

La responsabilidad moral del médico

El señor dijo a Caín

“¿dónde está tu hermano Abel?”

Y Caín contesta

“No sé, soy yo acaso el guardián (responsable) de mi hermano.”

Génesis 4:9

Buenos días a todos.

Estimados amigos, aceptareis que hablar sobre la responsabilidad moral del médico es un tema apasionante y complejo, y hacerlo en tan solo veinte minutos resulta un atrevimiento del que aviso, ya de entrada, son responsables, al mismo tiempo, tanto aquellos que me encomendaron el tema como yo mismo al aceptarlo.

Hoy, pues, nos toca reflexionar sobre aquello que atañe a lo más íntimo de la persona, a nuestra conciencia. Reflexionar sobre la conducta justa o la indigna, sobre las actitudes buenas o detestables, sobre el buen proceder o el malo y no solo reflexionar sobre nuestro comportamiento sino también dar cuenta de él a quien corresponda, al paciente, a la familia, a los compañeros y en último término a la sociedad. Esto es responsabilidad, discernir, ejecutar y responder, algo tan escueto y al mismo tiempo tan complejo.

Tomar decisiones es parte de nuestra vida. El ser humano lo es porque toma decisiones, basadas no sólo en la necesidad o en el instinto, sino también en el raciocinio y en la anticipación. Y ello conlleva, en palabras de Laín Entralgo, la necesidad de justificar, ante uno mismo, cada uno de nuestros propios actos. Este es el primer paso de la responsabilidad.

La responsabilidad médica precisa del reconocimiento de unas fronteras aceptables en nuestras propias actuaciones. Los límites de lo permitido —las fronteras—, serían cuatro citando a Pellegrino: a) lo promulgado por la profesión (*lex artis*, códigos deontológicos), b) la conciencia personal (creencias y valores), c) lo dictado por la cultura (leyes y costumbres) y d) lo razonable, aquello que es posible concluir mediante la deliberación médica, sorteando las encrucijadas técnico-científicas y éticas que presente. Por lo tanto el primer paso es averiguar dónde están los límites y decidir qué hacer en ese entorno.

El segundo paso de la responsabilidad es la explicación debida a los demás. Formamos parte de un grupo, de un colectivo, tenemos relaciones sociales, vivimos en compañía de otros. No estamos en el desierto. Otros nos dan vida y sin ellos no sería posible nuestra existencia. Es por ello que, en el caso que nos la pidan, les debemos aclaración de lo que hemos hecho y por qué lo hemos hecho de esa o de esta otra manera. Nada más natural.

Definida pues la responsabilidad como tal, hemos de advertir ya de entrada que, en el momento actual, existen varias amenazas, o si me lo permitís varias trampas, que pueden enturbiar y confundir el concepto de responsabilidad moral tal como lo he expresado hasta ahora.

La primera trampa es la que podríamos llamar responsabilidad dividida o disgregada, Dividida, segmentada y disgregada pero nunca ausente, porque, en el decir de Sartre, el ser humano está condenado a ser responsable porque, en cualquier momento o situación, actúe o se abstenga, su determinación tendrá consecuencias. En el terreno de los deberes no hay escapatoria.

Imaginemos un médico de familia está de guardia en un centro de salud. Llega a la sala de urgencias un paciente de 26 años. Hace una hora se encontraba caminando cuando presentó de manera súbita un síncope. Las personas que lo acompañan explican que estuvo inconsciente pocos segundos sin presentar movimientos anormales ni relajación de esfínteres. Se recuperó al poco tiempo. Sin embargo el paciente continúa con mareo y palpitations motivo por el cual el médico decide hacerle un ECG. El trazado es irregular, a más de 200 latidos por minuto. El médico empieza a hacerse preguntas: ¿Es una taquicardia supraventricular por reentrada? ¿Es una taquicardia ventricular monomórfica? ¿Es una fibrilación ventricular? ¿Es, es...? Recuerda que en su último año de residencia en el hospital le habían recomendado que no se entretuviera demasiado en el diagnóstico diferencial y que valorase, sobre todo, si el paciente está estable hemodinamicamente o si no lo está. Este paciente, ahora tiene hipotensión (80 mmHg sistólica), tiene la piel fría y sudada y está inquieto, muy inquieto. No tiene dolor torácico. Resulta evidente que está inestable. ¿Qué debe hacer el médico? ¿Tiene que administrar amiodarona en bolus intravenoso?, ¿tiene que dar un betabloqueador?, ¿tiene que desfibrilar? (existe desfibrilador en el centro) ¿Debe enviar este paciente al hospital central, a veinte minutos de ambulancia para que le practiquen una cardioversión sincronizada? Llama al hospital y le cuesta conectar con un cardiólogo. Finalmente le ponen con el médico de urgencias que, a la vista de la fotografía del ECG enviada por c.e, le recomienda que no dé ningún fármaco y le comunica que tan pronto como dispongan de una ambulancia medicalizada se la enviará. Y le advierte que si el paciente se quedase sin pulso palpable, o inconsciente, debería aplicarle una desfibrilación sin más. No entraré en más detalles del caso y en su evolución. ¿Veis aquí la cadena de responsabilidades? ¿Es sólo responsable el médico de guardia de lo que suceda a partir de ahora con este paciente?

