

SOLUCION A LOS DILEMAS ETICOS EN LA PRACTICA CLINICA

Prof. Dr. Aquilino Polaino-Lorente

*Catedrático de Psicopatología de la Universidad
Complutense*

A propósito de los "silogismos cornudos"

Sin duda alguna, la formulación ética de la práctica clínica en forma de "dilemas", está de moda en la actualidad. Algunos autores (Gorovitz, 1982; Lockwood, 1985) no han tenido inconveniente en servirse de este término para dar título a algunas de sus publicaciones.

Sin embargo, en opinión de quién esto escribe, convendría reflexionar previamente acerca de la legitimidad o no del empleo de este término. ¿Es que acaso la práctica clínica habitual comporta la oposición contradictoria entre sólo dos posibles soluciones a cada uno de los problemas que se plantean? ¿Puede reducirse la proteica y compleja actividad clínica y la heterogénea diversidad personal en la toma de decisiones a únicamente dos posibilidades enfrentadas y contradictorias?

Cualquier médico que esté avezado en la práctica clínica estará de acuerdo en admitir una cierta duda, al menos, acerca de la anterior formulación, en especial en lo que atañe a los problemas éticos.

En mi larga experiencia profesional -de 31 años ininterrumpidos como psiquiatra-, he de reconocer que en casi ninguna de las ocasiones, en casi ninguno de los numerosos actos médicos realizados en este largo tiempo, se me han planteado cuestiones clínicas que pudieran ser formuladas de forma estrictamente dilemática.

En el caso de que mi experiencia pudiera generalizarse también a otros profesionales, sería obligado cuestionarse acerca de cuál es la causa de la caída de la clínica en el reduccionismo significado por estas cuestiones dilemáticas, tal y como se formulan hoy en el ámbito de la ética.

Es posible que la artificialización de tal reduccionismo sea dependiente, en cierto modo, de un extraño "pathos", de una cierta devoción irracional por la tragedia. El dilema forma parte de lo que se conoció en la lógica tradicional con el término de "syllogismus cornutus", es decir, un silogismo que tiene en su conclusión una proposición disyuntiva, cuyos dos miembros son igualmente afirmados.

Cuando los miembros de la proposición disyuntiva son tres, se habla de trilemas. "De un modo muy general se llama 'dilema' a la oposición de dos tesis, de tal modo que si una de ellas es verdadera, la otra ha de ser considerada como falsa, y viceversa" (Ferrater Mora, 1979).

De otra parte, esas tesis están relacionadas por una conjunción disyuntiva (A ... o ... B), lo que sugiere una alternativa radical entre ambas al mismo tiempo que una cierta condicionalidad entre ellas, de manera que al afirmarse la primera se niega la condición de posibilidad y certeza de la segunda, y viceversa.

Pero la vida es mucho más rica que el hermetismo monádico y artefactual de los silogismos cornudos. La compleja diversidad del quehacer clínico cotidiano, en modo alguno cabe ni podrá caber en el reduccionismo de los dilemas éticos.

Cualquier conflicto clínico -si nos atenemos a la realidad sintomática, diagnóstica, pronóstica y terapéutica-, estaría más puesto

en razón si se planteara como trilema, pentalema o polilema. Sólo de este modo, no se amputaría ni secuestraría la riqueza de la clínica, adaptándola -de forma forzada y tergiversadora, en tantas ocasiones- a una estructura lógica, reduccionista -el dilema-, cuyo alcance explicativo es, por otra parte, muy relativo.

Por contra, es preciso reconocer que ciertas cuestiones dilemáticas acaso tengan un punto de razón, un cierto asentamiento en la verdad que es lo que, precisamente, les dota del atractivo, credibilidad y verosimilitud con que suelen presentarse.

Este es el caso, por ejemplo, de la opción que se plantea en el médico joven cuando toma la decisión de elegir una especialidad. De forma muy reductiva esa decisión puede plantearse en el horizonte de dos necesidades contrapuestas: la necesidad de satisfacer su ideal profesional de "ser el mejor especialista posible" o la necesidad de "aliviar, de la forma más eficaz, el dolor humano en el mayor número posible de personas". De seguir la primera aserción, se estaría concediendo mayor relevancia al yo personal que a los otros; de seguir la segunda, en cambio, el anterior balance se invertiría.

