Esencia y fin del Acto Médico

Del bien clínico a la decisión compartida.

Jose María Rubio Rubio

Doctor en Medicina. Académico de la RAMSE

RICOMS
Lección Inaugural. Curso 2015-16

Esencia y fin del acto médico

En nuestra actividad profesional los médicos establecemos una relación personal con nuestros enfermos, la relación médico-enfermo o relación asistencial, la cual, en contra de lo que el más común ejercicio de la medicina puede aparentar, no es primariamente una relación científica ni técnica. El término *"asistir"* proviene del latín *"ad sistere"* que significa estar al lado de, ayudar, acompañar, servir; y aunque lo germinal del médico, su razón de ser profesional, lo constituya la vulnerabilidad del ser humano, su vivencia aflictiva de la pérdida de la salud y del estado de enfermedad para cuyo afrontamiento resultan imprescindibles el conocimiento, la nosología, y la deliberación racional y científica, en la angustia de sentir su vida amenazada, en la experiencia de fragilidad y en el sufrimiento, el paciente busca al médico, al experto en la ciencia y el arte de la curación que lo ayudará a recuperar la salud perdida y deposita en él su confianza. En este encuentro con el enfermo radica lo esencial del acto médico que debemos realizar conforme los postulados universales del "*bien clínico"*.

La consideración del acto médico bajo la perspectiva del "bien clínico" incluye diferentes categorías y todas ellas deben ser contempladas en la relación asistencial. El acto médico debe estar motivado por la intención de **"hacer el bien".** Del médico se espera siempre el diagnóstico de su enfermedad y su tratamiento pero el fin último de su vocación no puede limitarse al conocimiento y la interpretación de la salud y la enfermedad como realidades humanas y universales sino en humanizarlas. En su búsqueda del bien clínico, el médico debe aspirar a todo aquello que, alcanzando o no la curación del enfermo, humaniza su experiencia de enfermedad y dota de sentido su existencia facilitándole una vida sana y saludable.

Además de la búsqueda del bien de los enfermos, el bien clínico exige **"hacerlo bien**. No es suficiente con que el acto sea intrínsecamente bueno como tampoco basta su intención; es necesario que esté bien realizado según la ley y la conciencia, la deontología, el arte médico, las guías clínicas y las normas de buena conducta reconocidas.

En tercer lugar y conforme al "bien clínico" el acto médico debe **"hacerse desde el bien".** La virtud es consensual al ser del médico, una profesión a la que se le reconocen desde antiguo virtudes propias imprescindibles como la compasión, la prudencia y la amistad[1].

Contemplado el acto médico desde esta perspectiva se entiende fácilmente el aserto del profesor Diego Gracia de que todo lo clínico es ético. No hay medicina sin ética. El ejercicio clínico requiere de la ética como elemento sustancial sin el que perdería su calidad de encuentro personal y decisivo y quedaría a la deriva de una actividad sanitaria reducida a una práctica instrumental y deshumanizada.

La medicina es ética

En su libro *"Confesiones de un médico"*[2] Alfred Tauber se presenta como un ser humano entregado a la medicina y escribe: *"Cuando nos preguntamos ¿qué es la medicina? yo comenzaría afirmando: La medicina es ética. Todo lo demás viene a continuación".* Cuando el médico actúa lo hace como un agente moral, porque esencialmente moral es el propio quehacer de la medicina, su bien interno donde radica su legitimidad ética al servicio del valor intrínseco de la salud y moral es el trabajo del médico vinculado a su paciente por lazos de lealtad, confianza y responsabilidad.

Es necesario que la medicina asuma a la ética como una parte imprescindible de su actividad, pero la bioética también requiere de la clínica sin la cual sólo sería una especulación filosófica desencarnada, un saber virtual para doctos pensadores de una salud imaginada, lejos de toda experiencia.

La ética del acto médico solo puede ser una ética relacional que *"enfatice el encuentro personal y la confianza como claves de una relación de cuidados"*; que no se ciña a un frío análisis de dilemas éticos o a una promulgación de códigos y leyes sino que dimane de la proximidad, la preocupación por el *"otro"*, la contemplación de su rostro en el que se revela su sufrimiento y con el que comparto mi propia identidad. La proximidad de un sufrimiento que jamás puede serme ajeno, su contemplación que me impulsa a su conocimiento y a luchar contra él compartiéndolo como si fuera el mío, constituyen la condición previa y necesaria del acto médico, su razón ética principal que no puede ser suplantada por ninguna otra argumentación especulativa[3].

