

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SEVILLA

LA BIOETICA, PATRIMONIO DESCONOCIDO

De los Protoaforismos al Bien Clínico

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

Prof. Dr. D. José María Rubio Rubio

LEÍDO EL 12 DE DICIEMBRE DE 2010

Y

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

Ilmo. Sr. Prof. D. Eduardo Zamora Madaria

PALABRAS FINALES

Excmo. Sr. D. Hugo Galera Davidson

Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla



SEVILLA, 2010

INDICE

1. Preámbulo.....	5.
2. Introducción	9
3. Sentido y fin de la Medicina	12
• La realización personal, objetivo último de la ciencia y el saber	
• Fundamento moral de la vocación médica	
4. El Bien Clínico	15
• En el encuentro entre el médico y el enfermo radica la esencia de la Medicina	
• La clínica como bien total. Categorías del Bien Clínico	
• El acto médico “por y para” el Bien Clínico	
• Confesiones de un internista	
5. El siglo de la bioética	21
• Consideración preliminar	
• La bioética moderna	
• Determinantes históricos e itinerarios de la bioética	
• Necesidad y potencialidad de la bioética	
6. La medicina en la encrucijada	30
• Tensiones científico – éticas de la Medicina actual	
• Antecedentes próximos	
• Síntomas y signos	
• ¿Qué hay que cambiar?	
7. A la búsqueda del Bien Clínico. Aportaciones de la bioética....	46
• La bioética nació para la protección de los pacientes	
• La bioética es hacerse preguntas	
• El lenguaje de la bioética es el diálogo	
• El descubrimiento más trascendental de la bioética es el enfermo	
• Ética y clínica	
8. A la búsqueda del Bien Clínico. Propuestas de la bioética moderna	54
• De una medicina orientada por y para la enfermedad a una medicina centrada en el enfermo.	
• De una medicina centrada en los hechos a una medicina fundamentada en los valores	
• Del dogmatismo a la deliberación	
• Del paternalismo a la alianza	
• Del ethos benefactor y burocrático a la amistad y la excelencia profesional	
• De una medicina de medios a los fines de la Medicina	

- Del poder médico tradicional a un nuevo profesionalismo.

9. Final63

DEDICATORIA

A mis padres a los que debo la vida y el amor y el respeto a Dios y a las personas

A Rocío y a mis hijos. El bien más grande que, con la vida, he podido recibir.

A mis maestros que me transmitieron la pasión por la Medicina y la virtud de practicarla.

A mis compañeros, consejeros en una ciencia que es de todos

A mis enfermos, quienes más me han enseñado y a los que nunca podré pagarles su amistad.

PREÁMBULO

Excelentísimo Señor Presidente.

Muy Ilustres Señores Académicos.

Dignísimas Autoridades.

Distinguidos compañeros y amigos.

Señoras y señores.

Con profundo respeto y contenida emoción me presento ante ustedes. Decía Platón que entre las virtudes cardinales del académico está saber llevar el manto como los hombres libres. La ética es un saber milenario de reconocida actualidad que supera a todos en su condición de saber libre. A nadie puede extrañar que la Real Academia de Medicina, institución de las más nobles y antiguas sevillanas, tres siglos al servicio de la verdad, amplíe hoy las nóminas de su sede centenaria con un nuevo sillón destinado a la bioética. Comprended los inexpresables sentimientos, la íntima alegría que para quien os habla representa ser miembro de la Veneranda Tertulia y serlo además estrenando este sillón. Es un alto honor el que la Real Corporación me dispensa. Para acceder a él se precisan méritos mucho más altos de los que yo estoy en condiciones de ofrecer. Quede aquí mi compromiso con la nueva misión que la Academia asume y mi promesa de trabajo, celo y rigor en el cumplimiento de todo lo que me sea encomendado.

Mi agradecimiento en primer lugar a vuestra benevolencia. Al Excmo. Sr. D. Jaime Rodríguez Sacristán, anterior Presidente de esta Real Academia, a su Secretario Perpetuo, el Ilmo. Sr. D. Rafael Martínez Domínguez, a los Ilmos Señores Académicos y Profesores D. Eduardo Zamora Madaria, D. Carlos Martínez Manzanares y D. Pedro Sánchez Guijo, que me presentaron y a los ilustres señores académicos que me han aceptado.

En este momento importante de mi vida hago memoria emocionada de mi familia. De mi padre al que debo el amor a mi profesión, el sentido de la generosidad y el esfuerzo en el trabajo. De mi madre a quien debo la vida que, sin faltar un día sigue

llenando de ternura; mi madre cada día más sabia, por sus años y cada día más joven por la edad de su corazón. De Rocío, la madre de mis hijos y el color de mi alegría, mi paz en la orilla donde nunca soñé llegar, la paciente compañera y el amor constante que todo lo hizo posible con su silencio y su generosidad.

Para ser médico, como para todo en la vida, necesitamos maestros. Yo he tenido la suerte de tener muchos y muy buenos maestros. Algunos de mi infancia y adolescencia en Alcalá aún viven, casi centenarios, con nosotros. Otros fueron dejando a lo largo mi carrera su impronta particular, su carácter y su enseñanza. Recuerdo especialmente en esta hora al Ilmo. Sr. D. Antonio Aznar Reig mi profesor inolvidable de Patología y Clínica Médicas. Siempre me llamaba “amigo Rubio”. Gracias a esa amistad tuve el honor de asistir a su discurso de investidura en esta docta casa tuve el honor de asistir. D. Antonio me abrió hace cuarenta años las puertas de la Universidad en la que continuó intentando ejercer lo que de él y como de él aprendí.

Debo muchas y muy importantes enseñanzas a mis compañeros; la primera la amistad, virtud sin la cual ni se es médico ni se es persona, pero mis principales maestros han sido y siguen siendo los enfermos. En los libros, en los laboratorios y en la clínica está el primer saber, el que nos apasiona. De los sabios, de los ancianos y los amigos recibimos el consejo y la experiencia. Pero la medicina por encima de todo es encuentro y amistad y hasta ahí sólo se llega contemplando, escuchando y aprendiendo día a día de tus enfermos.

No sé si llamarlo suerte, providencia o simplemente oportunidad. Un día, comenzando el curso tercero de Medicina, me presenté al profesor Zamora para manifestarle mi deseo de ser alumno interno suyo en el hospital. Desde entonces D Eduardo ha sido y sigue siendo mi maestro en la Medicina y en la vida. Pedagogo y clínico excepcional transmite arte y ciencia en una misma lección. A él le debo el descubrimiento de mi verdadera vocación porque fue a su lado donde sentí por primera vez una ilusión y una fuerza que desconocía tener al abrirse mis ojos a la luz nueva y apasionante de una historia clínica.

“Desde que lo conocí y lo vi trabajar con los enfermos lo escogí como maestro y a su ciencia y a su arte subordiné todo lo que a partir de entonces pudiera ya aprender. Ha sido para mí un padre y un amigo y en el cada vez más difícil arte y oficio de diagnosticar, tratar y curar, un sabio y decisivo consejero. Nunca podré pagarle lo que le debo. Si algo he llegado a ser fue por la paciencia que tuvo conmigo, porque me dejó hacer sin apartarse de mí velando mis torpes pasos, porque me corrigió cuando debía hacerlo y me animó cuando más hundido estaba. El confió en mí mucho más que yo y supo ver un futuro que yo era incapaz de percibir. Por eso he llegado a donde estoy, porque siendo su alumno y su deber, jamás me señaló como una carga, disfrutaba con su oficio y fue el primero que, apretando sus brazos con los míos, me llamó emocionado: compañero”.

Consciente y agradecido al alto honor que hoy se me dispensa debo manifestar que no soy más que un simple eslabón en una larga cadena de profesionales dedicados al estudio y a la extensión de la bioética. Sin ir más lejos y solamente aquí en Sevilla las tertulias del Centro Arrupe en Portaceli y el Foro de Bioética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios constituyen un referente obligado en los anales de la bioética andaluza. Mi inquietud por la bioética es la consecuencia de un compromiso de humanización del mundo de la salud que suscribí a mediados de los años ochenta del siglo pasado junto con los compañeros de la Asociación Nacional de Profesionales Cristianos que he tenido el honor de presidir. A muchos de ellos, hoy maestros de la bioética española, debo el mayor tramo del camino recorrido: A Joan Viñas, Manuel de los Reyes, María del Carmen Sarabia, Rudesindo Delgado, Javier Rivas, Arturo Fuentes,... y en Sevilla a Francisco de Llanos, José María Galán, Rafael Cía y muchos más.... A la Facultad de Medicina que me abrió sus puertas a tareas docentes e investigadoras en la nueva ciencia. A la Fundación del Real e Ilustre Colegio de Médicos que patrocinó las primeras Jornadas que celebramos. A la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica que me acogió y me ayudó decisivamente en mi formación y especialmente al profesor Diego Gracia Guillén, referente de la bioética española, maestro universal, amigo y consejero

Aunque mi discurso corresponda a un sillón de nueva creación la bioética no es en absoluto una novedad en esta Real Academia; en sus anales pueden leerse múltiples actividades relacionadas con ella: el médico ante la muerte, la relación

médico- enfermo, los Comités de Ética Asistencial, la ética de los ensayos clínicos, el consentimiento informado y muchas otras en alguna de las cuales he tenido ocasión de intervenir como académico correspondiente o participando en cursos y jornadas. En la Academia disertó hace unos años el Profesor Francesc Abel, maestro y pionero de la ética clínica en España y presidente del Instituto Borja de Bioética. Pero más allá de iniciativas puntuales sobre aspectos específicos, la bioética y la Academia están intrínsecamente unidas en su llamada común al diálogo honesto, libre e ilustrado para el acercamiento a la verdad y en su vocación de síntesis entre la ciencia y la cultura.

Mi discurso lleva por título *“La Bioética, patrimonio desconocido”* y un subtítulo, *“De los protoaforismos al Bien Clínico”*, que es en realidad una dedicatoria a los ilustres doctores sevillanos, universitarios y académicos que con sus altas miras, su sensibilidad y su erudición mantuvieron encendida en nuestra ciudad la llama del humanismo médico.

D Antonio Hermosilla Molina, venerado académico y notable de Sevilla recordaba en su libro *“Mi Facultad de Medicina”*¹ las sentencias morales que decoraban el aula de D. Antonio Cortés en el antiguo hospital de las Cinco Llagas. Aún viven quienes dieron clase allí contemplando los aforismos hipocráticos y los consejos de sabios doctores como Letamendi y D Pedro Martínez de Torres, catedrático de Patología General que los grabó con el sabor de la vieja cerámica trianera en los primeros años del siglo XX. Cuando la Facultad de Medicina abandonó el hospital amenazado de ruína, los azulejos fueron rescatados por D Gabriel Sánchez de la Cuesta, de feliz memoria en esta Veneranda Tertulia y trasladados al jardín botánico del Instituto Terapéutico en los terrenos de su cátedra de Farmacología. Años más tarde y estando a punto de perderse tan notable patrimonio por la erosión del tiempo y del olvido, siendo Decano de la Facultad de Medicina otro ilustre académico y farmacólogo, D Juan Antonio Durán Quintana, la cerámica fue felizmente restaurada y así puede hoy contemplarse en el Salón de Grados para enseñanza de profesores y alumnos y para ejemplo y modelo de la mejor Medicina sevillana.

¹ A Hermosilla Molina: *“Mi Facultad de Medicina”*; Ed Guadalquivir, Sevilla 1991

INTRODUCCIÓN

Breve es la vida.

Somos producto e hijos del tiempo. El tiempo determina el tiempo y la vida por vivir. Como escribió Pierre Vilar: “*El presente, depende del pasado y el futuro nunca se hace a partir de la nada*”². Todo es tiempo sobre tiempo. En su síntesis perfecta del pasado, el presente y el futuro de nuestra ciencia las Academias, siempre al servicio de la verdad, el diálogo y la renovación científica, constituyen un referente de valores con vistas a la humanización de nuestra realidad, labor excelsa y fin último de cualquier profesión y cumbre de su plenitud creadora. A las Academias les corresponde definir la esencia de la cultura médica e injertarla en la cultura en general garantizando el rigor científico adecuado y el respeto a la dignidad de las personas³ y sus académicos, sabedores de que la riqueza de un país no se mide por la magnitud de su patrimonio sino por su capacidad para valorarlo, han de ser prudentes en su misión de ilustrar acerca del buen uso de la Medicina y la correcta aplicación de sus posibilidades.

Para Aristóteles el fin de la Medicina es el conocimiento y la interpretación de la salud⁴ Es esta una verdad con límites difíciles de establecer aún con el paso de los siglos. D Pedro Laín Entralgo concreta algo más al definir la Medicina como la solución dada por el hombre a uno de sus problemas genéricamente humanos, el de ayudar a la curación del semejante cuando este se halla enfermo”⁵. Contemplado desde esta intención germinal de todo proyecto humano que es existir humanamente, el fin último de la Medicina no va a estar determinado por su posibilidad de conocer e interpretar la salud y la enfermedad como realidades humanas sino en humanizarlas ayudando a los pacientes a vivir esa experiencia personal de una manera propia y digna y conforme a sus valores y deseos. Humanizar la vida sirviendo al enfermo, aliviando su sufrimiento, promoviendo la salud y respetando su dignidad constituye el bien interno de la Medicina y la raíz de nuestra vocación. Es esta una hermosa y

² Vilar, Pierre: “*Pensar históricamente*” Barcelona: Crítica, 1997

³ Viñas J: “*Retos de la cirugía del siglo XXI*”. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Cataluña., Nov 2004

⁴ Aristóteles: “*Moral a Nicómaco*” Libro I, capítulo 1, pag 1., Espasa Calpe, 5ª Ed 1992.

⁵ P Lain Entralgo: “*La Historia Clínica*”; Ed Tricastela, Madrid, 1998, pag 15

magnífica tarea en absoluto exenta de dificultades.

En la actualidad asistimos a un permanente debate entre la moral tradicional y la incertidumbre que repercute sobre postulados históricamente inamovibles tales como la inviolabilidad de la vida humana, la virtud médica y el modelo de relación asistencial. Esto unido al afloramiento de nuevas posibilidades de la Medicina hasta ahora nunca contempladas, del reconocimiento de los derechos de los pacientes y su protagonismo en lo que afecta a su salud y a su vida junto con la democratización de la asistencia sanitaria y la secularización de la ética han provocado un desequilibrio permanente entre los avances técnicos y el discernimiento moral. La desvirtuación del carácter objetivo absoluto del pensamiento científico y la reivindicación de la intersubjetividad de la relación asistencial, la necesidad de un nuevo modelo de médico que sea a la vez un técnico acreditado y un eficiente gestor pero sobre todo que sea mucho más humano y más presente en la relación médico-paciente⁶ confirman la necesidad de la bioética que en su permanente novedad se nos revela como un patrimonio desconocido de singular valor en la encrucijada del tiempo actual y para el futuro de la medicina.

La práctica de la medicina exige reflexión y espíritu crítico. La historia del saber médico demuestra que siempre y por lo tanto también ahora, la humanidad ha sido capaz de errar incluso en la formulación de leyes incontestables en su tiempo, "*Errar es humano*" es el título de un informe del Instituto de Medicina de los EEUU⁷ como también la humanidad se ha demostrado capaz de olvidar afirmaciones que en su día se consideraron de un valor capital. Siempre, pero sobre todo ahora más que nunca, el hombre se manifestó capaz de cambiar sus puntos de vista y los criterios desde los que interpretó científicamente la realidad. Ante los acelerados cambios que acontecen en nuestra ciencia y en nuestra profesión las Academias de Medicina, referentes científicos y morales en una sociedad plural, han de mantenerse en vela para responder con agilidad y eficacia a las nuevas situaciones que se plantean en el mundo de la salud y de la biomedicina. Los cada vez más frecuentes debates institucionales, profesionales, comunitarios y políticos sobre temas de bioética y su

⁶ Z. Cuellar: "*Persona y bioética*", ISSN 0123-3122, Vol. 8, Nº. 22, 2004

⁷ Institute of Medicine: "*To err is human*"; Washington DC: National Academic press 1999

presencia en los medios de comunicación afectan a la raíz social de la Academia y demandan una presencia y una respuesta que sólo podrá darse desde el conocimiento científico autorizado y por una actitud institucional plural y dialogante, coherente y activa.