Pero, venturosamente, las cosas no son tan sencillas, lo que quiere decir que las decisiones no se radicalizan necesariamente "in nuce". Es decir, el joven aspirante a especialista haría muy mal si se atuviera únicamente a las dos anteriores aserciones disyuntivas.

Sin duda alguna, su decisión sería más acertada y justa si en lugar de optar por la formulación disyuntiva (A o B), hiciera intervenir otras muchas variables, de cuyo peso relativo depende la solución más apropiada, lo que forzosamente exige la apelación a par-

tículas copulativas y no disyuntivas (A... y B... y C... y D... y...).

El realismo de la clínica

Pero no piense el lector que esta crítica a las cuestiones dilemáticas constituyen un mero discurso teorético, un tanto alejado de la realidad clínica. Veamos un ejemplo de mi experiencia clínica personal, en el que el planteamiento de una cuestión dilemática estaba aparentemente mejor legitimado.

Esto es lo que sucede cuando, por ejemplo, un psiquiatra ha de tratar, al mismo tiempo, a la víctima de una violación sexual y a su violador, quienes con total independencia y por muy diversas motivaciones, da la coincidencia de que consultan con el mismo psiquiatra.

Son muchas las dificultades que acontecen en el ejemplo al que se acaba de aludir. De una parte, porque habrá que citar a cada uno de ellos en días diferentes o en diversos lugares, de manera que jamás coincidan en la consulta. De otra, porque es posible que ese psiquiatra sólo descubra la proximidad entre el violador y la persona violada, después de algunas entrevistas, una vez que ha aceptado el compromiso inicial de tratar a ambos.

El posible conflicto ético se plantea aquí en dos diferentes niveles. En primer lugar, a nivel de la propia intimidad del siquiatra, en el que lógicamente impactan de modo sincrónico las informaciones suministradas por una y otra personas. En este caso, el elemental planteamiento ético exige de él que no haga acepción de personas, que disuelva cualquier repugnancia empática que pudiera surgir en él a favor de una y/o en contra de la otra, que se esfuerce por sacar adelante y aliviar los trastornos que cada una de las per-

sonas presentan, como si entre ellas no hubiera ninguna relación. Esto, ciertamente, no es nada fácil, condicionando en algunos casos la necesidad de plantearse el derivar a uno de ellos a otro especialista siempre y cuando, claro está, con tal decisión no se empañe o frustre el compromiso terapéutico inicialmente adquirido.

Y, en segundo lugar, este dilema plantea también otros numerosos conflictos a nivel asistencial, como el hecho de no emplear la información proveniente de uno de ellos en contra o en favor (?) del otro; en guardar un estricto secreto profesional de los datos disponibles acerca de cada uno de ellos, lo que no siempre es fácil; y, muy especialmente, en decidir si el conocimiento de los hechos de que dispone a través de uno de ellos puede emplearse o no en el programa terapéutico por el que opte para el tratamiento de la otra persona.

Como puede observarse en el anterior ejemplo clínico, alguna cuestión dilemática sí que pudiera llegar a plantearse. Pero, en cualquier caso, esto acontece de una forma muy excepcional en la práctica clínica. Por eso, en la mayoría de los casos, constituye un ejemplo obsoleto, decimonónico e irreal el planteamiento de ciertas cuestiones dilemáticas como el típico caso de "salvar a la madre embarazada o al feto" que alberga en sus entrañas. De hecho, en el estado actual de los conocimientos científicos, tal alternativa radical no se plantea nunca en la práctica.

Otros escenarios más apropiados donde plantear las cuestiones dilemáticas

En cambio, resulta un tanto extraño que se desatienda a otros escenarios -mucho más relevantes y necesitados-, en donde realmen-

te sí que se plantean cuestiones dilemáticas y éticas de mayor alcance.

Este es el caso, por ejemplo, del modo en que se administran los recursos humanos en el ámbito hospitalario. Ciertamente que los recursos económicos constituyen un bien escaso y, precisamente por eso, hay que administrarlos justamente. En opinión del autor de estas líneas, es en este ámbito donde más frecuentemente acontecen hoy los dilemas éticos a pesar de que, no obstante, continúa siendo el ámbito más desatendido por los profesionales de la ética.