La "paradoja autonómica"

La relación asistencial es un encuentro entre personas que en todo momento actúan y deben tomar sus decisiones en condiciones de igualdad. Pero la deshumanización de la medicina ha desnaturalizado la relación clínica reduciendo al enfermo a la categoría de un objeto al que posteriormente ha intentado rescatar como

---

[1] A Mc Intyre: *"After Virtue".,* Citado por E Pellegrino y D.C. Thomasma en el *libro "The Virtues in Medical Practice"* Oxford University Press, 1993

[2] Alfred I Tauber: "Confesiones de un médico" Ed Tricastela, Madrid 2011

[3] A. Domingo Moratalla: *La Etica de E. Levinas: Humanismo y responsabilidad*., ABC Cultural 27 de Enero 1995

sujeto por medio de una ética condicionada por el principio de autonomía, especialmente en los espacios político, jurídico y administrativo en los que el enfermo, ahí sí, es reconocido como sujeto de derechos y deberes y dueño absoluto de sus decisiones.

En sus *"Confesiones"* no íntegramente compartida por todos, Tauber pone el dedo en la llaga al tiempo que avisa del peligro que, en la buena intención de una ética práctica aplicada al ejercicio de la medicina, pueden acarrear la falta de consenso y diálogo entre expertos, su uso para fines no propiamente éticos y los reduccionismos en su aplicación. En su opinión se está originando un hiato cada vez mayor en la relación médico- enfermo reconvertida en un encuentro asimétrico en el que el enfermo, reducido por una medicina tecnificada y determinada por la enfermedad y desplazado de su centralidad por otros objetivos profesionales e institucionales, aparece como el sujeto débil y dependiente de la compasión y la confianza en el médico pero al mismo tiempo obligado a soportar la carga mayor y es su derecho, de tomar las decisiones que afectan a su salud y a su vida; decisiones que muchas veces no está en condiciones de asumir, entre otras razones, por lo que alguien ha venido en llamar *"la paradoja autonómica",* el paciente cada vez tiene que decidir más sabiendo menos.

Víctimas de este hiato van a ser en primer y principal lugar el enfermo pero también la ética, ignorada por los médicos y el propio ejercicio de la medicina saturado de reglas y documentos legales, practicada en muchos casos a la defensiva y miope en su visión integral del enfermo y sus necesidades

El bien total objetivo del buen médico

La clínica y la ética, unidas de manera indisoluble en el ejercicio de la medicina constituyen el "modus operandi" que os propongo en mi lección de hoy como un camino, para mí el único posible para alcanzar el *"bien total"* en la relación asistencial

¿Qué busca el enfermo en su médico? ¿Qué espera de él? En la relación clínica el enfermo busca en su médico competencia, compasión, respeto y responsabilidad, que se haga cargo de sus decisiones y de las consecuencias de sus actos. El médico a su vez requiere y le pide a su paciente confianza, colaboración y una cuota de responsabilidad.

Alcanzar el *"bien total"* deber ser el objetivo del buen médico; cuidar la vida de nuestros pacientes que desde el Juramento Hipocrático nos reconocemos obligados a defender y evitar la muerte prematura, ambos incluidos entre los fines de la medicina propuestos del Hasting Center aunque un médico de Cuidados Paliativos suele decir que lo importante no es salvar vidas, sino que te importa la vida que quieres salvar. ¿Consiste en esto ser un buen médico? Posiblemente sí pero no sólo en esto. El buen médico para Aristóteles es aquel que hace bien lo que tiene que hacer; el problema es que el médico no siempre sabe lo que tiene que hacer. De mi larga experiencia profesional, tal vez tarde pero al final lo aprendí, la piedra angular del acto médico, el pilar que los sostiene, es la capacidad para tomar decisiones propias y para ayudar al enfermo a tomar las suyas.

Hacer bien lo que tenemos que hacer, pensar, deliberar y decidir bien son virtudes del buen médico que asiste a su paciente en un acto único, personal, temporal y

concreto pero el criterio de bien total al que debemos aspirar en todas y en cada uno de nuestras intervenciones va más allá de las coordenadas de persona y tiempo que establecen las circunstancias del acto médico.

