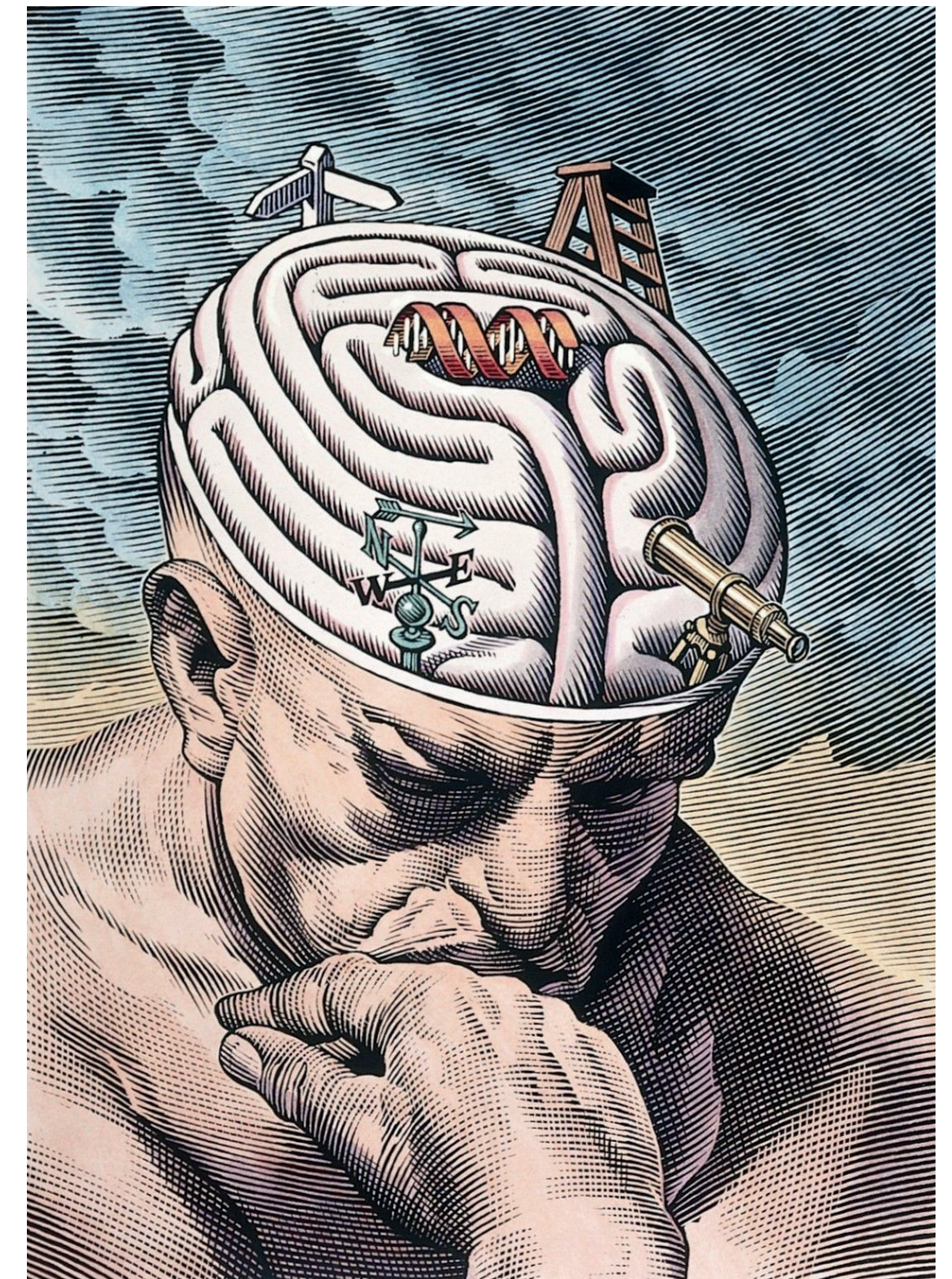
De ahí se desprenden algunas conclusiones formuladas en el contexto del presente escrito:

