



COMENTARIO AL CASO: RIESGO DE ABORTO EN MUJERES SUSCEPTIBLES Y APOYO SOCIO-FAMILIAR. DOS CASOS CLÍNICOS CONTRAPUESTOS

COMMENTARY ON THE CASE: RISK OF ABORTION IN SUSCEPTIBLE WOMEN AND SOCIO-FAMILY SUPPORT. TWO OPPOSING CLINICAL CASES

ANTONIO PARDO
Universidad de Navarra
Unidad de Educación Médica y Bioética
Irrularrea 1, 31008 Pamplona
apardo@unav.es

Los motivos para estudiar Medicina son muy variados y cada persona es un mundo. El desencadenante que lleva a afirmar “esto es lo mío” puede ser de muy diversa índole. Hay profesionales que han vivido un ambiente familiar de medicina o enfermería, y terminan, de modo muy progresivo, viendo que ese tipo de profesión es lo connatural para su vida. En otros casos se da el fenómeno opuesto: en un ambiente familiar sin profesionales de la salud, el hijo o hija descubre que lo suyo es ser médico, muchas veces a edades tempranas y de modo muy claro. Otras veces el desencadenante es una anécdota, una situación, enfrentarse con una enfermedad seria en la familia o en un amigo.

En todo caso, yo diría que hay como dos “ganchos” profesionales distintos. Uno, lo apasionante de las cuestiones técnicas de la profesión misma, otro, la atención a las personas.

Lo primero pienso que coincide con adolescentes avispadados, con una eterna curiosidad por el porqué de las cosas, que gustan de desentrañar “secretos” de la

naturaleza, o no tanto (tengo en mi haber varios estropicios materiales juveniles en intentos de ver cómo es algo por dentro). En ese contexto, la mecánica es apasionante, y de hecho ha sido tradicionalmente una gran afición de los médicos: los coches. Ahora que levantas un capó y encuentras un universo que no puedes manipular, y que se diagnostica conectando un ordenador, la cosa no resulta tan atractiva. Pero los “mecanismos” del cuerpo humano son, sin comparación, mucho más atractivos, por su complejidad. Y poder controlarlo técnicamente siempre tiene un gancho especial. Y muchos médicos dicen “esto es lo mío” por la curiosidad intelectual mezclada con la pasión técnica y la posibilidad de manejar los procesos de algo tan complejo como el cuerpo humano.

Los estudios se encargan de apuntalar este punto de vista pues, tras las oportunas materias básicas, al llegar la Fisiología se pone todo el esquema a funcionar y, a poco bien que se explique, el entusiasmo del alumnado está garantizado. Medicina es “LA” carrera técnica, la

elección ha dado en el blanco. De hecho, es bastante inevitable que en la docencia de la Medicina haya gran preponderancia de aspectos técnicos, imprescindibles para poder tratar a los pacientes¹.

El otro “gancho” que lleva a la visión de la vocación profesional (siempre intuitiva, y probablemente imposible de describir con palabras en su núcleo más íntimo) es la ayuda a las personas. Un familiar cercano enfermo, una situación desdichada que se observa en una actividad de verano con una ONG, y mil cosas más, hacen descubrir que estamos en el mundo para atender a personas que sufren, para aliviar, para llevar una sonrisa².

Es normal que, a partir del planteamiento que he mencionado en primer lugar se pase, antes o después, al segundo. Esta transición puede suceder durante la época de estudiante, otras veces tras varios años de ejercicio profesional. No sería la primera vez que un médico, tras varios años de ejercicio en una especialidad, pase a dedicarse a los cuidados paliativos, al ver el problema de la enfermedad desde el punto de vista humano. En todo caso, lo importante consiste en adoptar cuanto antes la segunda actitud: estoy aquí por los enfermos (cuestión que no exige que se pierda el entusiasmo por las cuestiones técnicas).

De lo contrario, se producen trastornos en la atención de los pacientes, desgraciadamente frecuentes. Así, es relativamente fácil encontrar médicos técnicamente muy buenos, pero que consideran un tedio y una molestia las quejas del enfermo, o sus deseos de conocer detalles y posibilidades de su enfermedad. Su enfoque de la atención sanitaria consiste en diagnosticar con precisión, gracias a la analítica y pruebas complementarias actuales, y recomendar el tratamiento más eficaz disponible, pero sin prestar especial atención al paciente. Dado que nuestro interés básico es ayudarlo, no deja de

1 Hace años revisé los programas de estudio de Medicina y pude comprobar que las cuestiones que pudiéramos llamar “humanísticas” llegan con dificultad al 4% de la docencia, y eso juzgando muy benévolamente qué materias pueden caer en dicha denominación.

2 Cf. Anónimo. Los consejos de Esculapio. Disponible en <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/los-consejos-de-esculapio> Accedido el 25 de septiembre de 2018.

ser paradójico ese resultado, que considero vinculado en parte con la pasión por la tecnología.