Hace años le oí a Juan Masiá una frase que pienso ilustra lo que estoy intentando decir: Según una tradición de la antigua medicina china hay tres categorías de médicos: Los de tercera categoría curan enfermedades, los de segunda categoría curan enfermos y los de primera categoría, además de curar enfermos, curan al país. La actividad de estos trasciende más allá de lo puramente individual del acto médico y es la única que apunta, como arqueros al blanco, a su misión social. Con su quehacer, persona a persona y día tras día, el buen médico colabora en la renovación constante de la sociedad a la búsqueda de su mejor salud y la madurez equilibrada y armónica de los ciudadanos. El mejor médico es aquel que ejerciendo correctamente su actividad terapéutica, colabora en la educación y en el esfuerzo de promover la mejor sociedad.

Ser médico es tomar decisiones

Albert Jonsen[4] en la introducción de su libro "Ética Clínica" escribe: *deliberar y decidir, son ejercicios comunes y fundamentales de la práctica médica"*. La búsqueda del bien total en cada acto médico, decidir bien y ayudar a que el enfermo también lo haga, exige sensibilidad para reconocer los problemas, clínicos y éticos, que nos plantea la asistencia; desarrollar un razonamiento crítico para afrontarlos y una habilidad, un método, para tomar la decisión correcta.

En primer lugar, como puerta de entrada, hemos puesto la sensibilidad, esencial y clave en el juicio moral. A diferencia de la anomalía física, los síntomas y los signos patológicos que cualquier clínico avezado reconoce con relativa facilidad, el problema ético solo se mostrará si el médico lo detecta como tal problema ético y se propone analizarlo desde esa especial dimensión. El despertador de la sensibilidad es la conciencia adiestrada y dispuesta siempre a encenderse, sí o no, cuando tenemos que tomar una decisión.

Dudar, hacerse preguntas, es consustancial con el ejercicio de la medicina. Cuando los médicos tenemos que tomar una decisión, la primera pregunta es *¿Qué tiene el paciente?* y para responderla recurrimos confiados a nuestros conocimientos, pero también a nuestra intuición, al ojo clínico y a la experiencia y al consejo de los compañeros.

La siguiente pregunta para completar el diagnóstico y, una vez realizado, escoger la mejor opción terapéutica es *¿Qué puedo hacer?* y para responderla disponemos de un marco de referencia que tenemos que conocer, la *lex artis* en general y, en las circunstancias y condiciones de cada caso en particular, la *lex artis ad hoc* con las que se nos dan diferentes orientaciones de actuación científicamente correctas y ponderadas en clave de eficacia y de posibilidad

Pero no todas las intervenciones posibles tienen el mismo peso moral. Con la anterior surge otra pregunta a la que no puedo dar respuesta sin apelar a mi conciencia

[4] A Jonsen "Etica Clínica" Ed Ariel, 2015

¿Qué debo hacer? Sería la tercera, siguiendo el orden formulado en la exposición pero en realidad no es así. Las preguntas no se corresponden estrictamente con momentos independientes o consecutivos. En todo el acto médico, incluida la toma de decisiones, la ciencia, la lex artis y la conciencia actúan al unísono y en armonía porque único es cada acto, en sí mismo científico y moral indisolublemente, y así debe contemplarse y completarse desde el primer contacto entre el médico y el enfermo hasta la decisión final

Como ejemplo práctico de lo afirmado, la cuarta pregunta estaría implícita en la anterior. Sin conocer los deseos del enfermo no nos es posible saber lo que debemos hacer; en consecuencia para poder decidir bien tenemos que preguntarnos antes *¿Qué quiere el enfermo?* Porque el centro de la relación clínica, no lo olvidemos, es el enfermo y el ideal al que la clínica y la ética aspiran es a la decisión compartida, el acuerdo en el bien buscado en un marco de salud y de justicia.

Tampoco podemos estar seguros de la bondad real de nuestras intervenciones médicas, por muchas posibilidades que la ciencia, la conciencia y la lex artis nos ofrezcan, sin responder en nuestra calidad de médicos a una pregunta que aunque la hayamos formulado en quinto lugar, podría ser considerada la primera porque de ella dimanan todas las demás: *¿Qué quiero hacer?* ¿Qué quiere el médico? ¿Cuál es el objetivo concreto para el que debe tomar una decisión? ¿Qué busca y desea conseguir?