Observemos un ejemplo, que en la última década ha acontecido en más de una ocasión. Dado que los medios económicos para la atención de la salud son más bien escasos, parece lógico que haya que optar entre dos o más posibilidades a la hora de decidirse por la creación de una u otra unidad de asistencia especializada en el ámbito hospitalario. La creación, por ejemplo, de una unidad de trasplante hepático, supone una inversión mucho más cuantiosa que la creación de una unidad de medicina paliativa o de una unidad de tratamiento del dolor. Cada una de las decisiones que se tomen dependen de muchos criterios que es preciso balancear con la necesaria prudencia y justicia.

Si nos atenemos al número de enfermos que resultan aliviados mediante el concurso de esas unidades, habrá que admitir que son más numerosas las personas que se beneficiarían de una unidad de tratamiento del dolor, que de un servicio de trasplante hepático.

Si nos atenemos al criterio económico, la primera es incomparablemente más barata que el segundo. Es preciso atender, además, a otros criterios como, por ejemplo, la demanda

de enfermos que requieren el tratamiento en una u otra de estas unidades, la disponibilidad de estas u otras unidades en otros hospitales de la misma zona, etc. Como puede observarse hay muchos criterios a los que apelar y una forzada cuestión dilemática que resolver: si se crea una u otra unidad.

Es difícil determinarse por el peso heteróclito de los diversos criterios a los que se ha aludido. Y, sin embargo, es posible -hay constancia de ello-, que el criterio que prevaleció, finalmente, para esta toma de decisiones no fue ninguno de los anteriores.

De hecho, en una misma ciudad, no excesivamente poblada, se dispone hoy -gracias a aquella toma de decisiones-, de dos unidades de trasplante hepático, cuyos equipos rivalizan entre sí en lo relativo a obtener mejores indicadores de la práctica quirúrgica por ellos realizada (número de trasplantes al año, índice de mortalidad durante las intervenciones, supervivencia de los pacientes durante el primero, segundo o tercer año tras la operación, etc.).

Por contra, en esa ciudad no se dispone de ninguna unidad para el tratamiento del dolor y de una sola unidad de medicina paliativa que no alcanza a atender, como sería preciso, a todos los pacientes que demandan este servicio. El criterio que prevaleció para la toma de esa decisión fue de una naturaleza muy distinta a los anteriores. Desde la perspectiva del prestigio social hospitalario, una unidad de trasplante hepático es más valorada -es casi emblemático del hospital en que se crea-, que cualquiera de las otras unidades.

Aquella concita los "mass-media", mientras que éstas apenas si constituyen una "noticia" que merezca aparecer en la prensa. Es legítimo y ético que, lógicamente, un hospital

esté prestigiado, así como que las decisiones que en él se tomen sean conformes con el prestigio al que dicha institución aspira. Pero, ¿es éste el criterio prioritario, en función del cuál han de tomarse tan arriesgadas y relevantes decisiones? ¿Es que acaso tiene más derecho el enfermo hepático al trasplante que el enfermo canceroso terminal a morir con dignidad?

No, no parece que el criterio economicista ni el criterio de prestigio social sean los únicos ni los más importantes a la hora de fundamentar una determinada decisión.

La apelación a otros principios y criterios éticos

Podríamos invocar otros criterios, más estrictamente vinculados con la ética, para esta toma de decisiones. ¿En qué modo los principios de beneficencia, justicia y autonomía podrían aquí desplazar la toma de decisiones hacia uno u otro extremo? ¿Cabe resolver el problema planteado apelando, por ejemplo, a la ética mínima, a la ética del consenso o a otras éticas alternativas?

Sin duda alguna, resultará conveniente apelar, en este caso, a esos principios éticos. Pero si no se desea incurrir en una generalización social de la desconfianza respecto a las decisiones institucionales sanitarias tomadas, los principios éticos a los que se apele han de estar bien fundamentados. Esto significa que los principios éticos a que se acaba de aludir necesitan ser adecuadamente aplicados en este caso, lo que conlleva una profundización en las raíces constitutivas que fundamentan ese supuesto carácter principialista que les anima.