Max Weber, el fundador de la sociología moderna, hablaba de “especialistas sin espíritu y hedonistas sin corazón” para referirse a los profesionales formados en un contexto fundamentalmente técnico: en su trabajo, lo desarrollarán con eficacia técnica, pero sin la visión amplia que da una educación humanística y una visión de las personas implicadas; y, después del trabajo, a vivir que son dos días, por decirlo de modo sencillo; esta segunda parte se puede modificar en personas buenas, que no viven de ese modo, sino que atienden a su familia y obligaciones sociales de modo dedicado; en todo caso, es penosamente frecuente la dicotomía mental entre el trabajo y sus imperativos técnicos, y la vida extralaboral y sus relaciones humanas. Y la falta de perspicacia para lo humano que algunos manifiestan en el trabajo demuestra que no han efectuado una transición o elevación de motivos para su dedicación a la Medicina, de modo que consideren la atención al paciente como objetivo prioritario. Se han quedado en el atractivo técnico inicial de la profesión, y no han calado su raíz vocacional auténtica, que, al ser aceptada, produciría unos comportamientos muy distintos.

Durante mis estudios, la materia de Historia de la Medicina me pareció un auténtico meteorito, de una sustancia muy ajena a las cuestiones técnicas que se desarrollaban en otras asignaturas. Dejando aparte la historia de las ideas médicas en otras épocas, que no dejaba de ser interesante y divertida (no llegué por entonces a considerarla aleccionadora), me dejó algo desconcertado la descripción de la batalla de la clase médica en la Inglaterra del XIX por la situación de la clase obrera, y sus problemas de salud.

Con bastante simplismo e ingenuidad, atribuí ese relato, y el hincapié que se hizo sobre esas situaciones sanitarias, a la afiliación política de los profesores que impartían la asignatura. No comprendía algo que, posteriormente, me pareció aplastante, probablemente gracias a las lecciones de Salud Pública: la Medicina no se preocupa solamente de pacientes concretos, sino de

la promoción de la salud de todos en general. Y esa preocupación no es solamente algo normalizado o institucional, por decirlo de algún modo, sino que afecta el alma de cualquier médico con sentido vocacional: no cabe la indiferencia de un médico auténtico ante problemas globales o generalizados de salud. Va con su vocación y forma parte de su vida. La preocupación por la salud de la clase obrera en Inglaterra no es un fleco ajeno a la Medicina que asumieron algunos colegas con intereses sociales, sino algo nuclear e irrenunciable para todo médico (cuestión distinta es la capacidad de acción de cada médico en particular para intentar remediar dichas situaciones, muy variable).

Tenemos en la historia reciente de la Medicina en España ejemplos muy cercanos que resultan muy aleccionadores al respecto, como el caso de Patricio Borobio, uno de los iniciadores de la Pediatría en España³. Dejando aparte su consulta habitual, y la atención gratuita de pacientes menos pudientes, como era habitual en la época, su alma médica no podía quedar indiferente ante los problemas que veía en los niños y jóvenes que atendía. La delincuencia de un menor, en esa época (primeras décadas del XX), podía conllevar penas de prisión; pero la cárcel, más que un medio de rehabilitación, era el modo de terminar de convertirle en un delincuente para toda su vida. Ante esta tesitura, el Dr. Borobio gestionó todo lo que fue menester hasta que consiguió la creación del Tribunal Tutelar de Menores, que sacaba a los jóvenes delincuentes de la espiral que les hundía cada vez más en el delito.

Esto no era un problema que, estrictamente, pudiéramos llamar sanitario, pero era un problema humano que su mentalidad médica, de atención a quien necesita ayuda, no podía soslayar sin traicionar en mayor o menor medida su vocación profesional.

Los casos que nos presenta el artículo que comentamos tienen un trasfondo parecido: médicos que atienden a mujeres con un problema humano relacionado con la oferta o realización del aborto. Una solución "técnica" (como sería la práctica del aborto o su acepta-

3 Cf. María Nieves Martín Espíldora. Patricio Borobio y los inicios de la pediatría en Zaragoza. Zaragoza: Institución "Fernando el Católico"; 1996. 310 pp. <https://ifc.dpz.es/publicaciones/ver/ld/1891>

ción relativamente indiferente, sin más preocupaciones por el asunto) no es viable en el contexto de respuesta vinculada al compromiso con la vocación profesional. Es necesaria la preocupación concreta por la persona.

Hay quien, tras leer ese texto, podría pensar algo como: "vaya, otros médicos pro vida metiéndose donde no les llaman". Esa conclusión indica que no se ha entendido la raíz de la profesión médica, y cómo, necesariamente, ésta termina modulando de modo decisivo la actitud personal del médico ante otras personas y la sociedad.