Tomar decisiones es difícil

Pero aun siendo sensibles y razonando cada paso de nuestras actuaciones, incluso acudiendo a la evidencia de lo ya probado, tomar decisiones es difícil. Cuidando la vida de un enfermo brotan diferentes formas de pensar la enfermedad y la vida de ese enfermo aparte de que, ya lo hemos dicho, el médico por más conocimientos y habilidades que posea no siempre tiene claro lo que tiene que hacer. Según Tauber, al que ya nos hemos referido, en unas relaciones clínicas desvirtuadas, con importantes lagunas de incomunicación y en gran parte eclipsadas por el contexto, la decisión se ha reducido a un silogismo deductivo de hechos incontrovertibles extraídos de una realidad material, la enfermedad, analizados con objetividad y base científica pero ignorando y suprimiendo en su lógica los elementos subjetivos.

Con la práctica de la medicina aprendemos que las verdades científicas no son inmutables pero aunque solo fuera por esos elementos subjetivos, por la emotividad que ofusca y las circunstancias personales que nos afectan y desvían de nuestras primeras intenciones, la incertidumbre es propia de la relación asistencial; por la complejidad de la enfermedad, su relevancia y la responsabilidad que entraña trabajar con la salud y la vida de seres humanos. A esto debemos añadir la dificultad que suponen el reconocimiento y el respeto de sus valores y todo en un contexto variable y dependiente de un sin fin de circunstancias que convierten el acto médico en un acto único y así debe ser contemplado y vivido en todas y en cada una de nuestras actuaciones profesionales.

¿Qué quiere el médico? El coraje para tomar decisiones

Tomar decisiones es un problema universal que afecta a todas las profesiones y actividades aunque en algunas de ellas como es el caso de los médicos adquiere una

singular importancia. Una pregunta común en los Comités de Ética es ¿cómo podemos aprender a tomar decisiones?

La necesidad de tomar decisiones continuamente puede generar una presión y un estado emocional muy negativos que en absoluto favorecen al éxito de la decisión y, en el caso de los médicos en particular, a la relación clínica. En nuestra actividad diaria los médicos podemos sentirnos agobiados cuando tenemos que tomar decisiones y cualquier curso de acción que consideremos nos genera dudas; por eso escogerlo requiere un método racional que nos ayude a contemplar las posibilidades, a ponderarlas y a decidir la más correcta y conveniente. Pero incluso disponiendo de un método, que los hay y cada vez más, llámense algoritmos, protocolos o guías, la responsabilidad y las dudas pueden presionarnos e incluso paralizarnos o hacernos perder el norte de la relación clínica y desviarnos hacia una medicina a la defensiva.

El riesgo profesional genera miedo y desgraciadamente las circunstancias sociales no ayudan en absoluto a superarlo; las denuncias médicas, con su derecho que nadie discute, cuando rebasan los límites de lo justo y lo prudente, intoxican las relaciones humanas y profesionales y enturbian el ejercicio de la medicina. El médico que haya sido injustamente implicado en ellas difícilmente olvidará esa herida y su cicatriz se la recordará cuando tenga que tomar una decisión.

La necesidad de tomar decisiones quema cuando la responsabilidad no es bien percibida y asumida y se vive como una exigencia añadida. La decisión puede llegar a ser un factor de riesgo que aumenta con las prisas, la carencia de recursos, las circunstancias no siempre bonancibles en las que asistimos a nuestros enfermos y por supuesto las propias circunstancias personales, sanitarias, familiares y sociales de determinados pacientes.

Decidir es al fin y al cabo optar entre posibilidades teniendo en cuenta nuestros recursos y las probabilidades que tenemos de alcanzar el resultado deseado y esto exige el cálculo de nuestra capacidad y de nuestro límite, de nuestra responsabilidad e incluso de nuestras heridas. La llave de la decisión es la prudencia, quien la tiene y la utiliza tiene un tesoro. La prudencia es necesaria para calcular sabiamente y no decidir sobre ilusiones; para saber escoger la mejor decisión en el momento exacto; para transformar el conocimiento en resolución prudente. La prudencia requiere previsión, saber a donde queremos ir aunque quien pretenda verlo todo con claridad antes de decidir, nunca decidirá y también requiere astucia para llevarnos por el mejor camino a la verdad, a lo más justo, a la felicidad y al bien.