Las cosas pasan, pero no pasan por casualidad. Más bien pasan por causalidad. Y en toda actuación humana hay actores (operantes si lo queréis, y también observantes) que son artífices, más concretos o más velados, pero causantes de que aquello suceda como sucede y no de otra forma. Mejor o peor, pero sucede de una u otra manera según lo que cada uno haga o no haga. Sería la cuestión de la responsabilidad compartida o por decirlo de otra manera, la cuestión de la corresponsabilidad asistencial.

Este es, por tanto, el primero de los retos que os quería exponer. Resulta que en la actualidad estamos ante un cambio de escenario, por otra parte irreversible. Llegó la era de la medicina en equipo, la medicina especializada —troceada, me atrevería a sugerir—, la toma de decisiones repartida en muchos casos, compartida en algunos. La ética individual, responsable y solidaria ya no es privativa de un único profesional frente al caso. Una multitud de técnicos, de especialistas, de cuidadores, cada uno —bien lógico es— con su propia ética, configura un organismo abigarrado, heterogéneo (y quizás deforme) que debe afrontar la solución o soluciones al problema clínico y al mismo tiempo dar cuenta de ello a los demás.

Frente a la división, el fraccionamiento, la atomización podemos llegar a preguntarnos: ¿dónde están el enganche, el enlace, el encadenamiento responsable?

Hemos pasado de la medicina individualizada (un médico, un paciente) a la medicina colectiva (un paciente y varios —numerosos— profesionales). Y llegados a este punto debemos cuestionarnos con toda humildad, pero al mismo tiempo con todo el orgullo posible: ¿queremos ser una pieza del engranaje, un simple cerebro entrenado —en el mejor de los casos hasta la saciedad— para dar respuestas acertadas, o por el contrario nos consideramos una persona hecha médico, que aquí y ahora afronta el problema (quizás el segmento del problema) que le ha tocado resolver, toma la decisión y la comparte, mirando siempre el bien del paciente? Porque si no lo hacemos así, si nos escondemos en el grupo, nos habremos automatizado sin remedio y dejaremos de ser médicos para ser cajas —o quizás pozos—, de conocimientos y habilidades, y poco más. Llegados pues a este punto, vemos que es fácil caer en la trampa de la corresponsabilidad minimizada, disminuida, minúscula diríamos, con el consiguiente alivio de la conciencia de cada uno.

El médico, en la era actual, probablemente sea un eslabón de la cadena asistencial. Cierto, pero no es un eslabón cualquiera. Es (o debería ser) un eslabón vivo, consciente, reflexivo, influyente y también responsable en su quehacer cotidiano. Si así no lo hacemos estamos ante el médico roto que describe Jaspers en su libro “La práctica médica en la era tecnológica”.

No tengamos ninguna duda, lo que ocurre con nuestros pacientes es el resultado de un conjunto de decisiones, acciones u omisiones de todos y cada uno de nosotros. Lo que haya sucedido puede ser una fatalidad, pero en todo caso, cada uno deberá responder de lo que hizo o de lo que dejó por hacer, reconociendo la autoría y rindiendo cuentas ante los demás.

Queda pues expuesta la primera cuestión que trata de la responsabilidad compartida del trabajo en equipo y del riesgo de escondernos detrás o dentro de ella. Sería la responsabilidad disgregada (o si lo queréis minúscula y dispersa de la que os hablaba hace poco)

La segunda amenaza, la segunda trampa, que quiero plantear, es la del distanciamiento con el paciente. En parte enlaza con la primera trampa, porque aceptareis que al compartir decisiones diluimos responsabilidades y con ello es fácil que pueda flaquear el compromiso y se produzca alejamiento.

Pero existen más razones para pensar que, en el momento actual, nos estamos alejando de los pacientes. Una de ellas es la presencia —¿sería exagerado decir la omnisciencia?— de las máquinas. El recurso constante al dato exacto proporcionado por las imágenes radiológicas, tomográficas, por las biopsias, los resultados bioquímicos... ¿Doctor cuanto azúcar tengo, doctor se ven piedras en la ecografía, doctor cual es el resultado de la biopsia...? Esperamos y tenemos diagnósticos más precisos, más tecnificados, a día de hoy imprescindibles e insustituibles, pero que alejan al enfermo del profesional que le trata, porque muchas veces el discurso se centra sobre lo que ha dicho la máquina, no sobre qué dice el médico ayudado por la máquina. Y en este trance el médico puede distanciarse del paciente sin darse cuenta. Usted no tiene nada, los análisis y las radiografías son normales. Si el aparato no me dice lo que tiene, o por el contrario, como que dice tal cosa haremos tal y cual otra. Nuevamente aparece la pendiente resbaladiza hacia la despersonalización.