Es por todo lo expuesto que más allá del honor que hoy me dispensa esta insigne y centenaria institución, más allá incluso de mi lógica satisfacción personal, estimo como un bien para la ciencia y un mérito de nuestra ciudad que esta Real Academia de Medicina, sensible a la necesidad y al valor de la bioética en la sociedad actual a la que sirve, haya adoptado la decisión de ampliar su estrado con este sillón a ella dedicado. Mi discurso elaborado desde mi vocación clínica esencial y mi experiencia de más de cuarenta años junto a los enfermos es una invitación a recorrer juntos los dos caminos que constituyen el itinerario de mi vida: la Medicina Interna en la que me inicié y en la que continúo aunque ahora decisivamente determinado por el descubrimiento de la bioética a la que he dedicado los últimos veinticinco años y por la que estoy hoy aquí ante ustedes para dar fe de cómo ella me ha ayudado a ser mejor clínico y como mi experiencia y mi saber en la cabecera del enfermo orientan y dotan de sentido y perspectiva a todo mi estudio y mi reflexión ética.

SENTIDO Y FIN DE LA MEDICINA

Largo el arte.

La realización personal, objetivo último de la ciencia y el saber.

Todos los hombres, por naturaleza, desean saber⁸. Buscan en el conocimiento el fin, siempre conflictivo, de dotar de sentido al vivir humano, de proyectar conforme a sus deseos, de ejercer honestamente, dueños de sus actos y sabedores de sus límites, el señorío de su libertad. Para los filósofos clásicos la pregunta era la forma suprema del saber. Cada experiencia humana, cada posibilidad es una pregunta que requiere una contestación.

En el constante anhelo de dotar de valores su existencia la pregunta clave del hombre será la que hace referencia al sentido de su vida cuestionada como proyecto, como realidad posible y concreta que requiere una respuesta. Una respuesta que para Victor Frankl⁹ tiene que estar hecha *no de palabras ni de meditación sino de una conducta y una actuación rectas*. La búsqueda del sentido de su vida por parte del hombre, incluso y especialmente en las condiciones de extremo sufrimiento como puede ser una dolorosa enfermedad o la reclusión en un campo de concentración, constituye una fuerza primaria de naturaleza instintiva, un poder admirable que él describiría con palabras de Nietzsche: *“Quien tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo”*¹⁰.

Este ejercicio existencial propio y exclusivo de los seres humanos requiere dos condicionantes principales que han merecido la atención del saber en toda la historia del conocimiento y ambos afectan decisivamente a la vocación y al quehacer del médico. El primero es la salud, preocupación universal, bien primario y el máspreciado entendido no en el sentido restrictivo de ausencia de enfermedad sino conforme el concepto de vida de calidad, esto es capacidad y posibilidad de realización personal. Contemplada así la enfermedad es una forma negativa de vida y

⁸ Aristóteles: *“Metafísica”* pag 1

⁹ V Frankl: *“El hombre en busca de sentido”* Ed Herder Barcelona., 18ª ed 1996

¹⁰ G W Allport: Prólogo de la 18ª Ed de *“El hombre en busca de sentido”* de V Frankl, Ed Herder, 1996

la Medicina y la asistencia sanitaria posibilidades positivas creadas por el hombre con el fin de combatirla¹¹

El otro requisito necesario para humanizar nuestra realidad es la ética; inspiradora del pensamiento occidental que compartimos, modeladora de la cultura, iluminadora de la conducta humana, la ética es el “...*catalizador necesario para que la conducta humana se discrimine entre la realización de lo humano o su contradicción mediante la forma de vida inhumana*”¹². Para Ortega y Gasset lo único que hace la ética y lo único que viene haciendo desde su inicio aristotélico hasta la actualidad es sencillamente “*ponernos en contacto con el gran repertorio de valores de la humanidad*”¹³.

A lo largo de toda su historia la medicina, como ciencia y como práctica, siempre dispuso de un discurso ético. Si hemos afirmado que el fin de la medicina es humanizar la vida de los enfermos, aliviando su sufrimiento y respetando su dignidad ¿Cuál es el fin último de la ética médica? Según el pensamiento de Ortega la misión de la ética médica sería sencillamente ponernos en contacto con el gran repertorio de valores del acto médico contemplado con una mirada original y sensible capaz de abarcar desde la realidad más cercana hasta un horizonte último de infinitas posibilidades.

Fundamento moral de la vocación médica.

La medicina lejos de ser una disciplina divina, extraña o superior al hombre constituye un instrumento social de primera línea para su desarrollo y promoción, y así debe entenderse, como uno de los medios con que los hombres desde su origen lucharon por conservar y mejorar su vida y esto requiere un discurso ético. Ejercemos la medicina en el beneficio de los hombres y mujeres transformando la realidad sanitaria en la que viven, “*ayudándoles a recuperar en lo posible la integridad personal necesaria para que puedan realizar sus posibilidades existenciales*”¹⁴. Este

¹¹ D Gracia: Medicina y cambio cultural en “*Como arqueros al blanco*” Ed Tricastela, 2004, pp 29-30

¹² E. Trías; “*Ciudad sobre ciudad*” Destino, Barcelona 2001

¹³ Ortega y Gasset: Conferencias a los Amigos del Arte; Buenos Aires, 1928; Citada por D Gracia en la Introducción del libro “*Como arqueros al blanco*”, Ed Tricastela, Madrid 2004

¹⁴ F. J. Alarcos: Humanizar en “*10 palabras claves en humanizar la salud*”; EVD 2002

el bien que fundamenta y orienta la vocación del médico y su quehacer junto al enfermo y por medio del cual contribuye a humanizar su realidad en todas las circunstancias.

En su discurso “*Vocación y Ética*” dirigido a los estudiantes de los cursos de verano de Santander del año 1946, D Gregorio Marañón afirmaba que al elegir nuestro porvenir lo solemos hacer por razones ajenas a la genuína vocación que en estos años suele estar dormida.¹⁵ En mis clases de bioética suelo preguntarle a los alumnos de primer curso porqué quieren ser médicos; la gran mayoría suele dar razones muy altas y honestas pero que en realidad sólo son bienes secundarios, nobles todos, pero aún alejados de lo que constituye el bien original y propio de nuestra profesión. La vocación, esa una voz interior que nos llama al ejercicio de una determinada actividad, tiene una raíz moral y un claro fundamento ético.

La vocación médica es la consecuencia de una llamada que proviene de la contemplación de la enfermedad del “otro” como una realidad apremiante a la que en ningún caso podemos ser ajenos y del impulso compasivo que nos rebela ante la realidad del sufrimiento remediable obligándonos a actuar responsablemente con él en todas las circunstancias. Pero hay otra razón, la enfermedad nos iguala a todos reduciéndonos a nuestra natural condición; ayudando al enfermo nos ayudamos a nosotros mismos, de ahí el poder que la enfermedad tiene para provocar la compasión y arrancar del fondo de nosotros mismos la solidaridad con el dolor del otro, argumento moral principal de toda relación humana que expresa magistralmente el pensamiento de Levinás: “*Si no respondo de mí ¿Quién responderá de mí? Pero si sólo respondo de mí mismo ¿todavía soy yo?*”¹⁶ Parfraseando a Lévinas, en el acto médico, *antes que la teoría está la disponibilidad ; antes que la palabra (diálogo), están la proximidad y el servicio (diaconía)*. Por eso es lícito decir que los médicos estamos moralmente sometidos a la autoridad de los que sufren y muy en especial de los que más sufren y sobre todo de los que sufren injusta e inocentemente.

¹⁵ G Marañón: “*Cuando el joven, con claridad y firmeza, dice “quiero ser esto o lo otro o ninguna otra cosa”, rara vez es una vocación verdadera...sino una predilección fundada en esas otras cosas imaginativas y brillantes, de las que está especialmente ávida el alma trémula del adolescente*” En “*Vocación y ética y otros ensayos*” Espasa-Calpe Argentina S.A. Buenos Aires 1946 pags 27-28

¹⁶ E. Levinás: “*Humanismo del otro hombre*”. Caparrós editores, Madrid 1993 Levinás E: Ibid, pag 81

EL BIEN CLÍNICO

Sutil la oportunidad

En el encuentro entre el médico y el enfermo radica la esencia de la Medicina

El acto médico constituye una relación interpersonal y de servicio en la que un hombre dotado de vocación, conocimientos y competencia, presta ayuda a otro hombre a fin de que este recupere la salud perdida.¹⁷ Cualquier acto médico, para ser considerado como tal, debe mantener en todo momento la armonía equilibrada de sus dos categorías: su categoría técnica original y propia del “*medendi peritus*”, promover, cuidar la salud mediante el diagnóstico y el tratamiento correcto de las enfermedades y su categoría moral a cuya luz el acto médico es esencialmente un encuentro personal de voluntades orientado por el bien clínico en la triple perspectiva que contiene nuestra particular visión del enfermo, la enfermedad y el médico¹⁸.

La enfermedad, de manera universal, revela la caducidad, la labilidad de lo humano y sobre todo nuestra indigencia; “*Todo hombre es un mendigo*” confesó alguien resumiendo su experiencia en el hospital. El enfermo es por encima de todo un necesitado que acude confiadamente al médico solicitando su ayuda. Busca su salud cuya estimación, muchas veces difícil, se va a establecer entre los deseos del paciente y su respeto al conocimiento del médico. El médico se acerca al enfermo intentando, si no a curar, sí al menos aliviar con sus cuidados los más difíciles momentos, aún desconsoladoramente vacíos, del sufrimiento humano¹⁹. Para D Pedro Laín Entralgo en esta relación entre cuidador y cuidado, en el diálogo y el encuentro radica la esencialidad del Bien Clínico. En él hallan su respuesta tanto la vocación profesional del médico como la necesidad de su paciente. En este “rostro a rostro” entre el médico y el enfermo se sustenta, citando textualmente a E Pellegrino²⁰, la esencia de la medicina; constituye su sustancia y la dota de sentido.

¹⁷ F. J. Alarcos: Humanizar en “*10 palabras claves en humanizar la salud*”, EVD 2002

¹⁸ F de Llanos Peña: “*Fundamentación ética de los cuidados de salud*” Actas de las IX Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios, Jerez de la Frontera 2002, pag 33

¹⁹ F de Llanos Peña: “*Pensamiento antropológico de Lain Entralgo. Ser humano y estar enfermo*” (tesis doctoral) Univ de Sevilla, Facultad de Filosofía, 2001.

²⁰ E.D. Pellegrino, D. C. Thomasma: “*A philosophical basis of medical practice*” Oxford. Oxford University Press, 1981, p 30.

La clínica como bien total. Categorías del Bien Clínico

Ser un clínico bueno es el principal deber del médico entendido el ser clínico no en términos de eficacia diagnóstica o terapéutica sino en el sentido de intención y de conducta orientada a la excelencia en la realización del acto médico. Al ejercicio clínico no se le puede exigir la curación del enfermo en todas las circunstancias. Al médico le corresponde diagnosticar bien y tratar bien a los pacientes contemplándolos en su dimensión personal completa; conociendo la realidad de su enfermedad, de sus sentimientos y de sus valores, cuidándolos integralmente y protegiendo su dignidad desde el principio al final de su vida, compartiendo su sufrimiento mediante la actitud solidaria, la humanidad y la empatía²¹. Concebida así la clínica, interpretada así y de esta manera ejecutada se entiende la sentencia del profesor Diego Gracia cuando proclama que “*el médico o es clínico o no es médico*”²²

La consideración del acto médico bajo la perspectiva del “Bien Clínico” incluye diferentes categorías y todas ellas deben ser contempladas en la relación asistencial: Todo acto médico debe estar motivado por la intención de “**hacer el bien**”. El “Bien Clínico” incluye la causa final del acto médico, la búsqueda del bien y la salud en su consideración más real y positivamente humana y su orientación en ese sentido, más allá de criterios más funcionales y comunes como serían el diagnóstico de la patología, el alivio de los síntomas e incluso el bienestar físico. El bien del hombre enfermo, germinalmente considerado, es todo aquello que, alcanzando o no su curación, lo humaniza y le ayuda a dotar de sentido su existencia facilitándole una vida sana y saludable.

Además de la intención final del acto médico, el Bien Clínico afecta a su causa eficiente; implica “**hacerlo bien**” lo que supone tanto la corrección técnica como la corrección moral. No basta con que el acto sea intrínsecamente bueno como tampoco basta su intención; es necesario que esté bien realizado conforme a la ley y la conciencia, la deontología, la norma, el arte médico, las guías clínicas y las normas de buena conducta reconocidas. El bien hacer incluye la fidelidad y el respeto al enfermo, el cuidado de su dignidad, el trato amable, la atención y la escucha, el deber

²¹ FJ Barón Duarte: “*Dignidad, empatía y humanismo*” ; Medicina Paliativa, vol 17, nº 1, 2010, pag 2

²² D. Gracia Guillen: “*La práctica de la medicina*” Jano nº X, Madrid 2005 pp 3-10

de no hacerle daño, informarle si desea ser informado, sin mentirle; guardar la confidencialidad debida lo que incluye el cuidado de la documentación clínica, su acceso, su utilización y su archivo.

En tercer lugar y conforme al “*bien clínico*” el acto médico debe “**hacerse desde el bien**” lo que exige nobleza de intención, honestidad y honradez, en definitiva “*virtud médica*”. Los códigos más antiguos de ética médica –griegos, indios y chinos- están basados en la virtud. La condición moral del médico en la ética tradicional de occidente viene determinada en primer lugar por su virtud, el médico es el “*Vir bonus*” al que se acude en la necesidad y en el que se puede confiar por su ciencia y sobre todo por su amistad como muy elocuentemente expresa el texto de Séneca”

“ ¿ Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más? ¿Por qué no cumplo con ellos con el simple salario?. Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar y buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente...¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquel dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de los que como enfermos le requerían, fui para él humanizadora ocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con ése estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo”²³

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. Para muchos autores la virtud del médico constituye la mejor garantía de su condición moral²⁴.

El acto médico por y para el “bien clínico”

Concebido y orientado por y para el bien clínico sólo se reconoce hoy el acto

²³ Séneca “*De beneficis*”. VI, 16

²⁴ 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

médico en su doble dimensión de relación profesional al servicio de la salud y de compendio de valores lo que representa además de una novedad una catarsis que enriquece el sentido y la práctica de nuestra vocación. El acto médico es un encuentro personal y de servicio en el que el médico va a ayudar al enfermo a recuperar en lo posible su integridad personal necesaria y a dotar de sentido su vivir humano conforme la sabiduría y la norma del “Bien Clínico”, conjugando vocación y motivación, perfección y bondad, la fenomenología con la experiencia, la cualificación con la compasión, el juicio clínico con el juicio moral, la historia clínica con la decisión racional, los síntomas y signos con los valores y las virtudes, las indicaciones médicas y los conflictos morales, las enfermedades y los enfermos

El acto médico es por encima de todo un acto **relacional**. Su núcleo es el contacto que se establece entre la persona del enfermo y la del profesional o los profesionales que pueden ayudarle a recuperar la salud y que por esta relación adquieren con él vínculos morales. Se trata por lo tanto de una relación substancialmente personal que, en el contexto sanitario se denomina *relación asistencial* (de “ad sistere”, asistir, estar al lado de, ayudar). Es una relación “*de necesidades*” en la que el enfermo acude al médico solicitando su ayuda y en esta realidad es una relación “*asimétrica*” en la que el paciente es el débil, el pobre e impotente y el médico, el fuerte y poderoso que dispone de los recursos necesarios para su curación. Pero esto no es absolutamente y siempre así. Junto a la pobreza del paciente sometido al desahucio de la enfermedad está la pobreza de la incertidumbre del médico a la hora de formularse las preguntas de las que debe extraer el camino a seguir. Junto al deber del enfermo de reconocer la autoridad del médico y explicarle confiadamente los hitos e su historia clínica, está el deber del médico de respetar la dignidad del otro y escucharlo con asombro y con temor. Junto a la necesidad del enfermo que en la relación clínica busca su curación está la necesidad del médico que en esta misma relación busca y encuentra el sentido último de su vocación.