Cualquier decisión es un compromiso. Tomar decisiones genera responsabilidades morales: avanzar o quedarnos quietos, hacer algo o esperar, continuar con el esfuerzo u optar por la limitación terapéutica, hablar o callar, decir o no decir la verdad, acceder o no a los deseos del enfermo y de su familia, elegir un camino, una especialidad, un compañero, un amigo; invertir o recortar, dudar o confiar. Toda decisión crea vínculos con el enfermo y con nosotros mismos. Con todo lo expuesto estaremos de acuerdo en que tomar decisiones exige tiempo, confianza y coraje

Obstáculos y dificultades para la decisión

El perfeccionismo, como la sobreabundancia de técnicas en el afán de querer controlarlo todo o probar todas las puertas, dificulta la decisión. También lo hacen la precipitación y lo contrario, la parálisis por el miedo a la crítica, al compromiso, a la culpa, a la inseguridad; todavía hay muchos médicos que plantean reparos morales al uso de la morfina correctamente indicada. Lo hemos repetido varias veces en esta lección pero es tal su importancia que por más veces que lo digamos serán pocas para que no se nos olvide: muchas dificultades de decisión se deben sencillamente a que no sabemos lo que queremos.

Para adoptar decisiones correctas debemos superar obstáculos o hábitos negativos profesionales, algunos profundamente arraigados, que son reconocidos factores de riesgo y causa de conflictos. Todos estamos de acuerdo en que es necesario disponer de una correcta historia clínica, revisar los antecedentes, una buena anamnesis y un completo examen físico y elaborar un diagnóstico final así como un plan terapéutico y de cuidados. Y también sabemos, aunque con frecuencia parece que lo olvidamos, la importancia que tienen la empatía y la buena comunicación con el enfermo, ser prudentes y evitar la precipitación diagnóstica. Las prisas y la desinformación están entre las causas principales de los conflictos éticos sencillamente porque desestabilizan la decisión.

Otro obstáculo importante para la ponderación previa a toda decisión es la separación hecho- valor, la consideración exclusiva de los signos y síntomas, objetivos y constatables, ignorando los valores subjetivos de más difícil identificación. En la película *"Hipócrates"*, los médicos de la Unidad de Críticos recuperan de su paro cardíaco a una anciana con un cáncer extendido y en situación terminal y justifican la bondad de su actuación sólo y exclusivamente por el éxito de las maniobras de resucitación que llevaron a cabo con eficacia y en un tiempo mínimo aunque ignorando los deseos de la enferma, que quedó intubada y conectada a un respirador y de su familia que su médico había hecho constar en la historia clínica y advertido con la orden de no resucitar.

Otro obstáculo puede llegar a ser la coartada de la eficacia y el positivismo médico, la curación a costa de lo que sea. Para el *Dr House*, personaje de ficción pero que en su papel de héroe expresa no pocas realidades de la sanidad, un buen resultado justifica cualquier error

La consideración errónea o desproporcionada de la autonomía del enfermo puede alejarnos del bien buscado. En la película *"La muerte del Sr Lazarescu"* un anciano alcohólico y sin recursos, ingresa en el Servicio de Urgencias de un hospital desbordado por un accidente con múltiples heridos. El Sr Lazarescu está confuso y hemipléjico y el TAC craneal revela un hematoma cerebral, edema extenso y riesgo de enclavamiento. Los médicos que lo asisten indican la necesidad de practicar una intervención quirúrgica pero los neurocirujanos deciden no realizarla objetando la imposibilidad física del paciente para firmar el documento de Consentimiento Informado.

¿Cómo podemos decidir bien?

Decidir bien es elegir sin perderse en la búsqueda de lo mejor, lo propio, lo único. La decisión en medicina se presenta como un bosque en el que descubrimos atajos y caminos por los que fácilmente nos podemos perder: el atajo de la propia seguridad, el de la eficacia, el de la eficiencia, el de lo políticamente correcto, el de lo que hace la mayoría, el más fácil, el más agradable, seguir el protocolo al pie de la letra. Decidir es hacer siempre lo que se espera de nosotros y ese camino, el camino interior, suele ser siempre más estrecho que los atajos y los caminos alternativos que nos ofertan la opinión pública, los medios, la industria, los más listos, los "sofistas de la vida", el positivismo, el mercado…

Sólo se puede decidir, dice Albert Jonsen[5] "*cuando se analizan de forma exhaustiva todas las circunstancias dentro de los límites posibles"* y esto no es fácil. El camino interior suele ser duro, oscuro y doloroso pero, en contra de lo que pueda parecer, a larga es el más seguro. El camino interior es el que nos lleva a decidir lo propio del médico conforme la deontología y lo mejor para el enfermo, ante todo no hacer daño. Nos lleva a actuar con prudencia, a guardar una sana distancia con el enfermo y silencio cuando lo que hay que hacer es acompañar y dejar que el enfermo exprese su voluntad. El camino interior nos curte en el espíritu y las virtudes propias del acto medico, la disposición y el hábito imprescindibles para saber ver y escuchar al enfermo con el corazón, genera confianza al tiempo que disposición a poder perder y nos mueve a la autocrítica, a pedir consejo y a seguir siempre el dictado de la conciencia en la búsqueda del bien total.