En este ámbito no podemos olvidar el papel ambivalente de los protocolos. Por una parte sean bienvenidos por útiles como guías, aunque, estando de acuerdo en la estandarización del cuidado, reconoceréis que pueden derivar a una práctica rutinaria.

Hago tal o cual cosa porque lo dice la medicina de la evidencia (y se nos llena la boca al nombrarla). Ya parece que no haga falta justificar qué hacemos y por qué lo hacemos, lo marca el protocolo. En el protocolo me siento seguro, fuera del protocolo existe el riesgo. Nos hemos echado en brazos de la ciencia del medicar y nos hemos alejado del arte de tratar. Y si el protocolo también me cubre de las consecuencias que se deriven de su aplicación, mejor que mejor. Despersonalización una vez más.

También la medicina socializada, impartida en el ámbito de un sistema asegurador colectivo y universal, contribuye a aumentar la distancia entre el profesional y el paciente, porque éste sistema protector, generoso y benéfico, todos sabéis que tiene sus insidias y nos acecha con sus trampas.

Previendo esto, Edmund Pellegrino se propuso, durante más de 50 años, construir una visión ética de la ciencia aplicada a la salud, que fuera más allá de una ética centrada en los principios, o de una práctica meramente virtuosa de la profesión en lo moral, o de un enfoque casuístico o consecuencialista de la atención médica. Para ello acudió a la filosofía del ágora, de la plaza pública, una filosofía del pueblo, como no puede ser de otra manera.

Repasemos cuales son los temas sanitarios candentes en el momento actual: las listas de espera y el racionamiento de los cuidados (véanse los conflictos en el tratamiento de los enfermos de hepatitis C), las paternidades o maternidades arrendadas, prestadas, trasladadas, el derecho o no al suicidio asistido, la selección de embriones, el cambio de sexo, los trasplantes de cara o de extremidades, la investigación en enfermedades raras, el perfeccionamiento biológico de la raza humana, entre otros. La ciencia no podrá transitar por los difíciles y costosos caminos que se adivinan —y avecinan— sin un acuerdo social y un debate razonable de todos los actores de la obra.

Lejos ya de la etapa paternalista y a punto de superar la fase autonomista, se entra de lleno en la era de la multiparticipación. Ya no existe un médico y “su” enfermo, sino que existe un ciudadano, sano o enfermo, amparado por un sistema sanitario que le da cobertura (total o parcial), un ciudadano que recibe atenciones de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, a su vez regulados por unos gestores que tienen un presupuesto y establecen prioridades. Es la época de lo colectivo, del bien común, de la decisión política de la salud a merced del acuerdo general. Es la dinámica de la inversión (de tiempo, dinero, conocimientos) y resultados. Es la dinámica de balances de pérdidas y ganancias

Y en este segundo escenario aflora una responsabilidad que fluye de aquí para allá, sin descanso. Parafraseando a Zygmunt Bauman, podríamos hablar de responsabilidad líquida, que sería aquella que circula de un actor a otro, sin parar, pero que no reside exactamente en ninguno en concreto.

Un tercer escenario de riesgo es el de la autonomía del paciente ejercida a ultranza. Es el caso del paciente informado, muy bien informado, que escoge libremente entre las opciones que se le ofrecen, como aquel que lee la carta del menú y pide un plato, el que le apetece. Estaríamos ante la responsabilidad blanda del médico. El paciente ha decidido, yo quedo en segundo plano, allá él con las consecuencias.

El cuarto escenario de peligro es la judicialización de la práctica médica, inducida en gran parte por la sociedad exigente de los últimos treinta años. Una judicialización estimulada por la práctica anglosajona de buscar la compensación por el daño causado, con independencia de la intención, de la dedicación y de la imprevisibilidad del acto clínico. En este ambiente surge el juego entre lo esperado y lo conseguido, lo hipotético

y lo real, y, en el fondo, la obligación —pretendida— de curar y la culpa, sentida o exigible por no haberlo conseguido. Este escenario nos lleva a la medicina denominada defensiva que, en aras de la seguridad jurídica, adultera la responsabilidad intrínseca del profesional porque le permite escudarse en la nube de pruebas, necesarias o no, que se hayan hecho en este caso.