El acto médico es un **acto de servicio** mediante el cual establecemos un compromiso y una responsabilidad con el enfermo. Es un **acto único** que tiene lugar en unas circunstancias particulares de tiempo, espacio, personas etc.. La segunda visita a un paciente es diferente de la primera por eso cada acto médico tiene su

propio protagonismo. El acto médico es un **acto racional** condicionado por la incertidumbre y en el que es necesario deliberar en cada caso sobre lo correcto o lo incorrecto, lo bueno o lo malo conforme a un método de decisión racional.

Confesiones de un internista

El reconocimiento personal del “Bien Clínico” como una tarea humanizadora en la cabecera del enfermo constituye un hecho decisivo de mi vida profesional y sin lugar a dudas el principal factor determinante de mi interés y mi dedicación a la bioética. Surge en los años ochenta del siglo pasado cuando la deshumanización de la asistencia sanitaria era preocupación principal, un importante problema que, por razones de índole diversa, concitaba la atención de enfermos y familiares, médicos, enfermeras y gerentes sanitarios.

En el año 1987 participé en un encuentro interdisciplinar de Profesionales Sanitarios Cristianos sobre la deshumanización de la asistencia que tuvo lugar en El Espinar. En sus conclusiones finales hacíamos una llamada a contemplar al enfermo en su unidad personal, no limitándonos a reparar daños concretos de órganos heridos sino restaurando una salud total; a atender las dimensiones familiares, sociales, profesionales y económicas de la enfermedad; a darle al enfermo protagonismo como primer responsable de su salud; a reintegrar al enfermo en su ambiente y sociedad: facilitarle contactos humanos para hacer más llevadera la crisis de su enfermedad ²⁵.

Humanizarnos para humanizar” era el lema de nuestra campaña que dio lugar a la aparición de grupos de humanización en muchos hospitales españoles entre ellos el Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Trasmitíamos un mensaje claro: practicar una medicina humanizada por y para el hombre enfermo. Ninguna medicina puede sacrificar a un ser humano a actitudes de dominio, de despersonalización, de olvido de su dignidad intrínseca. De aquellos años es la breve sentencia que desde entonces no dejo de transmitir a todos los que, por voluntad o profesión, nos dedicamos a asistir y a cuidar a los enfermos en un hospital:

²⁵ Conclusiones de las I Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos, Mayo 1987: en el libro “*La humanización de la Asistencia Sanitaria*” Departamento de Pastoral Sanitaria; Madrid 1988, pag 91.

Nuestro es el hospital, suya es la habitación
Nuestro es el horario, suya es la necesidad
Nuestro es el silencio, suyo es el sueño
Nuestra es la dieta, suya es el hambre
Nuestra es la limpieza, tuyas son las sábanas
Nuestros son los medicamentos, suyo es el dolor
Nuestras son las preparaciones para las técnicas de imagen, suya es la intimidad
Nuestros son los tratamientos, suyo es el cuerpo
Nuestra es la ciencia, suya es la enfermedad
Nuestro mes el pronóstico, suya es la esperanza
Nuestro es el diagnóstico, suya es la vida

De la reflexión pasamos a la acción con numerosas iniciativas en aspectos tan fundamentales como los derechos de los pacientes, la información a enfermos y familiares, la asistencia al final de la vida, la participación en congresos y jornadas de humanización con ponencias y comunicaciones científicas y la docencia de postgrado con especial atención a médicos internos y residentes. Y es en este momento personal cuando descubro la necesidad de la bioética como actividad para la defensa de los derechos de los pacientes y como recurso de humanización para una medicina deshumanizada.

En la yatrogenia del entorno asistencial la bioética se revela como un eficaz recurso terapéutico; orientadora del sentido último de nuestro quehacer sanitario, alertadora de conciencias, forjadora de actitudes, adiestradora de conductas y promotora de iniciativas humanizantes.

EL SIGLO DE LA BIOÉTICA

Ardua la decisión

Durante siglos el papel de la bioética en medicina ha sido el de un espíritu intangible, centrado en la virtud y afianzador del poder y la consideración del médico o el de un marco legal y deontológico más o menos elemental pero la ética es inherente al ejercicio clínico y a la investigación. Lo es como respuesta a los complejos problemas morales de la asistencia sanitaria y como deliberación y acuerdo para establecer los necesarios límites de toda experiencia; lo es para iluminar los conflictos de valores que surgen en el mundo de la salud a la luz de los nuevos descubrimientos; para dar una respuesta correcta y ajustada a las expectativas y a la demanda de servicios sanitarios de la sociedad y para auxiliar en los conflictos morales que en la satisfacción de dicha demanda pudieran suscitarse.

Consideración preliminar

La Bioética es una robusta rama del saber que desde sus fuentes teológicas y filosóficas hasta sus más recientes aplicaciones a la ecología y a la genética, constituye una fecunda realidad en expansión aunque no siempre sabiamente interpretada. Es verdad que comienzan a vislumbrarse e incluso consolidarse iniciativas esperanzadoras algunas de reconocida trascendencia^{26,27} además de iniciativas docentes universitarias y profesionales de carácter multidisciplinar, publicaciones, encuentros y foros de debate y de promoción y sociedades propias. Con todo debemos reconocer que, tal vez equivocados por una visión reduccionista y torpe de la bioética que algunos siguen considerando un obstáculo para la ciencia y el progreso, o porque, instalados en una conciencia fáctico-positivista y agobiados, vivimos agobiados por problemas estrictamente materiales, aún quedan muchos profesionales de la Medicina para los que la bioética, tal como hoy la contemplamos, no constituye ninguna novedad y mucho menos una necesidad.

²⁶ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina: Consejo de Europa, Nov 1996

²⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Todos reconocemos y aceptamos la bioética aunque para muchos solo se trate de un discurso incomprensible más propio de filósofos que de médicos o de una perspectiva ilustrada de la legislación profesional o de una especialización necesaria para el buen funcionamiento de los comités asistenciales y de investigación. La ética tampoco constituye para el común de la opinión ciudadana el argumento principal del poder de nuestra ciencia. No lo es para la sociedad deslumbrada por una técnica sin límites y prácticamente instalada en el horizonte al que vertiginosamente le acercan los avances científicos, ni para los usuarios de la sanidad consumidores y demandantes de lo que se ha venido en llamar la “*Medicina del deseo*”²⁸. Tampoco para los enfermos crónicos ni para los que confían en la inminencia de un descubrimiento que haga posible su curación, como no lo es para los médicos que en la inercia tranquila de un paternalismo de siglos y preocupados por asimilar el caudal inabarcable de conocimientos y habilidades que la profesión exige, confiamos más en la evidencia que en el diálogo y la deliberación ética sin ser ambas cosas excluyentes. La ética no es la principal preocupación de los gestores de nuestra sanidad agobiados y determinados por la escasez de recursos, ni la de los políticos que sin tenerla en absoluto en el olvido, es más, reconociendo iniciativas puntuales algunas muy relevantes como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y otras con aparente mayor repercusión mediática^{29,30} andan más ocupados por ofrecer hechos y realidades que por elaborar códigos de intenciones y apelar a la conciencia social. Sin embargo nadie, ni enfermos ni profesionales, ni ciudadanos ni gestores entenderían una práctica de la medicina desprovista de referencias éticas.

La bioética moderna

La historia de la ética médica es tan antigua como la Medicina misma pero la bioética tal como hoy la contemplamos nace y se desarrolla en los Estados Unidos de Norteamérica, para el profesor Diego Gracia³¹ “*La bioética es un producto típico de*

²⁸ Kettner M. “*Wunscherfullender Medizin*” Zwischen Kommerz und Patient- dienlichkeit. Ethik Med, 2006: 18., 81-91

²⁹ Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de la Junta de Andalucía, Boja 210 de 31/10/2003.

³⁰ Junta de Andalucía: Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso de la Muerte, BOJA 7/5/2010

³¹ D.Gracia Guillén: “*Primum Non Nocere*”. Madrid, Instituto de España- Real Academia de Medicina,

la cultura norteamericana” y es una disciplina muy joven, apenas cuenta con veinticinco años de existencia. La bioética como ámbito teórico y práctico especial para abordar problemas éticos antiguos y nuevos relacionados con la vida humana y para deliberar sobre las circunstancias morales de la relación clínica también es una relativa novedad en el mundo de la salud y en las Facultades de Medicina. La Enciclopedia de Bioética³² americana la define como: “*El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales*”. Sus fuentes son el cuidado de la salud y las ciencias de la vida (Biología, Medicina, Antropología, Sociología) y para su desarrollo utiliza un sistema racional asentado sobre el diálogo pluralista y la convergencia de los paradigmas clásicos (teleológicos y deontológicos) unos criterios referenciales y un método interdisciplinar.

Desde el código hipocrático hasta Raenselaer Potter, que acuñó su nombre, los expertos del Kennedy Institute, el Hasting Center y hasta la actualidad la Bioética ha recorrido un largo camino enriqueciendo copiosamente las ciencias de la vida con reflexiones, consejos y experiencias que a la postre han resultado decisivos para el buen uso del conocimiento y para la convivencia y la armonía de las relaciones humanas. Su producto final es una ciencia moderna crítica y reflexiva pero sobre todo práctica cuyo principal referente es el enfermo. Propone un marco de diálogo y deliberación que permita establecer acuerdos racionales y fundamentados entre sanitarios, pacientes, administradores y sociedad acerca de lo que es más adecuado en cada situación buscando el bien del paciente y respetando siempre unos mínimos éticos exigibles a todos por igual. En cuanto a sus contenidos la Bioética actual es el resultado de la confluencia del pensamiento ético tradicional de la profesión médica con su patrimonio de asentados criterios morales inamovibles durante siglos y el impacto de los profundos cambios culturales, sociales, morales y políticos de los últimos cincuenta años en el quehacer de la Medicina.

Determinantes históricos e itinerarios de la bioética

pags72-74. 1990

³² Warren T. Reich, ed: Encyclopedia of Bioethics, Revised Ed, 5 vol. New York Mc Millan 1995

Cinco hechos universalmente reconocidos explican el resurgir de la bioética a mediados del siglo XX y su desarrollo hasta constituirse como una ciencia nueva e imprescindible:

- El primero en el tiempo fue la necesidad de proteger a la humanidad de las aplicaciones inadecuadas de la tecnología como las que habían dado lugar a dramas tan estremecedores como las experiencias con prisioneros de las dos guerras mundiales y la bomba de Hiroshima. De este pensamiento surgieron los primeros acuerdos internacionales sobre la moratoria en el uso de la energía nuclear y los códigos para la regulación de la investigación biológica con seres humanos^{33,34}
- En segundo lugar el reconocimiento de la pluralidad del pensamiento moral. Como afirma el profesor Diego Gracia al que seguimos en este apartado³⁵, secularmente la ética sanitaria siempre se caracterizó por ser una ética de código único en las que los valores morales eran objetivos, universalmente conocidos y exigibles a todos por igual. En general el pluralismo era un tema de escasa relevancia en las sociedades tradicionales. Hoy sin embargo vivimos en el otro extremo, la opinión popular más extendida es que la ética es una cuestión absolutamente individual. Pero tampoco es así. En realidad la vida moral es intersubjetiva, de ahí que el reconocimiento de la pluralidad del pensamiento, especialmente en los conflictos éticos que comúnmente aparecen en la clínica, requiera en primer lugar del diálogo necesario y posible entre extraños morales conforme a una metodología; este tema fue motivo de importantes discusiones en los años setenta y dio origen a la proclamación de los Principios de la Bioética hoy reconocidos. Un segundo requisito, unido al anterior, es disponer de un marco moral común elemental, secular, racional y científico para la reflexión y el diálogo. Los Comités de Ética Asistencial, en su misión deliberativa y de consejo, responden a esta necesidad radical de la bioética moderna.

³³ "Código de Nüremberg": , Tribunal Internacional de Nüremberg, 1946

³⁴ "Declaración de Helsinki"; Asociación Médica Mundial, Helsinki, Junio 1964 y siguientes

³⁵ D Gracia Guillén: "Principios y metodología de la Bioética" Quadern CAPS/ Primavera 1993/ nº 19

- La tercera circunstancia, íntimamente unida a la anterior y decisiva en la relación clínica, será el reconocimiento general del enfermo como sujeto de derechos y libre en sus decisiones. La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente afirma: “*La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente*”³⁶. Este pensamiento terminará desterrando definitivamente la conciencia sanitaria yatrocéntrica, en la que el argumento técnico era el único valedor del bien y del mal, para dar paso a una conciencia antropocéntrica en la que el enfermo, sujeto de necesidades pero también de valores, es el referente principal de toda la actividad médica. Para Albert Jonsen “*Las preferencias del paciente basadas en la información, aceptando o rechazando un tratamiento indicado por el médico constituyen el núcleo ético y jurídico de la relación clínica*”³⁷. El reconocimiento de la centralidad del paciente y su papel decisivo en la relación clínica ha sido el principal impulsor de la bioética de los últimos treinta años. En la nueva conciencia se constituyen Comités de Ética Asistencial para la defensa de los derechos de los pacientes y Comités Éticos de Ensayos clínicos para su protección y se institucionaliza el consentimiento informado.
- El fuerte crecimiento del gasto en sanidad de los países europeos desde finales de los años 70 determinó la implantación del “Managed Care” o medicina gestionada que, proveniente de EEUU institucionalizó en España la comisión Abril Martorell de 1990. Los objetivos de la *managed care* son básicamente tres: Poner límite a las prestaciones sanitarias y frenar el aumento de la demanda de servicios; implantar criterios de eficiencia en la gestión para asegurar un mayor rendimiento de los recursos disponibles e implicar a los profesionales sanitarios en la gestión e los recursos. Este triple objetivo tiene su dificultad moral. Está claro que los médicos deben ser conscientes de los costes que originan sus tratamientos y deben colaborar en la contención del gasto sanitario pero mientras

³⁶ “Manual de Ética Médica”. Asociación Médica Mundial, Ed 2005

³⁷ A Jonsen, M Siegler, Winslade J: “Ética Clínica” Ed Ariel, 2005, pag 89

algunas de las acciones que desarrollan a este respecto son legítimas, otras pueden resultar dudosas moralmente³⁸.

- En las últimas décadas ha avanzado mucho la investigación en biología molecular y celular, especialmente en los procesos de crecimiento, diferenciación y desarrollo, y muerte celular. Sus conquistas y las posibilidades que aportan al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades han originado una crisis en el pensamiento médico tradicional personalista y su reconversión a otro netamente utilitarista que ha modificado sensiblemente la conciencia ética profesional y social sobre la dignidad de la persona y la inviolabilidad de la vida humana llegando algunos autores a considerar si este principio no debe exigir una mayor precisión³⁹. El anuncio el año 2004, que después se demostró fue una falsedad, de que unos investigadores coreanos habían completado la técnica de la clonación humana, impulsó un cambio en el status moral legal y legal del embrión humano. Ya diez años antes, en esta Real Academia, el Profesor Zamora Madaria, en su discurso de recepción planteaba algunas preguntas decisivas a las que debería hacer frente en un inmediato futuro la Medicina Interna⁴⁰
- Un hecho relevante en el desarrollo y en el horizonte de la bioética, lo fue con Raenselaer Potter y lo sigue siendo en la actualidad, es la incertidumbre del futuro. En la clínica común asoman numerosos problemas morales cada vez con más insistencia: los propios de las enfermedades crónicas e invalidantes que provocan conflictos en el final de la vida, la ética de los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, el uso racional y el acceso garantizado para todos a determinados recursos costosos, la futilidad de algunas intervenciones, la práctica del ensayo clínico sin perjuicio de la asistencia habitual

³⁸ E Pellegrino: “*El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía*” en Limitación de las Prestaciones Sanitarias., Fundación Ciencias de la Salud, 1997, pags 44-66

³⁹ “*Consideraciones sobre el embrión humano*”: Grupo Interdisciplinario en Bioética., Bioética & Debat 2009, vol 15, nº 57

⁴⁰ E. Zamora Madaria: “*¿Se debe autorizar la detección presintomática de una enfermedad sin que se disponga de un tratamiento eficaz para la misma? ¿Cómo amortiguar el impacto que puede originar en una persona el conocimiento de su información genética? ¿Quién debe tener acceso al informe genético de una persona y qué garantías deben existir para que los resultados de esas pruebas no puedan ser utilizados para su discriminación?*” “*Biología Molecular y Medicina Interna*”. Discurso de recepción como académico electo de la Real Academia de Medicina de Sevilla, Sevilla, 1994

y sin faltar a la equidad con los enfermos que decidan no participar en dichos tratamientos. Las relaciones de la industria con estas actividades, los nuevos fármacos y la investigación. El conflicto de intereses: asistencia, investigación, industria, administración... Los pacientes dependientes de máquinas o con decisivas servidumbres vitales.