"No somos responsables de la realidad que se nos ha dado, sino de lo que hacemos de ella, del modo en el que nos colocamos frente a ella y como nos realizamos en ella. Somos personas libres que podemos adoptar una postura determinada frente a la realidad que nos está dada. Esa es nuestra decisión" [6] Esta afirmación de Anselm Grun sintetiza lo esencial a la hora de decidir y lo tenemos que tener muy claro. Mi decisión es mía, nadie puede decidir por mí; ni los expertos, ni los jefes, ni un Comité de Ética, ni siquiera la ley que puedo objetar. Sólo el enfermo al que cuido, ayudo y respeto puede y está en su derecho, decidir por mí en las decisiones que afectan a su salud y a su vida. Tomar decisiones es consubstancial con la existencia. Se decide como se es. Los médicos, en ciencia y esencia, somos "decisión" como somos "cuidado.

Tomar decisiones es una necesidad profesional y humana universal. Para el médico y para el enfermo, tomar decisiones es un derecho del que nada ni nadie puede expropiarnos y una responsabilidad. Pablo Simón publicó hace años un libro sobre las voluntades anticipadas que tituló *¿Quién decidirá por mí?*[7] El consentimiento informado y las directrices anticipadas que estamos obligados por la ley a respetar, conciencian y ayudan a cumplir ese deber. El fundamento moral de la "Voluntades Anticipadas" y de los "Representantes legales" en la actuación clínica es facilitar la "*decisión compartida"* objetivo ideal y posible al que debemos aspirar aunque intentarlo pueda ser motivo de conflictos no fáciles de resolver.

[5] Ibid 4. A Jonsen pag 139
[6] A Grun. *"¿Qué quiero? El coraje para tomar decisiones".* EVB 2012
[7] P Simón Lorda. "¿Quién decidirá por mí? Ed Tricastela, 2004

Por el mejor hacer de nuestra profesión y la excelencia a la que aspira el bien total las decisiones en el acto médico deben ser informadas, consultadas y compartidas aunque para ello sea necesario revisar nuestros paradigmas tradicionales y actuales del ejercicio de la medicina, el método habitual de razonamiento clínico y el modelo de relación médico- enfermo.

Hacia la alianza entre el médico y el enfermo

Durante siglos el primado de la relación clínica la ostentó el médico al que se le reconocía el poder de la curación y la virtud para ejercerla y sus decisiones han estado inspiradas por el paternalismo; un modelo de relación asimétrica sostenida por el criterio tradicional de que la enfermedad hace del paciente un ser vulnerable e incapacitado, tanto desde el punto de vista físico como moral, para tomar decisiones. Cuando una persona está enferma y acude al médico lo hace convencido y conforme con que sea el médico quien decida por él porque confía en el buen profesional, experto y virtuoso que, como el padre que desea los mejor para sus hijos, va a actuar siempre buscando su bien - principio de beneficencia- y evitando el mal – deber de no maleficencia- pero sin tener en cuenta su voluntad o su capacidad a la hora de decidir.

En la medicina actual el eje de la relación clínica se ha horizontalizado. El médico tiene más conocimientos y, ayudado por la técnica, más poder que nunca, pero no ostenta la primacía. El centro, el núcleo y el agente principal de la relación clínica es el enfermo al que estamos obligados a considerar y tratar conforme un modelo de relación democrática en la que el médico ha de informar al paciente de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que considera indicadas en su caso, de su naturaleza, riesgos y objetivos, pero la realización última de las mismas depende de la voluntad del enfermo y su consentimiento. Es el principio de autonomía

En cada decisión por lo tanto se produce un encuentro de valores que afecta a dos códigos morales que pueden coincidir o no en lo esencial o en algunos términos pero por los que también pueden entrar en conflicto. La decisión implica un proceso de adaptación y convergencia entre la información y el poder que el médico posee y los deseos y valores del paciente buscando el bien de este, pero respetando siempre su libertad.