- El principio de autonomía, extrapolado de la tradición jurídica anglosajona al acto médico, como lo señaló el citado Tauber, carece entonces de una validez universal.
- En los países europeos, no abrigo dudas, este principio, aunque no ha terminado de llegar del todo, acabará por imponerse. Pero es de subrayar el hecho de que ha provocado, para nuestra envidia, discusiones intensas en los ambientes de la ética médica y en las distintas colectividades de médicos practicantes. Los citados Rameix y Gracia, así como algunos colaboradores del Instituto Borja de Bioética de Barcelona, de los cuales hace parte la prestigiosa y conocida Victoria Camps, (16) dan cuenta de tal situación.
- Contrasta esta actitud de los profesionales europeos con la asumida en países como el nuestro en donde el mencionado principio fue incorporado sin otorgarle el beneficio de la más mínima duda, sin discusiones ni reparos, sin preguntarnos siquiera si este “nuevo modelo” era, para usar los términos de Rameix, *“compatible con nuestra cultura”*. Todo aquel silencio en aras de guardar fidelidad a nuestra mentalidad de pobres y, por consiguiente, de seguir

los dictados y orientaciones políticas, científicas y culturales procedentes de Norteamérica.

- Baste mencionar que hace menos de cuarenta años las expresiones *autonomía, derechos de los pacientes, economía de mercado* y todo ese nuevo vocabulario que tuvimos que incorporar los médicos latinoamericanos a nuestro léxico, nos llegó de manera abrupta, inconsulta e *impuesta*, para citar la expresión de Rothman, bajo la forma de la Ley 100 de 1993, subordinada a las instrucciones de lo que se ha dado en llamar el “Consenso de Washington”. (17)
- Por otra parte, considero que el hecho de pensar el llamado *consentimiento informado* como una actividad derivada directamente de la autonomía de los pacientes y, para algunos, su “expresión máxima” resulta ser no solamente innecesario sino que constituye la demostración misma de la influencia de los intereses jurídicos que así se justifican, para entrometerse, cual intrusos indeseables, en los aspectos más íntimos y, sin duda, *sagrados* (para usar una expresión de cara al profesor José Félix Patiño) (18) del encuentro de los médicos con sus pacientes.
- Innecesaria, porque los irrespetos a la dignidad de los pacientes, *en tanto políticas de Estado o como expresiones máximas de crueldad médica colectiva*, han ocurrido en momentos históricos excepcionales y bien precisos, como fueron los casos ocurridos en la Segunda Guerra Mundial, *por eso mismo* juzgados y condenados en Nuremberg; o acontecimientos pavorosos como el conocido experimento Tuskegee, sobre sífilis, llevado a cabo entre 1932 y 1972 en el Estado de Alabama por el *Servicio Público de Salud de los Estados Unidos* (19). El hecho es que a partir de este desolador panorama, francamente inmoral, el Gobierno norteamericano creó una “Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en Investigaciones Científicas (*National Commission for the Human Subjects for Biomedical and Behavioral Research*) que pocos años más tarde, en 1978, sería la encargada de publicar el ya mencionado Informe Belmont, considerado por Susana Gómez-Ullate como *“el acta fundamental de*

FIGURA 2. Como lo han puesto en evidencia diversos autores, entre ellos el citado Rothman, la implementación del modelo autonomista, en su sentido más amplio, implicaría, siempre, la presencia de un paciente “hiperracional” que, “de forma incorpórea, abstracta, fríamente analítica y desapasionada, calcule las ventajas y desventajas de una u otra estrategia médica.



la llamada corriente principialista de la Bioética” (8). Sin embargo, ni aun teniendo en cuenta estos lamentables episodios —y muchos otros— considero que no es posible poner en duda el hecho de que, en sus 25 siglos de historia, la medicina clásica no había demostrado (como tampoco lo ha hecho hasta ahora), *ninguna característica sobresaliente o continua o sistemática* de irrespeto por los enfermos. Otra cosa es que haya médicos irrespetuosos o agresivos con sus pacientes, de la misma manera que existen carteles de corrupción en las llamadas Altas Cortes o curas pederastas.