- Pero hay más. Asistimos a una lenta y progresiva despenalización, en determinadas circunstancias, del aborto y la eutanasia, técnicas que han estado siempre castigadas y prohibidas en todos los códigos de ética médica. En nuestro país un proyecto de Ley permitirá, cuando entre en vigor, el aborto libre antes de la semana catorce de gestación. Hoy la muerte asistida es una actividad clínica aceptada y aplicada con normalidad en Holanda, Suiza o el estado de Oregón. Estas cuestiones de fuerte impacto en los medios de comunicación así como otras ya no tan lejanos como la clonación o el uso de embriones congelados han desbordado los dominios de esta disciplina y se han convertido en cuestiones sociales de cierta magnitud a lo que han contribuído multitud de factores de tipo cultural, económico, sociológico, político o religioso.

Necesidad y potencialidad de la bioética

Aun considerando el progreso como una conquista del esfuerzo y el trabajo con un alto poder humanizante, no podemos ignorar que el desarrollo de la ciencia y de los pueblos, si no se lleva a cabo prudentemente respetando el equilibrio y la jerarquía de valores que garantiza la armonía del bien y la justicia, puede dar lugar a efectos negativos y deshumanizadores alejados de lo que debe ser el objetivo principal de todas las ciencias. Pocos discuten el potencial beneficio de los avances genéticos con vistas a la posible erradicación de ciertas enfermedades hereditarias, el mejor conocimiento de las enfermedades más comunes como la diabetes, la hipertensión o la hipercolesterolemia familiar o la obtención de nuevas especies animales o vegetales que puedan ser útiles a la humanidad; pero se recela de otras potenciales aplicaciones como serían la clonación humana o la manipulación del material genético.

Ante esta realidad surge la necesidad de la bioética como actividad para la defensa de la seguridad del paciente y de sus derechos como promotora del diálogo plural y tolerante a la búsqueda de la verdad. La bioética es necesaria para garantizar la actitud de servicio al enfermo por encima de cualquier otro criterio; para la eliminación de las actitudes personales negativas que dificultan nuestra relación con los pacientes; para la creación de hábitos sanos de conducta en nuestro quehacer profesional; para la promoción de una asistencia integral al enfermo en todas sus necesidades sin olvidar nunca a su familia ni la salud y el riesgo de los profesionales; para la defensa y respeto de los valores de la persona humana; para la difusión y la exigencia de los derechos de los enfermos así como de sus deberes y los de sus familiares. Para garantizar la justicia sanitaria en una sociedad plural que ha de escoger entre diversas opciones de asistencia manteniendo su calidad y salvaguardando los avances conseguidos, principalmente la universalización de la asistencia, la equidad en su administración y la especial atención a los colectivos más frágiles y debilitados. Para proteger el bien de la vida y el uso correcto de la manipulación genética en la investigación y en la clínica. Y en las situaciones conflictivas que cada vez con más frecuencia y con mayor relevancia social y clínica surgen en el mundo de la salud, para abordar el análisis racional y ordenado de las mismas en la búsqueda de la luz y la verdad.⁴¹

Victoria Camps en un curso sobre problemas éticos de la relación clínica, llamaba la atención sobre el cambio de valores de la sociedad actual⁴², un cambio de valores que implica una nueva concepción de la Medicina y de la profesión médica. La situación actual es la consecuencia por encima de todo de una nueva conciencia moral social que ha provocado los cambios en el entorno social, el ejercicio profesional y en la política de salud. La hipótesis que intento demostrar con este discurso es que para alcanzar su bien interno la profesión médica debe desarrollar al máximo sus virtudes propias en el marco de la conciencia moral de cada tiempo. Esto sólo puede conseguirse por medio de una medicina con sólidos fundamentos y recursos éticos. La bioética moderna, poseedora de un patrimonio de valores y posibilidades muchas

⁴¹ A. Cotina., E Martínez: *“Ética”*. Ed Akal S.A. 1996, pag 167

⁴² Victoria Camps: *“Ética, Derecho y Responsabilidad Profesional”* En el Curso de Verano: “Problemas éticos de la Relación Clínica” Universidad Menéndez Pelayo, Santander, Julio 2001

aún por descubrir, puede proporcionarnos esos fundamentos y esos recursos imprescindibles para que el médico del futuro, una vez superada la incertidumbre de la encrucijada actual, pueda aspirar con confianza a la consecución del bien clínico como fin principal y último de su vocación y de su ejercicio profesional.

LA MEDICINA EN LA ENCRUCIJADA

*Ten gran empeño en que el enfermo
a tu cuidado no muera de
terapéutica ni por carencia de ella.*

En Medicina hay una verdad que no por conocida sabemos sabiamente valorar: la conciencia moral está sólo en parte modulada por los avances científicos y técnicos y fuertemente modulada por los cambios sociales. En la realidad mayor de la crisis de valores reconocida de nuestra sociedad puede inscribirse el desnivel ético científico de la medicina actual. Constituimos una sociedad cenital, un grupo humano consciente de haber superado las cotas más altas de la ciencia pero actuamos amenazados por densas nubes de incertidumbre. Nos consideramos la generación más civilizada, la primera en proclamar universalmente los derechos humanos que a diario seguimos conculcando los mismos que los sancionamos. Presumimos de haber alcanzado las mayores cotas de salud y bienestar hasta ahora conocidas y en esa realidad vivimos confiados en una parte del mundo mientras que, ignorados por nosotros, en la otra mueren diariamente de hambre millones de seres humanos. Alcanzamos el siglo XXI sin barreras físicas ni culturales; abolida la esclavitud defendemos la igualdad de todos los seres humanos, reconocemos los derechos de la mujer y la ciudadanía universal; nos consideramos los moradores de una aldea global moderna y confortable cuando en realidad se trata de una aldea deshumanizada, habitada por gente extraña y desconocida, ignorante de la palabra, la ternura y el gesto, ciudadanos con un pensamiento único que se mueve a la voz de los medios y de la moda, una aldea despersonalizada en la que cada día es más difícil establecer unas auténticas relaciones humanas. Los cambios y dificultades que vive actualmente la medicina no son en absoluto ajenos a esta conciencia moral social.

Tensiones científico- éticas de la Medicina actual

En el mundo de la salud actual se perciben síntomas y signos que expresan fuertes tensiones en el quehacer médico y en nuestro trabajo en la búsqueda de la verdad, en el sentido de la verdad misma y el fin de la Medicina, en el valor y el sentido del hombre al que nos debemos y sin el cual nuestra ciencia y nuestra profesión marcharán siempre a la deriva.

Desde el primer momento la Medicina fue una ciencia empírica basada en la experiencia del bien y el mal, al principio muy elemental e instintiva y en su memoria se fue gestando el primer tratado de Medicina, nunca escrito, que permitió a la humanidad preservar su salud y afrontar la común experiencia de la enfermedad; era esta una ciencia muy limitada y de escasas posibilidades y de ahí sus pobres resultados⁴³. La Medicina hipocrática sentó las bases racionales y morales de nuestra ciencia y su ejercicio hasta prácticamente el siglo pasado. El Renacimiento con sus importantes descubrimientos no modificó aparentemente la práctica de la Medicina pero nos dejó la herencia de un nuevo modelo de hombre y una nueva visión del universo, dos raíces del pensamiento de las que afloraría la conciencia racional, experimental y crítica del siglo XVIII⁴⁴.

Los sucesivos descubrimientos de los siglos XIX y XX multiplicaron exponencialmente las posibilidades de la ciencia y así irían sucesivamente emergiendo a cada vez mayor velocidad nuevos pensamientos y nuevas formas de practicar la Medicina conforme los nuevos conocimientos iban posibilitándola: el pensamiento anatomoclínico de Laennec, el método científico y la Medicina experimental, la bacteriología de Koch y Louis Pasteur, la teoría celular de Virchow, la molecular de Shale, la inmunopatología, la genética, la genómica...la práctica de la Medicina basada en el conocimiento tácito de la enfermedad, el empirismo que Kant denominó “*el camino real de la ciencia*” y el positivismo del llamado Círculo de Viena. Esta Medicina empírico-positivista se mueve en torno a los hechos observables abandonando definitivamente la experiencia conjetural y los postulados metafísicos y morales criticados por Claudio Bernard en su obra más conocida, “*Introducción al estudio de la Medicina Experimental*”⁴⁵.

La historia de los valores de la Medicina actual comienza con la Ilustración que universalizó la gestión del conocimiento y de la historia con un caudal de nuevos

⁴³ D Gracia: “*Medicina y cambio cultural. Salud y enfermedad en la historia*” en el libro “*Como arqueros al blanco*” Ed Tricastela, 2004, p 30 y ss

⁴⁴ M Sendrail: “*Historia cultural de la enfermedad*” Espasa Calpe, Madrid 1983

⁴⁵ “...cuando un fenómeno oscuro e inexplicable se presente en medicina, el lugar de decir: no lo sé, como todo científico debe hacer, los médicos acostumbran a decir: es la vida, sin querer comprender que no explican una cosa oscura mediante otra aún más oscura”. Claudio Bernard: “*Introducción al estudio de la medicina experimental*”. Barcelona, Círculo de Lectores, 1996 p 356 (Ed original de 1865)

derechos, libertad, igualdad... hasta entonces jamás considerados. Al coincidir en el tiempo con la eclosión de la ciencia moderna, el impresionante desarrollo científico y tecnológico demoró varios siglos el reconocimiento de los valores de la persona enferma y su importancia decisiva en la gestión de su salud y de su vida.

Las enfermedades no son sólo entidades biológicas. La enfermedad provoca un inesperado hiato vital, una sorpresiva hendidura en el camino de nuestra biografía. Separa la vida y la divide como un tajo afilado en un antes y un después, un proyecto y una dolorosa realidad. Por el fondo de esa hoz, profunda y escarpada, la enfermedad pasa como un río, una turbia corriente a veces rápida y tempestuosa, a veces lenta y callada pero siempre erosiva y demoledora. La imagen del río es la imagen de dos orillas radicalmente separadas: la orilla de la fenomenología de la enfermedad, la orilla de los hechos visibles y mensurables y la orilla de la experiencia. Cada orilla tiene un rostro y la medicina empírico- positivista sólo es capaz de descubrir el rostro patente de la enfermedad, los signos patológicos por los que se expresa, pero no nos sirve para reconocer el verdadero rostro del enfermo. Común a la medicina científica, intrínsecamente unida a ella, aunque siempre retrasada en el tiempo llegó la “Medicina Antropológica”, preocupada por las dimensiones personal y social de la enfermedad que eran estimadas de gran interés tanto para su mejor conocimiento como para su interpretación en la clínica. En un principio, la Medicina Antropológica fue sólo un medio para alcanzar la exactitud diagnóstica. A Freud le interesaban los aspectos emocionales y más íntimos de sus enfermos para analizarlos y extraer de ellos un cuerpo de teoría y un nuevo concepto de las enfermedades mentales. Con todo a la Medicina Antropológica le debemos dos aportaciones trascendentales: la dimensión total del sufrimiento humano y el reconocimiento de la potencialidad del hombre para originar su propia enfermedad desde cualquiera de sus dimensiones física, psíquica, espiritual y social. Su práctica, eso sí determinada por un pensamiento empírico positivista ha constituido el paradigma del quehacer clínico durante todo el siglo XX y hasta la actualidad.

“En los países de nuestro entorno la profesión medica se halla en una difícil situación como consecuencia del nuevo entorno social, el cambio de las condiciones de ejercicio profesional y el carácter intervencionista de las políticas gubernamentales

en el sector salud”. Con esta declaración comienza la presentación del libro “*El médico del futuro*”⁴⁶ editado por la Fundación Educación Médica y que es el fruto de un proyecto, tal vez el más importante llevado a cabo últimamente en nuestro país, diseñado con el fin de orientar el futuro de nuestra profesión. Objeto de recientes publicaciones⁴⁷ es considerado un texto de referencia que deberíamos leer los agentes sanitarios pero también los usuarios y los profesionales de los medios de comunicación. Un grupo de trabajo constituido por dieciséis expertos de toda España, entre los que se encuentran Arcadi Gual y Alberto Oriol - Bosch contestaron a tres preguntas: *¿Qué tipo de médico tenemos? ¿Qué tipo de médico queremos? ¿Cómo superar la brecha?*. Cinco residentes de Medicina de Familia actuaron como lectores críticos, todos coordinados por Helios Pardell. Conscientes de que el problema es importante y que nos afecta a todos, los autores elevan sus propuestas a los educadores de los profesionales sanitarios, a sus empleadores, a las asociaciones profesionales, al gobierno y a las administraciones públicas con recomendaciones sobre los cambios que deben llevarse a cabo en un futuro inmediato para el mejor desarrollo del sistema sanitario, médicos y demás profesionales en su propio beneficio y en el de la población

Si llegar a la rigurosidad del trabajo de Helios Pardell pero ayudado por sus consideraciones, desearía hacer una exposición, al menos somera, de la encrucijada médica en la que nos encontramos desarrollando en primer lugar sus antecedentes próximos, continuando con la descripción de sus principales síntomas y en último lugar reflexionando sobre los cambios que entre todos debemos afrontar por el bien de la medicina y con la mirada puesta en el médico del futuro.

Antecedentes próximos

*“El siglo XX ha sido un siglo de acelerado progreso científico y tecnológico que ha ido cambiando todo el entorno más rápidamente de lo que hemos sido capaces de internalizarlos”*⁴⁸ Uno de estos entornos sometido a permanentes cambios ha sido la medicina; aún con todo, la medicina del último tercio del siglo pasado, en España y

⁴⁶ H Pardell coordinador et al: “*El médico del futuro*”: enero 2009. Fund Educación Médica, disponible en URL: <http://www.educmed.net>. consultado 17/4/2010

⁴⁷ A Gual et al: “*El médico del futuro*” Medicina Clínica (Barc) 2010, 134(8) : 363-368

⁴⁸ A Oriol Bosch: II Congreso de la SEMDE, Bilbao, Octubre 2006

en el mundo, se caracteriza por un conjunto de rasgos comunes entre los que cabe destacar:

- Una nueva morbilidad ligada al estilo de vida: A los cambios en el estilo de vida en los países occidentales, se atribuye la “*transición epidemiológica*” que supuso el control de las enfermedades transmisibles, aún con la excepción del SIDA, y el auge posterior de las no transmisibles, especialmente las enfermedades cardiovasculares que, tras el cáncer, constituyen hoy la principal causa de mortalidad en los países desarrollados⁴⁹. Estos cambios en el estilo de vida incluyen una compleja fenomenología que abarca desde los hábitos alimenticios a los ideales, desde el concepto de salud y enfermedad al estrés y son expresión de una cultura, la cultura postmoderna, que aun reconocida en sus hechos como una conquista de nuestra generación, si advertimos la fragilidad y la volatilidad de sus valores nos sentimos recelosos y llegamos a calificarla como un avance más que cuestionable; una peligrosa herencia, que tenemos el deber de manejar con prudencia y de enriquecer moralmente con vistas a las generaciones futuras.
- Una nueva demografía determinada por los cambios en la morbilidad. Al incremento de la esperanza de vida asociado especialmente a la disminución de la mortalidad infantil y neonatal, junto con los poderosos avances de la medicina, se les considera responsables del envejecimiento de la población actual. Aunque el anciano haya evolucionado hacia una mayor independencia esta nueva realidad demográfica supone un alto coste sanitario y social como afirmaba el profesor Martínez Manzanares en su discurso de recepción académica: “*Meditaciones en torno al Envejecimiento*”⁵⁰. Hoy la denominación de viejo implica una visión negativa y en las sociedades occidentales aflora el “*ageísmo*” como una nueva forma de marginación hasta ahora desconocida. Por el ageísmo los ancianos son considerados subproductos de la sociedad de consumo y una carga económica,

⁴⁹ Write A. Prólogo de “*Cardiopatía Preventiva*”. Monografías clínicas en Cardiología. Ed Doyma, Barcelona, 1990.