La consideración de los deseos de los pacientes no es un tema resuelto en todos los casos en los que hay que garantizar su competencia, la libertad de sus decisiones y su autenticidad; y el problema principal sigue siendo la falta de una comunicación eficaz sin la cual nos va resultar imposible reconocer la dignidad total del enfermo, su rostro como persona única y tratarlo como tal, la atención integral de todas sus necesidades y respetar sus derechos, especialmente en los momentos de mayor depauperación física.

Incluso en la relación asistencial que llamamos democrática, los principios de beneficencia y autonomía consolidan una relación esencialmente unidireccional, del profesional al enfermo. Aunque esté subordinado al consentimiento de este, el motor de la acción siempre es el médico que va a actuar, informado o no de los deseos del

paciente, sobre criterios profesionales que no siempre el enfermo está en condiciones de compartir. Sin embargo, bajo ningún concepto podemos considerar los deseos y los valores de nuestros enfermos elementos menores o accesorios de nuestra decisión. En todo acto médico hay algo propio, implícito a nuestra vocación, que sólo una comunicación bidireccional puede satisfacer. Es la sutil diferencia aquí claramente manifiesta entre profesión y vocación que nunca pueden ni deben ir por separado.

Para el objetivo del bien total que, desde el comienzo de esta lección venimos proponiendo, no es aceptable ningún modelo de relación estrictamente unidireccional. La enfermedad siempre tiene un sentido, para el enfermo que la sufre y para el profesional que acude a ayudarlo. De ahí la urgente necesidad de reafirmar la definición de la relación asistencial como un encuentro en el que descubren su respuesta tanto la vocación del médico como la necesidad de su paciente. Es una relación entre personas, asimétrica y circunstancial pero también definitiva porque en este "rostro a rostro" entre el médico y el paciente, en este encuentro se sustenta, citando textualmente a E Pellegrino[8], la esencia de la medicina.

El método

La decisión compartida exige un método más apropiado y eficaz que los habituales de la clínica que aprendimos y practicamos. Un método que obligue a valorar de una manera integrada y completa todos los elementos, personales y extraños al enfermo, los hechos nosológicos y los valores, en la situación concreta en los que están aconteciendo, con sus circunstancias más relevantes y para esto no son suficientes los conocimientos y habilidades propios de nuestra ciencia. Hace falta la ética.

La intención de Albert Jonsen al escribir su tratado de Ética Clínica fue ayudar a los médicos a elaborar juicios morales correctos en su ejercicio profesional. Su lectura me resultó tan reveladora que lo propuse como texto de la asignatura de Ética Médica y como guía para la deliberación moral en el Comité de Ética Asistencial. Albert Jonsen perteneció al Belmont Report y al Hasting Center. Fue pionero en la práctica de la ética clínica en el hospital en su calidad de consultor de las decisiones éticas para el cuidado correcto de los pacientes. Tal vez por eso sus consejos y orientaciones me resultaron más fáciles de entender y seguir que la de otros maestros en bioética, fundamentalmente filósofos prácticos y licenciados en Derecho, indudablemente sensibilizados, expertos en leyes y en muy contrastados modelos de razonamiento ético pero menos familiarizados con los problemas clínicos del día a día.

Hoy, ya jubilado, debo agradecerle a la bioética y a Albert Jonsen que su método, en el último tramo de mi vida profesional me haya abierto los ojos a esta realidad del acto médico en el que ya no soy capaz de separar clínica y ética. Con él y con la ayuda de muy queridos compañeros con los que comparto la misma idea de lo que debe ser la relación asistencial, he llegado a creer y a confiar en que, por más difíciles y oscuros que se nos presenten los conflictos, incluso en las situaciones aparentemente definitivas, el bien total y, con él, la decisión compartida son posibles.

[8] E D. Pellegrino., D. C. Thomasma: "A philosophical basis of medical practice" Oxford. Oxford University Press, 1981, p 30.

No voy a desarrollar ahora el método que os propongo y que por sí solo daría para otra lección, pero al menos enunciaré sus pasos. De los cuatro parámetros en los que Albert Jonsen fundamenta su deliberación, mi propuesta para la decisión compartida incluye solo tres: las indicaciones médicas, las preferencias del paciente y los rasgos contextuales.