En síntesis, estos principios éticos remiten y exigen un replanteamiento de la ética

de los principios. Sin el esclarecimiento de ésta última, muy difícilmente se atinará a establecer el fundamento que legitima la aplicabilidad de aquellos.

De otro lado, la ética mínima, la ética del consenso y las éticas alternativas lo que ponen de manifiesto es la multiplicación y diversidad de las éticas "a la page" a que hoy se apela. En realidad, todas ellas son "éticas adjetivos", es decir, éticas en cierto modo, restringidas, recortadas y autolimitadas relativamente por los adjetivos que de este modo substancian su contenido. Las éticas adjetivos remiten y pueden implicar una adjetivación de la ética, un modo de etiquetado que particulariza y relativiza el mismo alcance de ésta.

Fundamentar una decisión institucional, como la que aquí se ha puesto de manifiesto, acaso sea políticamente correcto, pero muy probablemente abriría una discusión interminable, desde el punto de vista de lo que éticamente es hoy sostenible y, en modo alguno serviría para la toma de decisiones que es lo que aquí importa.

En el ámbito institucional es muy difícil desvelar hoy cuáles son los criterios sobre los que ha de asentarse "lo qué hay que hacer". Pero aún admitiendo ese grado natural de complejidad, lo que no parece éticamente sostenible es que se eleve el criterio de deseabilidad social o el criterio economicista a un ordenamiento imperativo implícito, que, por ser implícito, constriñe con sus imposiciones y ahorroja la libertad del paciente, pero que en tanto que imperativo al fin, modela y configura una libertad cautiva.

Desde la perspectiva del bien común, no parece conveniente que el usuario de los servicios de salud -un término éste que debería

abolirse, para no sembrar todavía más la confusión entre médicos y pacientes-, module su conciencia con la sospecha y la suspicacia.

Si los pacientes desconfían de la atención que les ofrecen las instituciones hospitalarias, es muy posible que su relación con el médico se articule mal, por rodearse de un halo paranoico, en cuyo ámbito el médico aparece como un representante más -el más relevante por su significado, como "decididor" de la terapia- de la institución, que es percibido como si no le prestara los servicios que necesita.

Biodiversidad vs. dilemas éticos: de la realidad multicultural e isomorfismo mental

Asistimos así a numerosas paradoja que en el ámbito de la ética deberían de resolverse. Al mismo tiempo que se apela a la biodiversidad, como fundamento del respeto a las diferencias individuales y personales, se encierra aquella en modelos dilemáticos demasiado estrechos como para que quepa, y demasiado rígidos como para que no se desnaturalice.

Es cierto que tanto la salud como la patología constituyen sistemas abiertos que por su misma naturaleza dependen de un flujo de variables, que sólo con gran dificultad pueden controlarse. La salud y la enfermedad -a qué negarlo-, son universos complejos e inapresables. De otra parte, es un hecho que la asistencia clínica -tal y como hoy se entiende- tiende a la globalización.

El enfrentamiento está, pues, servido. Al hecho de que "no hay enfermedades, sino enfermos" (singularidad), se enfrenta la globalización de la asistencia (universalidad); a la unicidad e irrepitibilidad del sufrimiento

humano (personalidad), se opone la asistencia cada vez más "tiranizada" por ciertos protocolos (asistencia protocolaria).

Nada de particular tiene que invocando cierto pragmatismo ético, la biodiversidad y realidad multicultural se reduzcan a apenas una cuestión dilemática, excluyente de otras posibilidades y reductivamente bicolora.

Tal intento sólo puede tener lugar cuando la universalidad del pensamiento y de la conciencia ética -la libertad en el pensar- se constriñen a lo que podríamos denominar con el término de "isomorfismo mental". Pero, ¿es que acaso puede encerrarse la vasta realidad

humana que anida en el vivir y el sufrir de la persona doliente en el hermetismo asfixiante de la lógica, de las artificiales éticas dilemáticas?

Bibliografía

Ferrater Mora, J. (1979). Diccionario de Filosofía. Alianza Diccionarios. Madrid.

Gorovitz, S. (1982). Doctor's Dilemmas. Moral conflict and medical care. Oxford University Press. Oxford.

Lockwood, M. (1985). Moral dilemmas in modern medicine. Oxford University Press. Oxford.