⁵⁰ C Martínez Manzanares: “.. *Hay ancianos capacitados para todo tipo de actividad mientras que otros, para mantener una vida digna, necesitan el apoyo de familiares, amigos, vecinos u organizaciones sociales... Bajo el punto de vista psicosocial el anciano ha evolucionado como persona independiente y no podemos encuadrar a todos en el mismo epígrafe...*” “*Meditaciones en torno al envejecimiento*” discurso leído ante la Real Academia de Medicina de Sevilla para la recepción de académico electo, Sevilla 1999

sanitaria y familiar⁵¹ que, en una conciencia puramente materialista, pone a prueba la sostenibilidad del sistema sanitario. En su realidad moral el envejecimiento natural lo que pone a prueba es nuestra condición solidaria, la consistencia de nuestras familias y la calidad humana de nuestra sociedad.

- Una globalización social, cultural y económica que ha repercutido sensiblemente en el mundo de la salud y la enfermedad. Los poderosos avances científicos que han dotado a la medicina del mayor arsenal diagnóstico y terapéutico hasta ahora conocido han aumentado espectacularmente las expectativas de nuestra ciencia y han modificado el concepto de salud entendida en muchos casos como un bien de consumo o un producto de mercado. A esta realidad han contribuido decisivamente los medios de comunicación social que hoy permiten un acceso rápido, fácil y universal a los contenidos de la ciencia pero sin poder garantizar en todos los casos la verdad de los mismos por lo que estos medios resultan útiles aunque insuficientes y en ocasiones hasta inadecuados para salvar el obligado escollo de la incertidumbre.
- Una práctica de la Medicina basada en el conocimiento tácito de la enfermedad. Tres hechos marcan la práctica de la Medicina en este siglo:

En primer lugar el modelo occidental de actuación y formación del médico inspirado en la escuela médica de la John Hopkins University con su lema “*Aprender haciendo*”, que modificaba los viejos métodos didácticos, en el informe Flexner publicado a principios del siglo XX⁵² y sobre todo en las enseñanzas de William Osler⁵³. El “*paradigma fisiopatológico osleriano*” constituye el modelo de actuación del médico actual⁵⁴. Formado según la mejor educación de los mejores

⁵¹ J García Férrez: “*Bioética y personas mayores*”. Madrid, Portal Mayores. Informes Portal Mayores nº 4., 31.03.2003. en www.imsersomayores.csic.es/documentos, fecha de acceso 12 de Marzo 2010

⁵² A. Flexner: *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910

⁵³ “*En lo que puede llamarse método natural de enseñanza, el estudiante comienza con paciente, continúa con el paciente y termina sus estudios con el paciente, utilizando libros y clases como herramientas, como medios para un fin... Enseñadle como observar, ofrécedle gran cantidad de hechos para observar y las lecciones saldrán de los hechos mismos*”. Citado por Hinohara S., Niki H en “*Sir William Osler. Un estilo de vida y otros discursos*”, cap 15: “El Hospital como Facultad”. 2007, Fundación Lilly. Union Editorial S.A. 2ª Reimpresión 2010

⁵⁴ ME Silverman, TJ Murria, CS Bryan Ed: *The quotable Osler*. Philadelphia: American College of Physicians; 2003

centros universitarios, experto en su especialidad que domina con rigor y eficacia, hábil técnico, vocacionado, responsable y ejerciendo la medicina con dedicación y entusiasmo. Su principal virtud radica en la identificación de entidades nosológicas definidas y en su mejor formación científica, en el razonamiento lo más perfecto posible sobre los hechos y los fenómenos que constituyen el sustrato de la salud y de la enfermedad aunque por el contrario desconsiderando o no abordando, tal vez por su difícil interpretación, el mundo de los valores. El Bien Clínico se ha identificado prácticamente durante todo el siglo XX con esta interpretación de la Medicina para la cual el mejor médico era el que demostraba mayor saber y pericia en su quehacer profesional y no quien se expresase con mayor calor o ternura con su paciente.

Para Osler “*La buena práctica clínica siempre es una mezcla del arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad*”. Este pensamiento ilustra sobre la segunda circunstancia que marca la práctica de la medicina en los últimos años del siglo XX y define el movimiento de la “*Medicina basada en la evidencia*” la cual propone como guía más segura de actuación la verdad probada entendiendo como tal la que proporciona el mejor y más completo conocimiento científico y técnico obtenido fundamentalmente de los datos objetivos, la información dura, relegando la información blanda procedente de la narrativa del paciente. La “*Medicina basada en las pruebas*” utiliza las pruebas disponibles en la literatura médica internacional para orientar racionalmente la decisión clínica. Su contribución a la calidad asistencial ha resultado indudablemente positiva al ofrecer protocolos y guías de actuación elaboradas con rigor científico y exquisito cálculo de probabilidades pero que resultan insuficientes para dar respuesta a las necesidades personales de los enfermos y sus expectativas. Los médicos necesitamos una información clara y objetiva basada en la experiencias randomizadas, estudios observacionales y multicéntricos y metaanálisis pero las decisiones acerca del diagnóstico y el tratamiento contienen un fuerte componente subjetivo relacionado con otros aspectos no tan objetivamente mensurables como la dimensión psicológica de la relación médico- paciente⁵⁵

La tercera circunstancia que ha marcado la práctica de la medicina en los

⁵⁵ R Nunes: “*Evidence- Based Medicine: A new tool for resource allocation?*”. *Medicine, Health Care and Phylosophy* 6: 2003, 297-301

últimos años centrándola aún más si cabe en el conocimiento de la enfermedad es el desarrollo tecnológico inapelable que ha modificado el escenario de la medicina con hospitales supertecnificados y su práctica apoyada decididamente en los recursos de más alta resolución. La técnica ha reformado el abordaje de la enfermedad por parte de la medicina y ha desvirtuado la relación médico–enfermo. Receloso de la experiencia, cuando no quemado, y deslumbrado por el progreso, el paciente cada vez confía menos en la palabra del médico y más en las posibilidades de la técnica. Se acusa a la medicina tecnificada de ser fría, inhumana y adictiva, de avanzar más allá de sus límites ⁵⁶

La técnica es en realidad un arma de dos filos. Sus recursos pueden revelar que una persona está muy enferma aunque no tenga experiencia ni síntoma de enfermedad. Puede diagnosticar enfermedades genéticas que se expresarán pasado un tiempo no conocido y con una expresión patológica aún por determinar. La tecnología genera cambios determinativos del quehacer médico y de las expectativas de salud en el futuro con descubrimientos cuyas consecuencias no estamos seguros de poder controlar.

Terminando de redactar este discurso nos llegó la noticia de que los científicos del Instituto J. Craig Venter, que ya habían creado el genoma sintético de una bacteria, han logrado trasplantarlo a otra y producir lo que dicen es la primera célula artificial; una célula "programada" por su cromosoma sintético que comenzó a replicarse y a producir una nueva serie de proteínas y bacterias artificiales que podrían servir para producir energía, nuevas vacunas o para luchar contra el cambio climático⁵⁷. Ante esta noticia el Dr Julian Savulescu, director del Centro Uehiro de Ética Práctica de Oxford ha manifestado: *“Esto es potencialmente tan poderoso que tenemos que pensar cómo vamos a obtener los beneficios antes de exponernos ante ese riesgo. Si esta investigación va en una dirección, el doctor Venter puede obtener el premio Nobel, pero si va en otra, no habrá premios Nobel, porque no habrá gente para darlos”*⁵⁸.

- El objetivo del bienestar y el desconocimiento del límite: El paradigma fáctico-

⁵⁶ S Fredriksen: *“Instrumental colonisation in modern medicine”*. Medicine, Health and Philosophy 6: 287-296, 2003

⁵⁷ www.elpais.com/articulo/sociedad/ acceso 20 de Mayo de 2010

⁵⁸ www.bbc.co.uk/mundo. acceso 22 de Mayo de 2010

positivista ha contribuido decisivamente a la instauración y el mantenimiento de la sociedad del bienestar. La sociedad del welfare, en parte fruto de este pensamiento, define la salud en términos distintos a cualquier época anterior. La salud se entiende ahora como un estado de perfecto bienestar físico, mental y social cuyo consumo puede incrementarse de manera indefinida.

Son contravalores reconocidos de la Medicina fáctico-positivista y de la Medicina del bienestar que afectan de manera negativa en primer lugar a los enfermos pero también a nuestro ser y a nuestro quehacer profesional: la pérdida del legado humanista de la Medicina, la consideración de la salud como un producto, la consideración de la Medicina como una industria, la consideración de la asistencia en términos estrictos de consumo, la escasez de los recursos sociosanitarios que afectan principalmente a los más débiles y la cada vez mayor desigualdad sanitaria entre los países más pobres y los más ricos de forma que la Medicina actual, reconocida generadora de posibilidades humanas positivas, a quienes más se las aportan es a quienes menos las necesitan.

Síntomas y signos

Un breve y superficial análisis semiológico descubre en la Medicina actual los siguientes síntomas y signos preocupantes:

- Los cambios en la morbilidad dominada por los pacientes ancianos y pluripatológicos y las nuevas formas de enfermar entre las que destaca la prevalencia de los enfermos crónicos y con síntomas avanzados junto con las desigualdades que genera un modelo sanitario incapaz de garantizar la equidad y la atención universal de los pacientes han dado lugar a bolsas de vacío asistenciales especialmente en los colectivos más desfavorecidos así como a un aumento creciente de los problemas sociosanitarios⁵⁹. Esto ha impulsado la denominada Ley de Dependencia cuyos efectos positivos y liberadores aún no se alcanzan a vislumbrar.

⁵⁹ D Gracia y cols: “*El mundo de la salud y de la enfermedad a examen*” Ponencia 1ª del Congreso Iglesia y Salud. CEE, Dpto de Pastoral de la Salud. 1995, p 97

- El objetivo de bienestar como fin de la Medicina y de la salud como un producto a garantizar por los servicios sanitarios unidos al progreso de la ciencia y de la técnica han originado por un lado un espejismo de posibilidades no siempre contempladas con prudencia y un poder real sobre la vida humana cuyo uso correcto no siempre estamos en condiciones de asegurar. Pero es más, en el aparentemente absoluto desconocimiento del límite propio de la sociedad del bienestar hemos llegado a pensar que podemos incluso vencer a la muerte, la medicina científica, dice D. Callahan, le ha declarado la guerra a la muerte generando con ello un gran número de problemas especialmente dolorosos en la asistencia a pacientes al final de la vida⁶⁰.
- La medicina científica y biologicista al tiempo que ha enriquecido su potencial con nuevos y potentes recursos sanitarios ha demostrado su dificultad para aceptar lo inevitable, su confianza ilimitada en la técnica, su fácil obstinación terapéutica, su común desconsideración de los deseos de los pacientes y su constante olvido del deber de cuidado. Y esto sólo es una parte, tal vez la más visible, del gran iceberg de la deshumanización.
- La deshumanización de la práctica clínica, lo que Giacomo Perico describía como "*la enfermedad del sistema sanitario*"⁶¹, se manifiesta en una relación exclusivamente científico- técnica entre el médico y el enfermo, en una relación burocrática e impersonal, ausente de calor humano, en la incomunicación, en la centralización de las instituciones y del personal sanitario en "hospitales sin alma" agobiados por la eficiencia, en la burocracia excesiva y la confrontación de intereses congregados de tipo administrativo, comercial y profesional, en la pérdida del rol tradicional del médico que ha sido sustituido por la especialización y la técnica.⁶² A esto se le añade la cruel realidad del olvido del enfermo como persona; el establecimiento de una relación exclusivamente funcional; la prioridad de los aspectos técnicos y administrativos y las dificultades derivadas de unos recursos

⁶⁰ D Callahan: "*El problemático suelo de la vida: en busca de una muerte tranquila*" en: *Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*. Fund Ciencias de la Salud. Ed Doce Calles, Madrid 1996

⁶¹ G Perico: "*Problema di Ética sanitaria*" Ed Ancora, Milano, 1992, pag 43

⁶² J. Gafo: "*Humanización. Bioética y humanización e la medicina*", en el libro "10 palabras clave en Bioética. E. D. V. 1994 pag 31

económicos deficientes y el mal manejo de los mismos.

- La cultura del consumo sin conocimiento del límite, la revolución de las comunicaciones y la globalización han generado la “trampa del progreso” de la medicina actual. En la seguridad el poder de nuestra técnica y en nuestro afán desmedido hemos llegado a pensar que con recursos suficientes y con tecnología adecuada se puede superar cualquier enfermedad. Este pensamiento es costoso y arriesgado porque provoca una espiral de desarrollo acelerado, una cada vez mayor demanda de servicios sanitarios y un sesgo hacia la curación en detrimento del cuidado con una progresiva escasez de recursos y una profunda crisis ética.
- La consideración de lo personal en la relación con el paciente, la secularización universal de la ética, el reconocimiento de la pluralidad y la necesidad del consenso y la deliberación moral en la toma de decisiones en la cabecera del enfermo ha provocado cambios decisivos en la relación clínica tanto en los profesionales no habituados a consultar sus decisiones con los pacientes, como en los enfermos. La confianza mutua se ha resentido y la implantación universal de los documentos de consentimiento informado sin una preparación previa ha demostrado con creces su ineficacia⁶³. Sólo la amistad y la empatía, la comunicación y el diálogo abierto entre médico y paciente garantizan el bien clínico.
- Al médico, además de un buen clínico al lado de un enfermo que es lo que siempre constituyó su rol tradicional, se le exige ahora que sea un meticuloso cumplidor de normas y decretos que no siempre entiende ni conoce en su total contenido o sobre los que en grados extremos puede llegar a objetar en conciencia, que sea un experto en un mar de conocimientos marcados por la incertidumbre y un gestor de una economía sanitaria que amenaza en hacerse insostenible y en la que el profesional no siempre está en condiciones de asumir la doble lealtad de promover, cuidar y restaurar, si es posible, un bien intrínseco y tan personal como es la salud, gestionando al mismo tiempo un bien instrumental como son los recursos

⁶³ M del A del Trigo Espinosa: *“Valoración del Documento del Consentimiento Informado. Su influencia en la Relación Clínica y en la Ansiedad del Paciente”* Tesis Doctoral. Facultad de Medicina de Sevilla, Departamento de Medicina, 1998

sanitarios⁶⁴

- Contemplándose en este espejo el médico puede sentirse en muchos casos extraño y desarraigado. Con la socialización de la medicina, los profesionales - tradicionalmente libre en su ejercicio- han sufrido el impacto de los movimientos culturales, económicos y técnicos y asiste ahora a cambios sustanciales en el sentido de su vocación que no siempre son bien asumidos⁶⁵. El “*burn out*” profesional, según ciertos autores, iría unido a una cierta desmotivación profesional que afectaría especialmente en los médicos con más años de ejercicio profesional⁶⁶

¿Qué hay que cambiar?

- Cambios en el pensamiento médico

Para alcanzar lo que por su bien propio la Medicina está llamada a ser, virtud y ciencia generadoras de posibilidades humanas positivas, se requieren tanto un alto nivel científico como un bien dotado acervo de valores. Siempre se dijo de la Medicina que es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades; en la desproporción entre ambos patrimonios la mayoría de los autores modernos ven la principal razón de la crisis de la medicina actual.