Considerar las indicaciones médicas con un ponderado balance riesgo/beneficio, evitar la maleficencia y la futilidad y reducir en lo posible la incertidumbre constituyen el eje de nuestra decisión pero antes debemos responder sinceramente y con claridad a la pregunta decisiva. ¿Cuál es el objetivo final de la intervención que voy a proponer? ¿Qué quiero conseguir? ¿Merece la pena el esfuerzo? Siendo conscientes en todo momento de que los juicios sobre las indicaciones médicas no se pueden basar sólo en nuestra valoración personal de los hechos ya que, además del riesgo implícito de equivocarnos, nuestras opiniones no son independientes de nuestro estado emocional, nuestros sentimientos y valores, la opinión de los compañeros, nuestros prejuicios o nuestros intereses personales.

En nuestra decisión estamos obligados a conocer las preferencias de nuestros pacientes. El enfermo es el agente principal jurídico, moral y efectivo de la relación clínica, de ahí la importancia de una buena colaboración lo que va más allá de la estricta confianza. Hay evidencias probadas de que la buena relación médico- enfermo y la educación sanitaria del paciente y su familia mejoran los resultados clínicos en diabéticos e hipertensos así como en el cuidado de los enfermos con demencia y grandes dependientes y aunque no lo haya visto referido en ningún trabajo, tan solo por mi experiencia clínica, soy de la opinión que comparto con otros compañeros que una mínima información en ética sanitaria de los pacientes, un elemental conocimiento de sus derechos y deberes, del consentimiento informado, de las directrices anticipadas, ayudaría a vivir mejor la experiencia de enfermedad y a optimizar la relación asistencial.

En relación con el principio de autonomía, en situaciones similares diferentes enfermos pueden manifestar distintas preferencias que debemos respetar en cada caso. Antes de tomar una decisión el médico debe preguntarse qué quiere el enfermo y asegurarse que su indicación intenta responder a sus deseos lo cual le obliga ante todo a escucharlo, a informarlo y a facilitar su participación en las decisiones por medio del diálogo continuo, abierto y positivo.

Hay multitud de estudios que demuestran que a la hora de firmar un documento de Consentimiento Informado, los médicos, por razones de lenguaje, profesionales, subjetivas del paciente u objetivas del entorno, no mantenemos sistemáticamente con nuestros enfermos conversaciones que puedan considerarse satisfactorias desde el punto de vista clínico, ético y legal cuando el consentimiento informado, considerado en lo esencial y no como una obligación administrativa, es la forma mejor y más directa de alcanzar la decisión compartida.

Respecto al contexto no debemos olvidar que la responsabilidad de los médicos no es singular o exclusiva con su paciente; tenemos otras "lealtades compartidas" con la administración, las compañías de seguro, las organizaciones sanitarias... Los deseos de la familia, la situación económica y sociosanitaria, razones culturales o religiosas además de las circunstancias en las que tenemos que decidir - a primera o a última hora, urgentemente, en el hospital o el centro de salud o en un lugar aislado y sin recursos sanitarios, con o sin familiares- son aspectos importantes que no podemos ignorar porque de una u otra manera influyen y pueden ser causa de conflicto en la toma decisiones.

Conclusión

El "bien total" considerado como el objetivo ideal de la relación clínica solo puede alcanzarse a través de un acto médico centrado en el enfermo, sus deseos y sus necesidades, con el que el médico, unido a él por vínculos de vocación y responsabilidad, va a establecer una relación de servicio y sobre todo de ALIANZA que va más allá del mero conocimiento de la situación del paciente y la consiguiente respuesta profesional. Una relación que deber ser una colaboración amistosa, que comprometa a ambos en un proyecto común a compartir, un mismo itinerario por el que discurran y encuentran sentido la vida a cuidar del paciente y la propia vida del médico.

Objetivo de este encuentro debe ser la decisión compartida que solo puede alcanzarse por medio de la comunicación positiva y respetuosa, la información gradual y ponderada al paciente y a su familia con objetivos bien definidos en cada fase de la enfermedad, valorando el grado de conocimiento que el paciente tiene, escuchándolo y respondiendo a su demanda de información, manifestando desde el principio el compromiso de no mentir y ofreciendo explicaciones y cauces abiertos en todo momento.

A la estación final de la decisión compartida solo podremos llegar si la relación médico- enfermo ha estado inspirada y se ha desarrollado según este modelo de alianza. Del privilegio terapéutico del modelo paternalista para el que ocultarle la verdad al enfermo estaría justificado en los casos en que el médico lo considerara conveniente, en la relación de alianza el enfermo y el médico llegan a la verdad a través de un encuentro en el que muchas veces sólo la cercanía, la ternura, la confianza y el silencio son suficientes para la comprensión y el entendimiento.