- Por otra parte, implementar un principio de autonomía de *manera indiscriminada*, solo se concibe en la mentalidad de quien nunca ha ejercido la profesión de médico. Como lo han puesto en evidencia diversos

FIGURA 3. El Gobierno norteamericano creó una “Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en investigaciones científicas (*National Commission for the Human Subjects for Biomedical and Behavioral Research*) que en el año 1978 sería la encargada de publicar el Informe Belmont, considerado como *“el acta fundamental de la llamada corriente principialista de la Bioética”*.



autores, entre ellos el citado Rothman, tal implementación en su sentido más amplio implicaría, siempre, la presencia de un paciente “hiperracional” que, “de forma incorpórea, abstracta, fríamente analítica y desapasionada, calcula las ventajas y desventajas de una u otra estrategia médica, yuxtapone sus valores personales con los resultados previstos y llega a una conclusión” (12).

- En ese mismo sentido, considero que en mi experiencia personal y, sin duda, en la de mis colegas contemporáneos, experiencia que se extendió desde poco después de la segunda mitad del siglo pasado hasta bien entrado el actual, nunca nada me dio a entender que *nuestra medicina se hubiera caracterizado por rechazar las inquietudes de nuestros pacientes acerca de su enfermedad, de su diagnóstico o por no escuchar con atención y tomar en cuenta sus opiniones y sus decisiones. ¿Cuántas veces los médicos tuvimos que aceptar, sin reparos, el rechazo a una determinada propuesta terapéutica por parte de los pacientes o su deseo de buscar lo que, desde hace muchos años, hemos llamado una “segunda opinión”? Lo que sucedió es que esas discusiones, si se quieren llamar así, las ejercíamos en y durante la consulta, en nuestro encuentro íntimo y privado con el enfermo, aun en el ejercicio institucional —como parte del acto médico, y no como una actividad de orden jurídico (valga la expresión) que hubiera que tramitar; además, por fuera del contexto de nuestra relación con el enfermo.*

En conclusión

Lo que he intentado expresar en los párrafos precedentes es una profunda inconformidad personal, y quizás la de una buena parte de los médicos de mi generación, ante la imposición de un nuevo modelo de relación entre el médico y su paciente por parte de organizaciones, países, culturas y moralidades de naturaleza forastera, en contradicción con los principios que animaron el ejercicio de la medicina clásica desde su origen. Y más aún, insisto en ello, sin que se hubiera consultado y al menos debatido, tal imposición, en la comunidad médica.

Estoy convencido de que tanto el ocaso presente como el cercano final de la *Medicina Clásica*, no se produjo por agotamiento de tales principios. No fue por hastío por la beneficencia, por la compasión, por el humanismo, por la eficacia universal del consuelo, por la inestimable presencia de la *Philia* en nuestra relación con los enfermos; lo que está detrás de este desastre es, —¿quién lo hubiera imaginado hace cuarenta años?— el interés desmesurado del mercado; y sin duda, el extravío moral de varias generaciones que no lograban, ni logran, darles un sentido a sus vidas particularmente en las sociedades más opulentas de nuestra historia reciente.

Considero del todo inconveniente el desplazamiento de la *toma de decisiones* del médico hacia el enfermo que constituye un reflejo indiscutible de cómo la mentalidad de mercado ha logrado permear los fundamentos mismos de la filosofía moral de la medicina, al concebir el acto médico como una relación contractual cualquiera, *entre un proveedor y un consumidor*. Opino que como consecuencia, se libera al primero de una responsabilidad de naturaleza profundamente ética con las implicaciones que conllevan su diagnóstico y sus actos terapéuticos. Comparto la idea de que los segundos, ni aun en el caso de los llamados “enfermos expertos” ni en el de los “médicos pacientes”, están en condiciones de asumir a *plenitud* la información que se les proporciona; y esto, en razón de las inevitables limitaciones que surgen, como consecuencia natural de la experiencia de la enfermedad.