En un artículo reciente titulado “*La seducción de la Medicina*” el profesor Diego Gracia se pregunta “*¿Cuál es el atractivo de esta carrera? ¿Cómo se entiende su alta nota de acceso cuando es reconocido que los médicos de este país ganan poco, trabajan mucho, tienen que sacrificar días festivos y horas de asueto haciendo guardias, todo después de seis años de carrera más cuatro de residencia, es decir, tras consumir el tiempo de formación de dos carreras universitarias?*”⁶⁷. En la opinión del maestro es la técnica lo que seduce a nuestros jóvenes y los impulsa a estudiar Medicina; la ciencia que sigue teniendo un alto poder social y alienta la utopía de un mundo feliz que tanto seduce a la juventud. Pero algo debe

⁶⁴ “*Ética de los incentivos a profesionales sanitarios*”: Guías de ética en la práctica médica. Fundación de Ciencias de la Salud, 2009, pp 12-13

⁶⁵ Danesi M., Mariani F: “*La síndrome del burnout*” fra gli operatori del servizi per le tossicodependenze” en AAVV. “L’operatore cortocircuito. Strumenti per la rivelazione del burnout fra gli operatori sociali italiani” Milano, Clup, 1987, pp 111-124

⁶⁶ JC Bermejo: “*El desgaste en los profesionales de la salud. Estrés y burn out*”. LH, 4, 2004, 49-65

⁶⁷ D Gracia Guillén: “*La seducción de la medicina*” en Bioética Complutense, nº 1. Dic 2009, pag 3

cambiar a lo largo de la vida porque esta ilusión por la ciencia de los aspirantes y los médicos más jóvenes, este fuerte atractivo de la Medicina va a ir poco a poco disolviéndose en la niebla de una carrera profesional desalentadora y desde hace unas décadas es común detectar en los médicos, hacia la mitad de su carrera, una crisis que los expertos tradicionales atribuirían a una “neurosis de la madurez” pero que hoy nadie dudaría en denominar “*Síndrome de desgaste profesional*”. La ilusión por la técnica de la juventud va a dar paso con el tiempo y la experiencia a una especial sensibilidad por lo valores y esto va a cambiar radicalmente el sentido vocacional de los médicos más maduros.

La medicina basada en los hechos, como la medicina del deseo que responde también a una visión estrictamente fáctico-positivista de la relación clínica, conlleva el riesgo del abuso de los recursos diagnósticos y terapéuticos lo que es siempre una mala práctica, en contra de las normas más elementales de justicia sanitaria. El paradigma fisiopatológico- osleriano que supuso un avance decisivo en el conocimiento de la enfermedad y el enfermar, requiere en todos los casos una visión fiel y positiva de la naturaleza humana, no exclusivamente biologicista, reduccionista ni despersonalizada ni fracturada. La medicina críptica, encerrada en el monoteísmo del conocimiento, guardada por médicos celosos cuidadores de la ciencia reconocida como bien supremo, paternalistas, dotados de impunidad debe de dar paso a la medicina subordinada a los valores y criterios de los pacientes.

La pérdida de los referentes antropológicos esenciales, el hombre y la mujer como sujetos de deseo, como seres sociales, seres en el mundo y en el tiempo, seres para la verdad y para el misterio, para la alegría y para el sufrimiento, para la vida y para la muerte, la pérdida o el desprecio de estas realidades, por sí mismos conducen a la deshumanización. Entre las principales tareas que tenemos encomendadas los médicos está la humanización de una medicina supertecnificada; preocuparnos tanto o más por la afectividad en nuestra relación con el enfermo que por la efectividad⁶⁸

- Cambios en la ciencia y la aproximación a la verdad.

⁶⁸ Novell AJ: “*Medicina basada en la afectividad*” Med Clin (Barc) 1999: 113; 173-5

La Medicina basada en la evidencia tampoco garantiza la verdad, sencillamente nos aproxima a ella dándonos a elegir los mejores resultados posibles entre las diversas opciones. En la salud y en la enfermedad influyen muchos factores que la ciencia no siempre es capaz de analizar. Influyen decisivamente las emociones, las expectativas y los valores, los de los profesionales y sobre todo los de los pacientes, intangibles para una racionalidad científica y determinista y a los que sólo podemos acceder por medio de una actitud crítica que nos permita movernos con relativa seguridad entre la ambigüedad y la incertidumbre. Parece demostrado que hasta un tercio de los hechos que relatan los pacientes no se corresponden con entidades nosológicas definidas⁶⁹.

Sin desprestigiar la verdad científica, es más exigiéndola en todos los casos, el médico debe saber moverse en el mundo de los valores que sustentan el sentido de la salud y de la vida y los verdaderos deseos de los pacientes. Por muy completa que resulte una historia clínica o por más alto rigor que posean nuestras evidencias siempre estaremos en el riesgo de encontrarnos con supuestos no contemplados que conllevan decisiones conflictivas o difíciles de tomar si no conocemos los valores del enfermo. En muchos países europeos y en los EEUU el nuevo paradigma de la práctica médica propone complementar la mejor evidencia científica obtenida por la investigación sistematizada con la experiencia clínica y los valores de los pacientes⁷⁰. En todos los casos el médico debe huir de la utilización exclusiva de la información dura que proporciona el método científico y sacar provecho de la información blanda obtenida por el diálogo y la comunicación con el paciente pero esto exige cambios en la en la relación clínica y en la práctica de la Medicina.

- Cambios en la relación médico enfermo.

Las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico, basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo siempre que sea posible a la voluntad expresada por el paciente y a sus preferencias explícitas sobre calidad de vida y los resultados esperables de las

⁶⁹ Hatcher S, Arroll B: “*Assessment and management of medically unexplained symptoms*”, BMJ, 2008; 336, 1124-8

⁷⁰ Sackett D et al: “*Evidence based Medicine*”. London., Churchill Livingstone. 2000

intervenciones⁷¹. Según un estudio norteamericano, los pacientes prefieren a un médico que les sepa escuchar, que responda a sus preguntas y a sus dudas, y que les haga sentirse cómodos en la consulta. Escuchar al paciente es clave para ganar su confianza⁷². El enfermo debe de tener más información y conocimiento acerca de sus derechos y esta ha de ser facilitada por los profesionales de la salud. Debemos promover unas relaciones clínicas y un sistema sanitario centrado en el paciente el cual debe participar activamente en las decisiones que afectan a su salud.

- Cambios en la profesionalidad. La búsqueda del Bien Clínico basado en la excelencia

Para algunos pensadores actuales la solución más adecuada para nuestro mundo sanitario requiere un compromiso compartido para mejorar la calidad de nuestro quehacer como profesionales orientados hacia la excelencia. El presente y el futuro de la Medicina dependen de nuestra capacidad para seguir manteniendo el más alto nivel científico y técnico al servicio de la salud y para recuperar todos nuestros roles sanadores. La función del médico no es solo curar, también es prevenir y aconsejar y educar y rehabilitar. Asistir es estar al lado de, cuidar, acompañar, ayudar, consolar a quienes lo requieran respetando su libertad .

*“Humanizar la salud es convertirla en una tarea de personas, no de burócratas ni de trabajadores de centro de salud o de hospital..... Es trabajar, hacer una tarea propia de gente con dignidad y valores”*⁷³ El futuro de nuestra profesión depende de nuestra capacidad para adaptar la profesión sanitaria a las nuevas condiciones de nuestro tiempo y para desarrollar una nueva axiología en nuestra conciencia profesional que establezca la prioridad del hombre y su salud por encima de todos los demás valores a los que servimos. Sin renunciar un ápice al bien de la salud entendido como bienestar físico, psíquico y social, debemos avanzar entre todos hasta la consolidación de un modelo de salud personal y universal que armonice la relación del hombre con la vida en todas sus circunstancias y esté al servicio de los más desfavorecidos. Y para este fin tenemos que reconocer el supremo valor del hombre, su

⁷¹ *Decálogo de los Pacientes*. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, Mayo 2003.

⁷² *The Journal of Family Practice* 2001; 50: 323-328

⁷³ *Humanizar*. nº62, pag 20, Mayo-Junio 2002

dignidad, su libertad, su trascendencia en cualquier situación de salud y de enfermedad. El derecho que tiene a vivir su vida incluso en el dolor sin expropiársela con nuestra técnica. El hombre, ese es el lema que debemos escribir en lo más alto de las puertas de nuestros hospitales y centro de salud, de nuestras Facultades y Escuelas universitarias. Acercaos, cuidad, curad al hombre y despreciad todo lo demás. El hombre por encima de nuestra técnica y de nuestra ciencia, por encima de nuestro prestigio y nuestros problemas, por encima incluso de nuestras reivindicaciones.

A LA BÚSQUEDA DEL BIEN CLÍNICO. APORTACIONES DE LA BIOÉTICA

*No te envanezcas de tu sabiduría,
lo que en este mundo es sabido lo
sabemos entre todos*

Como ya hemos comentado la ética médica surgió en la cabecera del enfermo y para llegar a sus orígenes deberíamos remontarnos a los albores de la medicina pero tal como hoy la contemplamos, la bioética nace en los Estados Unidos “...ante la necesidad apremiante de encontrar respuestas satisfactorias a los problemas planteados por los progresos biomédicos y tecnológicos”⁷⁴. Entre los interpelados por aquellas dudas e indecisiones estaban los médicos de las primeras unidades de Cuidados Intensivos que, maravillados por los progresos médicos, se preguntaban donde situar el límite de la recuperación y la asistencia de pacientes con traumatismos craneoencefálicos con mínima calidad de vida; o los nefrólogos de Seattle que en el deber de asistir a pacientes renales avanzados y en el conflicto de distribuir los escasos recursos disponibles reconocían que su formación científico-técnica no era suficiente criterio para seleccionar a los pacientes que debían ser atendidos. Son los primeros años de la contracepción hormonal y de los primeros ensayos clínicos con pacientes informadas; los años en los que, ante situaciones nunca antes contempladas, resurge ética médica con un primer objetivo que es redescubrirse a sí misma y afrontar su fin último para, con un nombre nuevo, un nuevo lenguaje, un nuevo método, afrontar un futuro desconocido; para, en definitiva, crear una nueva ciencia con infinitas posibilidades.

La bioética nació para la protección de los pacientes.

La bioética moderna surge con una orientación eminentemente práctica en respuesta a una serie de los diferentes problemas morales que ha ido suscitando el quehacer médico siendo el primero de ellos históricamente y el más importante la protección del paciente. Al menos que se sepa desde el siglo IV que fue cuando se cree fue compuesto el Juramento Hipocrático, los médicos hemos tratado siempre de proteger a nuestros enfermos del uso inadecuado o imprudente de nuestra ciencia. El Código de Etica Médica de Sir Thomas Percival en 1803 está orientado básicamente

⁷⁴ F Abel: “*Bioética: orígenes, presente y futuro*” Ed MAPFRE Medicina, 2001, pag 1

en ese sentido⁷⁵.

La misión preventiva o protectora de la bioética constituía el núcleo de la tradición hipocrática, especialmente su principio fundamental, “*primum non nocere*” con un doble sentido: “*Del daño y de la injusticia me preservaré*”. Este principio ha sido durante siglos el argumento moral principal del paternalismo histórico para el cual el paciente, en situación de mayor fragilidad, era un sujeto pasivo sometido a una medicina sin más garantías que la autoridad total del médico y sigue teniendo vigencia en la actualidad. Los profundos cambios en la asistencia sanitaria no han hecho sino potenciar esta consideración preventiva o protectora de la bioética que continúa siendo prioritaria e incluso se ha visto obligada a ampliar su campo de actuación en el contexto de una medicina supertecnificada y deshumanizada que supone para el paciente un alto riesgo tanto físico como moral.

El Código de Nuremberg es la primera guía ética internacional sobre la experimentación con seres humanos⁷⁶ e históricamente la más importante. Constituyó la respuesta de la comunidad internacional a los crímenes de los científicos nazis en los campos de concentración de Alemania durante la segunda guerra mundial. El documento fue supervisado en 1964 por la OMS en la Declaración de Helsinki y posteriormente hasta en 5 cinco ocasiones, la última en el año 2008⁷⁷

La función protectora de la bioética no ha quedado relegada con el reconocimiento de los derechos de los pacientes a ser consultados sobre toda intervención que afecte a su salud y a su vida. Al contrario. Por un lado el avance del progreso científico y de la técnica ha puesto en nuestras manos un arsenal diagnóstico y terapéutico, incluidos los fármacos, mucho más potente pero también más agresivo y de mayor riesgo potencial para el enfermo. Por otro lado, el reconocimiento de los valores del paciente y su integración en el acto médico, abre un frente nuevo de

⁷⁵ T. Percival: “*Percival Medical Ethics*”, Manchester Inglaterra 1603. Citado por T. L. Beauchamp y L. B. Mc Cullough en “*Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*” Ed Labor, Barcelona 1987, pag 6

⁷⁶ A.R. Jonsen, R.M. Veatch & L.R. Walters: “*Source Book in Bioethics: A Documentary History*” Washington, DC. Georgetown University Press. 1998

⁷⁷ WMA, Declaration of Helsinki. 2008

posibilidades de daño y un campo de acción específico para la bioética.

Hoy se reconoce la bioética, particularmente los Comités de Ética Sanitaria y de Investigación, como un recurso de alto valor entre los dispositivos de seguridad del paciente tanto en la experimentación con humanos, en los ensayos clínicos y el uso compasivo de los medicamentos, como en la asistencia sanitaria⁷⁸. Un ejemplo de lo anteriormente expuesto es el listado de más de 1100 leyes, normas y guías de actuación aplicables a la investigación con seres humanos correspondientes a los comités éticos y a las sociedades científicas de 93 países recientemente publicado ⁷⁹.

La bioética es hacerse preguntas

Bruno Forte comienza su libro “*A la escucha del otro*” con un pensamiento de Santo Tomás de Aquino⁸⁰ que le da pie a la siguiente sentencia: “*El ejercicio que enriquece el pensamiento consiste mucho más en formular preguntas que en dar respuestas que infundan seguridad*”⁸¹. La seguridad no es siempre garantía de la verdad. Para Sócrates, la pregunta era la forma suprema del saber, el problema es que, como decía Kierkegaard “*la destreza del dudar no se adquiere en días o en semanas*” ⁸²

Los médicos nos solemos mostrar más ágiles moviéndonos por los laberintos del saber que en la destreza del dudar. Uno de los síntomas principales de nuestra insuficiente destreza en el dudar es la irreflexión ética, un serio inconveniente que ya en los primeros trabajos de la Comisión Promotora de Ética Sanitaria en el hospital Virgen Macarena tuvimos ocasión de comprobar y que la mayor implantación de la ética en la clínica, aparentemente no logra superar pues persiste con los años como

⁷⁸ A Rabadán Asensio: “*Ética Asistencial y seguridad de los pacientes*”. XI Congreso de AEGRIS, Ronda, 2008

⁷⁹ “*Compilation of Human Research Protections*”, 2009 ed: Office for Human Research protections. U.S Department of Health and Human Services International.

⁸⁰ “*Si el maestro resuelve la cuestión con simples argumentos de autoridad, entonces aquel que le escuche se sentirá seguro de que las cosas son así, pero no logrará obtener ningún conocimiento ni comprenderá el tema, sino que se irá de vacío*”. Tomás de Aquino, Quol.IV, a 18

⁸¹ Bruno Forte: “*A la escucha del otro*” Ed Sígueme, Salamanca, 2005, pag 9

⁸² Citado por JL Puerta en la introducción al libro “*Introducción a la filosofía de la medicina*” Ed Tricastela, Madrid 2002, pag 21

tuvimos ocasión de comprobar en un trabajo sobre los reparos éticos de los médicos en el uso de morfínicos⁸³.

La perplejidad ética afecta muy especialmente al ámbito de los valores. Los médicos excepcionalmente nos cuestionamos los valores de nuestros pacientes. Por la ética aprendemos los clínicos a reconocer y adquirimos el hábito de considerar los valores de los pacientes más allá de sus circunstancias físicas. La bioética nos inquiere, nos pregunta sobre conflictos que jamás antes nos habíamos cuestionado

El lenguaje de la bioética es el diálogo

En el año 1971 Van Rensselaer Potter, investigador del Wisconsin Medical School y presidente de la American Association for Cancer Research, utiliza por primera vez el término bioética en su libro: *Bioethics: Bridge to the Future*⁸⁴. Para este autor la bioética se revela como una nueva disciplina que viene a contribuir al futuro de la especie humana tendiendo un puente entre dos culturas, la de la ciencia y la de las humanidades, que hasta ese momento parecían incapaces de comunicarse. Potter, oncólogo y doctor en bioquímica, descubre en la bioética un potencial humanizador hasta entonces desconocido, impulsor y facilitador del diálogo entre la ciencia y la cultura por una mejor calidad de vida. Entre los compromisos de su credo bioético personal destaca el de “...trabajar para eliminar el sufrimiento inútil de la humanidad”⁸⁵

También el año 1971, según la orientación y el modelo de André Helleger, especialista en Ginecología y Obstetricia, se inauguró el primer Instituto Universitario de Bioética en Georgetown: el *Kennedy Institute for Study of Human reproduction and Bioethics*. Helleger fue un impulsor del diálogo bioético en todos los aspectos, clínicos y éticos, sociales, filosóficos y teológicos, económicos y demográficos y un convencido de que los nuevos problemas requerían respuestas nuevas. Concibió el Instituto como un ámbito de encuentro de humanistas y

⁸³ T Holgado Carranza: “*La Bioética en el manejo terapéutico con opiáceos del dolor total*”. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla., Departamento de Medicina., 2006

⁸⁴ Potter V. R., *Bioethics: Bridge to the Future*, New Jersey Prentice Hall; 1971

⁸⁵ Ibidem: “*A bioethical Creed for Individuals*” en *Bioethics: Bridge to the Future*

científicos y lo dotó de una específica metodología de trabajo. Pertenecen o han pertenecido al Instituto investigadores como Jacques Monod, filósofos y maestros de ética médica como Edmund Pellegrino, Tristram Engelhardt, Tom Beauchamp y James Childress. Beauchamp y Childress son los autores del texto de bioética más universalmente reconocido: “*Principles of Bioethical Ethics*”⁸⁶. También han pertenecido al Kennedy Institute teólogos como Bernard Haring o Paul Ramsey, un metodista inglés, profesor de ética cristiana, que reconocía la práctica imposibilidad de dirigirse a una audiencia de médicos sin conocer a fondo los problemas médicos de los que debe hablar.