En estos cuatro escenarios: ¿dónde quedan el encuentro con el paciente, el respeto, la compasión, la solidaridad, la confianza mutua?

Por suerte, en el hombre hay más cosas dignas de admiración que de desprecio, dice el Dr. Rieux, —Bernard Rieux—, en la Peste. Mientras la plaga hace estragos en la ciudad cerrada (aislada) el médico se empeña en construir y reconstruir significados, lógicas y fines allí donde parece que no haya un rincón para la esperanza.

Al médico del siglo XXI le corresponde inaugurar, o reinaugar, un quinto escenario, que es el del difícil equilibrio entre el tú y el yo, y el vosotros y nosotros. El tú, el paciente, el yo el médico, el vosotros la familia y la sociedad, el nosotros la profesión médica y toda la cohorte sanitaria. Hay que luchar con todas las fuerzas contra la despersonalización que conduce al desinterés. Este es el reto.

Lícitamente podemos preguntarnos: ¿Es posible el quinto escenario? ¿Un escenario que sea una oportunidad en vez de una amenaza? Y la respuesta es sí.

¿Por qué, sí? Porque siempre habrá unos ojos que claman y a su vez siempre habrá unos ojos que miran, que atienden y comprenden. El hombre es —o debería ser— un objeto sagrado para el hombre, sentenciaba el Séneca.

El hombre debe ir al encuentro del hombre. Buscar en el otro el rostro que me afronta, que se me hace presente, que me interroga, en el sentido de Levinás, el otro que en cierta forma me construye, o me reconstruye, en la relación que establezco con él.

Retornando a Aristóteles sería ir a la búsqueda del animal cívico, de aquel que encuentra al otro a su lado y reconoce que también gracias a él es quien es. De aquí nace, o puede nacer, la preocupación por el otro al que no estoy enfrentado sino con el que comparto, porque no olvido que mi yo es el resultado de que alguien, o muchos alguien, han cuidado de mí. (Levinás. Ética e infinito.)

Y aquí se nos revela el otro como persona y no como enfermo solamente, en sus cuatro dimensiones en el pensar de Mounier, una persona que es presencia, encuentro e intersubjetividad, que nos reclama disponibilidad, compromiso y dación, como expone Gabriel Marcel en su filosofía.

En esta encrucijada, si me pidierais un consejo, uno sólo, simple y breve, que os pudiera definir cuál es la responsabilidad del médico ante su paciente, os diría una cosa: miradlo, miradlo a la cara, con respeto y con franqueza, miradlo aunque sea tan sólo unos breves instantes, aquellos, los justos que os permitan sostener la mirada para preguntaros algo, a un mismo tiempo tan sencillo y tan difícil: ¿qué puedo hacer yo por él, por este ser humano doliente y sufriente? Y una vez adivinado, o conocido, aquello que puedo hacer, si somos verdaderos médicos, no tan solo personas que llevan el ropaje de médicos y que usan los instrumentos de los médicos, sino médicos en el pleno sentido de la palabra, si lo somos de verdad, en seguida descubriremos qué es lo que estamos dispuestos a hacer, hasta dónde estamos dispuestos a llegar y, de forma natural, daremos cuenta de ello ante los demás, sin orgullo ni timidez, llanamente, porque habremos hecho, sin miedo, aquello que nos es propio, porque para ello fuimos escogidos.

Recordemos pues que, las amenazas al ejercicio correcto de la responsabilidad del médico, son cuatro, la responsabilidad disgregada, (consecuencia de la división del acto asistencial en un conjunto de pequeños actos individuales), la responsabilidad líquida (como consecuencia del distanciamiento con el paciente por la interposición de las máquinas, el uso inflexible de protocolos y la socialización de la asistencia), la responsabilidad blanda (cuando concedemos al paciente la categoría de hiperautónomo) y por último la responsabilidad blindada, (cuando nos escudamos en la medicina defensiva para protegernos de las denuncias ante las instituciones y los juzgados)

Como final, pienso que debemos promover, frente a estas responsabilidades enfermizas, dos de ilusionantes. La primera, innegociable, es la responsabilidad comprometida, comprometida por la mirada humana del otro y hacia el otro. Y la segunda, la responsabilidad moral colectiva que es la correspondería a la sociedad postmoderna que nos ha tocado vivir. Si estamos dispuestos a ocuparnos de ella, nos tocará, analizar, debatir y consensuar largo y tendido. Pienso que nos queda, estimados amigos, un largo recorrido para elaborar el alcance y los límites de dicha responsabilidad y trasladar los acuerdos de la profesión médica (plasmados en nuevos artículos deontológicos) a los otros profesionales de la salud y a la sociedad en general.

En esta tarea espero que nos volvamos a encontrar.

Muchas gracias por vuestra atención