Me negaré, hasta el final de mis días y de manera rotunda, a asumir el rol propuesto por Lázaro y Gracia quienes describen las transformaciones del médico convertido ahora “*en un asesor técnico de sus pacientes a los que ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume*”; y del paciente, devenido en “*agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma (fundamentada en una mayor información)*” la cual ya no se le impone.(20)

Sé, por último, que este lamento que he pretendido presentar en estas páginas no puede ocultar que el devenir de la *Medicina Clásica*, más pronto que tarde, será solo un recuerdo para las generaciones futuras que la llamarán, entonces, “*Medicina Antigua*”.

Por eso me he ocupado del asunto desde hace años, porque para mí escribir este texto fue un intento por cumplir con el deber de dejar un testimonio destinado a aquellos que, en esas generaciones del futuro, se interesen quizás, por asumir la misma tarea que se propuso el maestro Laín Entralgo con la medicina clásica, y que consiste en animarse a conocer qué fue lo que sucedió en este desconcertante cambio de siglo.

Agradecimientos

De manera especial, quiero agradecer a mi esposa Silvia y a mi hija Carolina por sus aportes precisos y sus muy valiosas sugerencias.

Y al Dr. Luis Fernando García Moreno, quien su puso su amplia experiencia y sus valiosos consejos, para que este texto mejorara en su rigor y su presentación. ■

REFERENCIAS

- Granés C. El rugido de nuestro tiempo. Penguin Random House Grupo Editorial. Bogotá. 2025
- Shipperges H. Justificación del quehacer médico. Hexágono Roche. 1982; 3(3):1-8.
- Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/>
- Engel GL. Enduring attributes of medicine relevant for the education of the physician. *Ann Int Med* 1973; 78(4):587-593. DOI: 10.7326/0003-4819-78-4-587
- García Madrid F. ¿Cuál es el primer signo de la civilización y cómo la respuesta se hizo viral? *La Vanguardia*. Citado por Castellanos Martínez N. Reflexiones sobre el cuidado. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. 2024;1(1):9-26
- Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. *Revista de Occidente*. S.A. Madrid. Ediciones Castilla S.A. 1964
- Lázaro J., Gracia D. Fundamentos de Bioética. Triacastela, Madrid 2007, citado por Gómez-Ullate Rasines S. Historia de los derechos de los pacientes. *Revista de Derecho UNED*, 2014;15:261 - 291
- Gómez-Ullate Rasines S. Historia de los Derechos de los Pacientes. *Revista de Derecho UNED*, 2014;15:261 - 291
- Castro Hernández M. Breve historia de la bioética. *Revista Médica del Maule* 2017; 33(1):56-68.
- Faiad Sebastián L. La ética en los ensayos clínicos: de Tuskegee al informe Belmont. *Oncología Clínica* 2022; 27:87-89
- Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol Oficina Sanit Panam* 1990; 108(5-6):379-389
- Rothman D. The origins and consequences of patient autonomy: A 25-year retrospective. *Health Care Ann* 2001; 9(3):255-264. DOI: 10.1023/A:1012937429109.
- Rameix S. ¿Du paternalisme à l'autonomie des patients? *Médecine Droit* 1995, 12:1-6
- Gracia, D. The intellectual basis of bioethics in Southern European countries. *Bioethics*, 1993. 7(2-3):97-107. DOI: 10.1111/j.1467-8519.1993.tb00276.x
- Tauber A. Historical and philosophical reflections on patient autonomy. *Health Care An* 2001; 9(3):299-319. DOI: 10.1023/A:1012901831835
- Feito Grande, L. «El concepto de autonomía en la medicina occidental». *Bioética & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 2011; 17 (62): 1-6, https://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/257005.
- Casilda Bejar R. América Latina y el Consenso de Washington. *Boletín Económico de ICE N° 2803*.2024
- Patiño, JF. Pensar la medicina. La ética en la atención médica. Colección Apuntes Maestros. Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2014
- Merino Paloma, CC. Las consecuencias del utilitarismo norteamericano. el estudio Tuskegee. En: Herreros Ruiz-Valdepeñas B. y Bandrés Moya F. (Coordinadores.) *Historia ilustrada de la Bioética*. Cap.8:97-110. https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Roa-Castellanos/publication/319304042_Roa.
- Gracia. JD. La relación médico enfermo a través de la historia. *An Sist. Sanit. Navar*.2006; 29 (Supl.3): 7-17.