Daniel Callahan, filósofo y profesor de psiquiatría en Columbia proponía la bioética como diálogo entre los especialistas en ética aplicada y la sociedad. Fue el fundador y director del Hasting Center, un centro que nació con la intención de ayudar a los profesionales y al público en general a la comprensión de los problemas éticos y sociales derivados del progreso de las ciencias de la vida. El diálogo es el fuego en el que comienza a fraguarse el lenguaje y el método de la bioética actual. El método de la bioética es la deliberación racional.

El descubrimiento más trascendental de la bioética actual es el enfermo

En la dinámica global de profundas transformaciones técnicas y sociales el siglo XX y XXI surge una nueva concepción de la Medicina que responde a una desvirtuación del carácter objetivo absoluto del pensamiento científico y de un actuar personal menos objetivo y más subjetivizado en el que radica la realidad del médico y del paciente. El acto médico, entendido así, trasciende en un acto humano y humanizante que constituye la esencia de la profesionalización, un encuentro de ideas y sentimientos que solo puede producirse en la búsqueda de la verdad del otro⁸⁷.

La enfermedad es tal vez la experiencia de la vida en la que el hombre se encuentra más cerca de su verdad y su misterio. La enfermedad nos revela la fragilidad de lo humano, las limitaciones de su pobreza, la hondura de su soledad

⁸⁶ T. L Beauchamp. JF Childress: “*Principios de ética biomédica*” Msson SA 1999

⁸⁷ M de los Reyes López: “*La Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Una experiencia en España*”

pero también el potencial de la esperanza. Suya es la esperanza, íntima, propia, personal, exclusiva. Muchas veces su único baluarte en la enfermedad, su único alimento y su único consuelo. Por eso a los médicos se nos recomienda decir siempre la verdad pero de una manera mesurada, prudente y esperanzadora; no desesperanzar nunca a los enfermos sobre todo a la hora de dar malas noticias porque la esperanza del enfermo es tan frágil como él mismo. Ya decía Spinoza que no se da esperanza sin miedo como no se da miedo sin esperanza. Cuidar la esperanza del enfermo no es tarea fácil; de entrada porque difícilmente se puede dar lo que no se tiene y los hombres y mujeres de ahora, también los médicos, andamos sobrados de deseos pero justitos de esperanza. Sin embargo es obligado cuidar la esperanza pero ¿qué espera el enfermo?:

El enfermo espera que lo tratemos como una persona: ser acogido, ser respetado y valorado a pesar de su debilidad y su impotencia, ser reconocido por su nombre, por su rostro, seguir siendo quien es, ser escuchado, ser comprendido. Espera la fidelidad de quienes lo sirven y lo quieren, espera empatía, espera consejo y sobre todo espera la verdad; aunque a veces parezca lo contrario, para un enfermo la mentira siempre es una traición.

El enfermo espera ayuda, respuesta a sus necesidades. Espera ser cuidado y confía y acepta ser analizado hasta poder dar con la causa de su enfermedad. Confía en la ciencia y en los recursos de la medicina como también confía en la eficacia del sistema, la dedicación de los profesionales y en que lleven a cabo un trabajo responsable y seguro.

El enfermo espera la curación, la sanación de su mal, la recuperación de su salud, la reintegración a la sociedad, a la familia, a la vida, la restauración de lo dañado, su rehabilitación como persona sana, la reincorporación a sus proyectos propios, a los deseos que la enfermedad quebró.

El principio de autonomía obliga al médico a informar al paciente sobre su

enfermedad y recabar su consentimiento para las pruebas diagnósticas y el tratamiento, algo que con la práctica habitual corre el riesgo de quedar reducido a un requisito obligado muy alejado del fin para el que fue legislado. En España, de una forma creciente, se están produciendo reclamaciones de tipo judicial por mala praxis a las que no son ajenos los cada vez más complejos y confusos documentos de consentimiento informado⁸⁸ que no debe ser nunca el recurso de una medicina a la defensiva sino antes bien, el fruto de un diálogo y de un pacto entre el paciente y los sanitarios con el objetivo de alcanzar la curación. La bioética rescata este objetivo fundamental del consentimiento informado y evita un uso exclusivamente burocrático del mismo al convertirlo en una ayuda inestimable para conocer e interpretar los valores de los enfermos y su voluntad en las circunstancias que afectan a su salud y a su vida y hacer de él una herramienta imprescindible para la toma de decisiones que, a ser posible, debe ser compartida. La bioética es necesaria como tarea de humanización de una medicina deshumanizada.

Son requisitos fundamentales del Bien Clínico que la bioética exige y ayuda a desarrollar: la empatía, la escucha y la comunicación amistosa y confiada, el reconocimiento de los valores del enfermo, el respeto a su dignidad y la asistencia integral que atienda a todas sus necesidades, físicas, psíquicas, sociales y espirituales. “*La Bioética, tarea de humanización*” fue el lema del VII Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica celebrado en Valencia en 2005⁸⁹. Entendida en su justo sentido la bioética, como tarea de humanización, es requisito y garantía de calidad en la asistencia sanitaria; es hábito de honestidad y carácter que se adquiere con el ejercicio, es la obligación de hacerse preguntas delante del enfermo y ser capaz de responderlas, es una mirada para observar la vida con los ojos propios y los de los demás, es levadura que dota al quehacer médico de sentido y excelencia, es ayuda necesaria para hacer las cosas bien. La bioética es conciencia y responsabilidad, perspectiva de realidad en la práctica cotidiana de la medicina y crédito de futuro para nuestra profesión y nuestra ciencia.

⁸⁸ JM Rubio y cols: “*Efectos negativos que provoca en los pacientes el Documento de Consentimiento Informado*” XVII Congreso de la SADEMI, Córdoba, 2000.

⁸⁹ “*La Bioética, tarea de humanización*” VII Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Valencia, Nov 2005

Ética y clínica

Clínica y ética constituyen un todo único e indivisible, un bien íntegro en el que no pueden entenderse la una sin la otra. El ejercicio clínico requiere de la ética como elemento natural; sin ella perdería su calidad de encuentro personal y decisivo para quedar reducida a una mera práctica instrumental y deshumanizada. Como en absoluto sería lícita una visión reduccionista de la bioética entendida como un apéndice alejado del cuerpo de la Medicina y menos como una moda del tiempo o una obligación impuesta por la ley o la norma ajena al “*ars médica*” y a la práctica profesional. La bioética 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.

Pero eso sólo puede conseguirlo una ética FIEL a la vida y a la persona humanas, al servicio del hombre y de todos los hombres, al servicio de toda la vida y de la vida de todos, al servicio de la libertad y de la persona reconocida en su integridad y en su totalidad. Una ética moderna, PLURAL y reflexiva, desarrollada mediante el diálogo y el reconocimiento de la diversidad del pensamiento moral. Una ética UNIVERSAL que sea capaz de responder a los dilemas del progreso científico y que al mismo tiempo sea sensible con nuestras necesidades sociales, alertándonos y promoviendo una justa distribución de los recursos. Una ética GERMINAL que siguiendo a Levinás *no se convierta en un frío análisis de dilemas o en una promulgación de códigos universales sino que dimanen de la proximidad y la preocupación por el “otro”* y que esta proximidad de un sufrimiento que jamás puede serme ajeno sea la condición previa a cualquier deliberación sobre la decisión a tomar, condición que no puede sustituir ninguna argumentación especulativa⁹⁰. Una bioética CRÍTICA que despierte en nosotros los profesionales unas actitudes más humanas y más humanizadoras y que sea sensible con nuestra salud y nuestra conciencia. Vista así la bioética se revela como un patrimonio de potencial desconocido, un valor en muchos casos infrautilizado que acredita, completa y da sentido a nuestro ser profesional.

⁹⁰ A. Domingo Moratalla: *La Ética de E. Levinas: Humanismo y responsabilidad*. ABC Cultural 27 de Enero 1995

A LA BÚSQUEDA DEL BIEN CLÍNICO. PROPUESTAS DE LA BIOÉTICA MODERNA

*No es más sabio el hombre
que sabe más sino el que sabe mejor*

De una medicina orientada por y para la enfermedad a una medicina centrada en el enfermo

La asistencia sanitaria por y para el hombre enfermo es lo que ya Hipócrates intuía cuando codificaba el “arte de curar” en cuatro características: *ante todo “jamás inquietar”*; *siempre que sea posible “suavizar”*; *a veces “curar”, pero siempre “tranquilizar”*⁹¹ Y esto debe ser aún más obligado cuando el médico asiste a personas especialmente vulnerables y en situaciones de pobreza, marginalidad e inmigración en las que la indigencia, la exclusión social o la interculturalidad pueden llegar a ser las necesidades principales. De la misma manera debe tenerse especialmente en cuenta la realidad personal cuando se trata de enfermedades crónicas con síntomas limitantes o que provocan ingresos hospitalarios repetidos, sobre todo cuando existe además una fragilidad social con insuficientes recursos familiares o pacientes abandonados o sin familia sin posibilidades de cuidados y compañía. Y en los enfermos dependientes de máquinas que tienen su autonomía reducida y en los que están en situación terminal cuando el objetivo principal de la asistencia sanitaria es proporcionar calidez y calidad de vida a los pacientes y son muchas veces las necesidades psicológicas y espirituales las que determinan un mayor grado de sufrimiento. Lo que nunca debería olvidar una medicina que realice intervenciones al límite de la vida o acceda a los resultados de un diagnóstico genético que entre los profesionales de la salud y el enfermo debe existir no solo una camaradería itinerante sino una verdadera amistad.

La responsabilidad profesional no debe ser nunca razón de una medicina a la defensiva en la que los valores de los pacientes quedan subordinados al poder y la seguridad del médico. El médico está obligado a respetar la decisión de su paciente siempre y cuando esta decisión no suponga un acto en sí mismo maleficente o que atente contra el deber de justicia. En caso de conflicto moral entre los valores del enfermo y del médico, este puede hacer uso de la objeción de conciencia responsable

⁹¹ J. Gafo: “Humanización. Bioética y humanización de la medicina”., en el libro “10 palabras clave en Bioética., E. D. V. 1994 pag 43

pero aún así, el médico está obligado a no abandonar jamás al paciente aunque no comparta sus valores e incluso aunque este no acepte sus indicaciones.

De una medicina centrada en los hechos a una Medicina fundamentada en los valores

El pensamiento fáctico positivista basado radicalmente en el conocimiento de la enfermedad, de los signos y de los síntomas contribuyó decisivamente a elaborar no sólo una Medicina basada en el régimen de los hechos sino también una ética despojada de valores, una ética de hechos⁹². Recientemente la Organización Médica Colegial ha presentado un documento de consenso titulado “*Los valores en la Medicina del siglo XXI*”⁹³ en un intento de recuperar los valores éticos y humanísticos de nuestra profesión ante la evidencia de que los avances científicos y tecnológicos de la medicina están afectando a la relación médico- paciente, reducida en muchos casos a una simple interpretación de síntomas y pruebas diagnósticas con mínima o nula dedicación a los aspectos psicológicos, culturales y sociales del enfermar. En la opinión de los expertos que han redactado el documento, la recuperación de los valores esenciales de la medicina debe hacerse en todos los ámbitos pero muy especialmente en tres esenciales: en la universidad, en la investigación y en la asistencia sanitaria.

Hay acuerdo entre los expertos en la necesidad de una formación médica más centrada en la dimensión humana del paciente y en sus necesidades como persona. Para lograr esto no es suficiente con una enseñanza de calidad que responda al poderoso avance científico-técnico experimentado por la Medicina, es necesario que esta enseñanza incluya también la comprensión del paciente y su modo de reaccionar frente a la enfermedad. Al terminar su licenciatura, el estudiante de Medicina debe alcanzar un grado de madurez suficiente para comprender el significado que la salud y la enfermedad tienen para los enfermos, así como el alcance de las preferencias y los valores del paciente lo que exige desarrollar actitudes y habilidades de comunicación en la relación clínica.

En relación con la investigación el trabajo reconoce que el enfoque

⁹² D Gracia: *Por una asistencia más humana.*, en “*Como arqueros al blanco*” Ed Tricastela, 2004, pag 97

⁹³ “*Los valores en la Medicina del siglo XXI*”, OMC, nº 672, 18 de Abril de 2010

exclusivamente biológico de la investigación resulta insuficiente para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas. La enfermedad resulta de la interacción de factores genéticos y biomédicos con otros psicológicos y sociales y esta realidad debe obligarnos a centrar la investigación en la dimensión más genuinamente humana e imprescindible para comprender al paciente y sus conductas en el desarrollo y la experiencia del enfermar. Insiste igualmente el documento en establecer las prioridades de la investigación como una obligación de ética social y recomiendan áreas de investigación escasamente desarrolladas pero de gran impacto social como son los Cuidados Paliativos, el tratamiento del dolor, la asistencia a pacientes crónicos y en situación terminal. Por último insiste en la consideración de las exigencias éticas de toda investigación, especialmente con seres humanos. El primer interés de los médicos debe ser siempre el paciente.

En la asistencia sanitaria la Medicina centrada en los valores exige la recuperación de la dimensión humanística de la relación médico- enfermo como elemento clave en la calidad asistencial lo que supone la práctica de una Medicina más satisfactoria para el paciente, una mayor eficiencia en el uso de pruebas diagnósticas y en las prescripciones y una menor yatrogenia. El respeto de los valores del paciente incluye el conocimiento de los mismos lo cual sólo puede adquirirse mediante la escucha atenta y la comunicación obligada. La Planificación Anticipada de las Decisiones, un modelo más avanzado del documento de Voluntades Anticipadas regulado por Ley y disponible ya en toda España, incluye una información sobre los valores del enfermo redactado en consciencia con capacidad para hacerlo y ante testigos. Estos valores deben respetarse llegado el caso de que el paciente no puede manifestar su voluntad, por incapacidad evidente, en el caso de una decisión conflictiva en la que puedan verse implicados.

Del paternalismo a la alianza

La bioética moderna parece haber desterrado definitivamente la relación médico enfermo vertical, de mandato – obediencia, propia del paternalismo genuino y la interpretación rígida y unilateral del principio de beneficencia. En su lugar el deber de respeto al paciente eleva al principio de autonomía y a la relación médico enfermo horizontal y democrática como los referentes éticos principales en la

clínica. El deber de respeto nos obliga a informar al enfermo en cantidad y calidad suficiente, a recabar su consentimiento pero sobre todo a reconocer su dignidad en todo momento, incluso en los de mayor deprivación física. A atender todas sus necesidades, a respetar sus derechos.

Pero el primado del principio de autonomía no supone en absoluto el desprecio del principio de beneficencia. El deber de beneficencia nos obliga a no hacerle daño al enfermo, a no mentir, a la confidencialidad y el sigilo pero también a ayudar al enfermo por encima de nuestra comodidad y nuestras circunstancias, a ceder algo nuestro – tiempo, salud- a arriesgarnos por él, a ayudar “al modo del enfermo”- por encima de otras condiciones profesionales o institucionales, a hacer del enfermo el principal objetivo de nuestros conocimientos, nuestra dedicación, nuestras facultades y nuestros méritos. Llamamos beneficencia no paternalista a la actitud que pretende hacer el bien al paciente siempre y cuando el voluntariamente así lo pida y lo acepte.

El principio de autonomía corre el peligro de ser minimizado por una conciencia exclusivamente técnica y fenomenológica sujeta al dictado de la seguridad, los protocolos o la evidencia, un modo de pensar y actuar al que le resulta especialmente difícil la interpretación de los valores del enfermo. Además la información a suministrar al enfermo no es un tema resuelto y en todos los casos el deber de respeto exige garantizar la libertad de sus decisiones y su autenticidad. De ahí la aparición de modelos compartidos de relación clínica preocupados fundamentalmente por los valores del paciente y de otros cuyo principal criterio es el intercambio de información.⁹⁴

En todas las circunstancias la relación entre el médico y el enfermo debe basarse en el respeto mutuo. En la relación con cada paciente hay algo nuestro que sólo una comunicación bidireccional puede satisfacer completamente por eso no es suficiente ningún modelo de relación clínica estrictamente unidireccional. El enfermo debe confiar en la profesionalidad de su médico y este en la capacidad de su paciente para tomar decisiones. Médico y enfermo deben trabajar en equipo y esto exige *confiar siempre en el otro como parte imprescindible en la búsqueda de*

⁹⁴ F Borrel., J Judez et al: “El deber de no abandonar al paciente” Med Clin (Barc); 117: 262-273., 2001

*lo mejor*⁹⁵.

Para la relación clínica ideal nosotros proponemos un nuevo modelo que denominamos de ENCUENTRO o ALIANZA. Un modelo en el que el protagonista sigue siendo el paciente y el referente principal sus deseos y sus necesidades y con el que el profesional, unido a él por vínculos de vocación y responsabilidad, va a establecer una comunicación que supone ante todo un encuentro de intereses – Usted me importa porque es usted, es la célebre frase de Cecily Saunders que dio lugar a los Cuidados Paliativos- del que dimana una relación de alianza que va más allá del mero conocimiento de la situación del paciente y la consiguiente respuesta profesional sino que es una colaboración amistosa que compromete a ambos en un proyecto común a compartir, un mismo itinerario por el que discurren y encuentran sentido la vida a cuidar del paciente y la propia vida del profesional sanitario.

El ethos compasivo, la colaboración amistosa y el cuidado esencial conforman el modelo de relación clínica basado en la Alianza o el Encuentro entre el profesional y el paciente. La comunicación es el principal recurso para establecer la colaboración amistosa imprescindible en una relación de alianza. La comunicación que en este modelo alcanza la verdad a través de ese mismo encuentro en el que muchas veces sólo la cercanía, la ternura, la confianza y el silencio son suficientes para la comprensión y el entendimiento.

De reparar y curar a humanizar la realidad en todas las circunstancias.

Ser sanitario consiste esencialmente en ser alguien sensible y consciente de la dignidad y los valores propios de la persona humana. Vivimos un tiempo de profunda crisis de lo humano. Ya no es que necesitemos ser tratados como seres humanos en situación de debilidad, es que en nuestra más común cotidianidad necesitamos sentirnos humanos. El cuerpo es una máquina para la vida cuya capacidad de funcionamiento parece inagotable. Vivir enfermo o con dolor carece de sentido. Una vida que se anuncia débil o inoportuna no merece la pena ser vivida.

Urge buscar cauces nuevos y hacer nuevas propuestas. Debemos renovarnos

⁹⁵ M Iraburu Elizondo: “Desde el respeto mutuo”, JANO nº 1587, Nov/Dic 2005 pp 62-64

íntimamente, llegar a un proceso de conversión y de reconciliación, de acercamiento, de encuentro respetuoso, de una alianza entre lo sano y lo enfermo, el poderoso y el necesitado, el sanitario y el paciente para restaurar el hombre dañado y ayudarle a recuperar el sentido de su vida. Y para conseguir esto son necesarias premisas esenciales como la compasión solidaria que nos rebele y nos acerque a la realidad universal del dolor humano, la reflexión moral que aumente nuestras exigencias profesionales y debata nuestros objetivos sanitarios actuales así como una disposición y una praxis humanizante decidida y eficaz en nuestro ejercicio sanitario.

En su libro *“El Cuidado Esencial”* Leonardo Boff⁹⁶ insiste en la necesidad de una visión total al abordar el cuidado del cuerpo. El cuerpo es materia y ánima y subjetividad y memoria y sobre todo en los pacientes más debilitados el cuerpo es el frágil soporte de la vida. El sufrimiento nos revela la fragilidad humana y en la enfermedad sufre la totalidad de su existencia. Un enfermo es esa persona que me importa por ser quien es y a la que le pregunto con ternura y confianza: ¿Qué puedo hacer hoy por ti?

De una medicina de medios a los fines de la Medicina

Los bioeticistas actuales alertan sobre la confusión de objetivos de la Medicina actual y sus consecuencias: Existen escandalosas desigualdades de acceso a la salud que afectan a las poblaciones más pobres mientras que en los países industrializados, instalados en una confianza desmesurada en la ciencia y en la técnica, vamos más allá de nuestro propio límite. Para la ética la crisis de objetivos obedece a una confusión sobre el fin último de la Medicina, el bien propio por el que se nos reconoce y que le da sentido a nuestro ejercicio profesional⁹⁷. Entre las expectativas y la realidad de la medicina andamos un poco perdidos y no solo los médicos sino también la sociedad. No somos capaces de sintonizar siempre los objetivos personales, profesionales y sociales; las conquistas a corto, medio y largo plazo; los recursos y las necesidades y caminamos indecisos sin saber del todo a qué

⁹⁶ Leonardo Boff: *“El Cuidado Esencial”* Ed Trotta, pag 116 y sig, 2002

⁹⁷ D Gracia: *“Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI”* Conferencia de clausura del III Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. La Coruña 1999

atenernos.

¿Qué idea tenemos sobre los fines de nuestra profesión? ¿Qué idea tienen los ciudadanos y los políticos y los técnicos de la administración? En la propuesta de Ley del Aborto se pretende que en el caso de una interrupción voluntaria del embarazo de una menor de edad sean los médicos quienes decidan si informar o no a los padres ¿No estaremos interpretando la salud y su deber de cuidado en términos personales e irresponsables la mayor parte de las veces? Sin embargo uno de los argumentos básicos de la responsabilidad era la racionalidad. Es necesario descender al campo operatorio de lo racional y aplicar a nuestros fines el bisturí de la razón que los libere de tanto magma inútil como hoy los envuelven.

El informe final del Proyecto Internacional sobre los fines de la Medicina, patrocinado por el Hasting Center dice textualmente: *“El lenguaje de la reforma está generalmente dominado por discusiones sobre el papel del mercado...la intensidad de las discusiones técnicas ha oscurecido, paradójicamente, la pobreza de la discusión sobre el objetivo y la dirección de la medicina”* Y reconoce y sanciona como fines actuales de la Medicina los siguientes⁹⁸: La prevención de las enfermedades y lesiones y la promoción y el mantenimiento de la salud. Aliviar el dolor y el sufrimiento causado por las enfermedades y dolencias. La asistencia y la curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados. Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Esos son los campos de acción primordiales que la salud demanda en estos momentos a nuestros profesionales: La educación médica y la medicina preventiva, el tratamiento correcto del dolor con el buen uso, técnico y moral, de todos los recursos terapéuticos disponibles. El cuidado integral de todos los pacientes más allá de sus posibilidades de curación. La implantación y el desarrollo de los cuidados paliativos prestando la adecuada atención a todas sus necesidades y acompañándolos hasta el final de su vida. Hacer reales y posibles, actualizar estos fines supone, como muy bien sintetiza Adela Cortina⁹⁹: *“Apostar por la prevención responsable más que por la curación, por la calidad de la vida en lugar de la cantidad, reconocer la*

⁹⁸ *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*: The Hasting Center Report, Nov-Dic 1996

⁹⁹ A. Cortina: *“Justicia Médica”*: El País, 7 de Septiembre de 1999

naturalidad de la enfermedad y de la muerte, esforzarse por procurar la paz al final de la vida”

Del poder médico tradicional a un nuevo profesionalismo.

Aunque aparentemente se confía menos en los médicos, la evidencia demuestra que cada día esperan más de nosotros quienes nos siguen confiando la solución de sus enfermedades. Los médicos mantenemos un importante poder social; influímos en los hábitos de vida de los ciudadanos y en sus costumbres y en gran manera somos moduladores y garantes de la paz social en circunstancias como epidemias o crisis de salud.

Gestionar cualquier valor requiere equilibrio, discernimiento y responsabilidad. En el año 1999 la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians y la Sociedad Americana de Medicina Interna crearon un Comité de Expertos que, recogiendo el espíritu y las diferencias de los viejos principios, redactó la Carta del Médico¹⁰⁰ como modelo de profesionalismo para el nuevo milenio. La carta se constituye con tres principios fundamentales, Bienestar, Autonomía y Justicia Social y diez compromisos: De competencia profesional, de honestidad con los pacientes, de confidencialidad, de relación respetuosa y de mejorar la calidad de los cuidados; el compromiso de facilitar el acceso universal a la asistencia sanitaria y el compromiso por la justa distribución de los recursos; el compromiso por el conocimiento científico, de fidelidad a nuestro compromiso profesional por encima de los conflictos de interés y de implicación en la responsabilidad profesional.

Para poder llevar a cabo este modelo de profesionalismo orientado hacia la excelencia los médicos necesitamos el equilibrio de curar y ser curados, de cuidar y ser cuidados, de escuchar y ser escuchados, de comunicar y estar informados, de gestionar y ser gestionados. Necesitamos discernimiento para obrar con racionalidad, libertad para ser realmente libres, una dosis menor o mayor de autoestima y reconocimiento por

¹⁰⁰ “*Medical Professionalism in the new millenium: a physicians charter*”. Lancet 2002; 359; 520-22

parte de la sociedad; necesitamos buena administración y responsabilidad, fundamentalmente responsabilidad, aceptar la realidad de los tiempos y caminar conforme los nuevos valores nos demandan.

FINAL

El descubrimiento del bien clínico compensa con creces la trayectoria de una vida dedicada a la Medicina Interna. Después de cuarenta años su ejercicio me rejuvenece cada día y me concede un nuevo argumento para vivir. La Medicina Interna es una especialidad de larga tradición -“*Medicina Interna, medicina eterna*”- que se dedica a la atención integral del enfermo adulto. En su actuación con cada enfermo el internista ahonda en las raíces de su enfermedad y la contempla en todas sus dimensiones procurando dar respuesta y solución a todos los problemas. Si difícil, aunque necesario, es resolver al día a día de cada paciente en los problemas puntuales que motivaron su ingreso hospitalario cuanto no lo será dar una respuesta correcta y satisfactoria a todo lo que hayamos alcanzado a ver y a pensar.

Desde hace muchos años mantengo un lema de sólo tres enunciados que me gusta enseñar a los médicos internos y residentes cuando se incorporan a nuestra Unidad: “*Pensar en todo. Hacer las cosas bien. Resolver los problemas*”. Pensar en todo es consustancial con el ejercicio de la Medicina Interna donde se nos requiere para todo, lo que ve y lo que no ve el ojo clínico. El internista es el experto a quien recurren los médicos de atención primaria y el resto de las especialidades para la atención de enfermos cuyo diagnóstico no es evidente o se trata de un problema complejo. Pero pensar en todo resulta también decisivo en la asistencia a pacientes pluripatológicos o cuando se trata de guiar a cualquier enfermo en procesos que requieren una compleja trayectoria por el sistema hospitalario dirigiendo el protocolo de actuación frente a su enfermedad y coordinando el resto de los especialistas necesarios para conseguir un tratamiento adecuado.

Hacer las cosas bien requiere cuidado y destreza en la asistencia al paciente desde el primer contacto hasta el documento de alta y el seguimiento posthospitalización. Significa mantener en todo momento la trayectoria justa sin desviarse por los atajos de la simplicidad, la superficialidad, el golpe de vista, la apariencias o la rutina. Hace las cosas bien quien sabe interpretar los síntomas y signos sin darle otro valor que el que les corresponde y suma y resta las evidencias hasta alcanzar el producto del diagnóstico certero Pero mejor las hace aún quien, sin renunciar a aquello, trata al paciente en primer lugar como persona y además lo hace

de una forma especialmente cuidadosa porque está enfermo y no se detiene en el hallazgo del daño que buscaba sino que insiste hasta encontrar el rastro de la salud perdida para restaurarla en lo posible o alentarla con los recursos que la ciencia ha puesto a su alcance. Hace las cosas bien quien entiende que la medicina tiene su verdad científica y también su bondad moral y que toda persona debe ser respetada y ayudada a vivir conforme sus criterios y deseos. Y quien tiene la seguridad suficiente para no dudar en lo indudable y la humildad necesaria para consultar en todo lo que no sabe. Quien trabaja en equipo y respeta las opiniones ajenas porque hacer bien la Medicina Interna significa ante todo dialogar con el enfermo que nos habla y no sólo nos escucha y obedece, con los compañeros de la Unidad, con el resto del equipo sanitario, con los especialistas que nos consultan o a los que consultamos, con los alumnos cuya formación nos corresponde. Hace las cosas bien quien cuida de todo lo que tiene encomendado estimándolo como propio y en su deber no descuida sus propias necesidades evitando el burn out con un ejercicio profesional tan nuevo e ilusionante como el primer día. Hará siempre las cosas bien quien no olvide que:

*Ser internista es tener
La mirada de un dermatólogo
El oído de un cardiólogo
La serenidad de un intensivista
La minuciosidad de un hematólogo
La lógica de un neurólogo
La imaginación de un endocrinólogo
La perfección de un nefrólogo
La ilusión de un residente
La intuición de un clínico
La sabiduría de un maestro
La paciencia de un paciente
La compasión de un médico
La humanidad de un hombre*

Mi mejor tratado de Medicina sigue siendo la cabecera del enfermo y mi mayor ilusión como médico no radica ya en acertar con ese difícil diagnóstico que a todos nos halaga, ni presumir de la pericia técnica que nos permite alcanzar los signos más ocultos, ni siquiera en el arte terapéutico por mucho que todos ellos me sigan produciendo una íntima satisfacción. Lo que de verdad me emociona es diagnosticarle cada día un síntoma nuevo para seguir viviendo y así impedir el

derrumbamiento total de la persona en aras de su debilidad; descubrir lo que de sano hay en cada enfermo para estimularlo, animarlo y hacer de ese rescoldo un argumento firme para su esperanza.

La dignidad de académico honra mi persona hasta un extremo que jamás llegué a soñar. Con la cultura actual, eminentemente práctica y emocionalmente desmotivada, alguien podría decirme que aun reconociendo mi esfuerzo y mi sacrificio, no dejo de ser el individuo privilegiado que pudo o supo estar en el momento oportuno en el sitio justo por donde pasó la suerte. Muchas veces yo también lo pienso así. Consumado el discurso reconozco que este jamás habría sido posible sin la aportación de tantas personas, algunas constan en la bibliografía, maestros y compañeros en el itinerario que me ha conducido hasta aquí. Muchos de ellos merecerían ser académicos con más razón que yo. Agradecido a su inestimable ayuda me queda, en tanto gozo, una sensación de poquedad, una cierta duda de mis merecimientos que sólo podrá aclarar el futuro de mi esfuerzo continuado por la bioética y la dedicación a la academia que me ha concedido tanto honor.

He sido un hombre afortunado. Lo confieso. Nunca podrá agradecerle a Dios todo lo que de El he recibido: El bien de mis padres, mi educación y mi fe, los maestros que me enseñaron, mi familia, mis amigos, todo lo hermoso y bueno que ha ido poniendo en mi camino.

Le doy gracias a Dios porque me ha concedido el privilegio, la ciencia y el arte de curar y la satisfacción de acompañar y de asistir y la virtud de reconfortar y de escuchar y la conciencia de servir y la gracia de una vocación en la que más confío mientras más la amo y con la que experimento día tras día el sentido verdadero de la fe que es el deseo, pues a pesar del desasosiego de hoy, de ayer y de mañana, sigo creyendo en ella ¹⁰¹

¹⁰¹ JM Rubio: “Oración en mis veinticinco años de médico”. En el discurso de apertura de curso del Colegio Mayor San Juan Bosco, Sevilla 1995