Esto se nota muy bien en la labor investigadora previa de los autores⁴. Ante situaciones que han despertado su "instinto" médico de preocupación por los problemas personales que observan en su consulta, investigan: no se trata de quedarse con impresiones, sino de examinar objetivamente si se corresponden con la realidad. Y la investigación realizada permite calibrar la magnitud del problema y ponerse a plantear las posibles soluciones que se ven factibles en primera instancia. Y, aunque luego haya que modificar estas medidas para hacerlas más adecuadas o eficaces, el resultado de dicha investigación es claro: la situación legal del aborto termina suponiendo una carga desproporcionada para las clases menos pudientes y, en el sistema actual, es patente la dejación de la atención a las embarazadas con problemas. La llamada subsiguiente a poner en marcha procedimientos de ayuda es manifestación del *telos* natural de la clase médica.

La descripción de los casos, sin embargo, me parece un tanto mejorable, no tanto por el contenido aportado o la sintaxis (muy correctas), como por la aceptación de una terminología que, personalmente, no me agrada, y creo que lleva a confusiones conceptuales que se pueden evitar fácilmente dejando aparte esos términos.

La primera es la expresión "conflicto ético". Se enumeran cinco para el primer caso y dos para el segundo. Intentaré aclarar el porqué a continuación.

4 Cf. Fernández López MI, Carrillo Navarro F, Leal Hernández M, Carrillo Cañaveras I, Carrillo Navarro E, Lozano Sánchez ML, Fernández Riquelme S, Pastor LM. Una aproximación al aborto e inmigración en España. El valor socioeconómico de la vida humana. *Cuad Bioet.* 2010 Sep-Dec;21(73):313-26.

El estudio de la ética versa sobre la acción humana, que recibe la valoración de adecuada o inadecuada, buena o mala, y otros términos de uso común que pretenden describir una realidad, a saber: independientemente de otros considerandos (utilidad, beneficios reportados, eficacia, etc.), los actos voluntarios que llevan a una acción tienen una calificación moral en sí mismos que impregna lo que se hace. Así, por ejemplificar de algún modo, tratar una apendicitis es una decisión buena de la que se sigue la actuación de operar al paciente, actuación que sólo se puede describir teniendo en cuenta que la decisión es ésa, y no es hacer una herida en el abdomen al paciente (cosa físicamente real, pero que no dice nada sobre la naturaleza ética de lo que se está haciendo).

Desde este punto de vista, completamente realista, no hay conflictos éticos. Hay decisiones correctas o incorrectas. Puede haber situaciones de perplejidad, en que se duda, entre varias alternativas, cuál es la adecuada, pero, ante dichas situaciones, sabemos que la solución es pensar el caso con orden, consultar a alguien experto, etc., para aclarar la duda, y actuar del mejor modo posible. Esas situaciones de perplejidad podríamos denominarlas dilemas éticos: oscuridad del sujeto que actúa ante varias alternativas.

Sin embargo, la filosofía política moderna, desarrollada desde el siglo XVII en adelante, y que es la matriz dominante en EEUU, país que nació a su sombra, considera las cosas de otro modo: carga el acento en la relación de unos con otros. Las personas, según este modo de ver, son libres, pero en un sentido más "libertario": las decisiones carecen de reglas internas y no deben estar constreñidas por los demás; cada cual es autónomo (palabra que degrada el sentido original en Kant, pero es el significado con que se emplea hoy). Es el sentido del término *liberté* de la revolución francesa.

En este contexto, es inevitable que surjan los conflictos: yo quiero A y tú quieres B; entonces, ¿cómo vivimos juntos? Toda la política, y la bioética liberal estadounidense, es un intento de conjugar intereses contrapuestos para que "esto funcione", por decirlo de algún modo. Esos conflictos de intereses han recibido en bioética el

nombre de conflictos éticos o de dilemas éticos. Como puede verse, en su raíz, poco tienen que ver con la ética; tienen que ver con solucionar que hacemos para que cada cual siga actuando según su parecer y a la vez vivir juntos sin violencia (esta última idea se remonta a Hobbes). Como es obvio, solucionar ese rompecabezas es imposible, por mucho que se hable de participación democrática, consenso en un comité o diálogo (estilo Habermas): si no es posible un diálogo en que las personas se influyan mutuamente en sus decisiones, sino que cada cual es "autónomo", no hay entendimiento sino, como mucho, imposición de la postura de unos a otros para que el mundo pueda seguir rodando.

Por este motivo, me resisto a hablar de dilemas o conflictos éticos en bioética. Ese modo de expresarse, aunque se puede entender bien forzando un poco el significado de la expresión, normalmente es desorientador con respecto a los aspectos genuinamente éticos de las actuaciones: buscar el bien con intenciones y decisiones correctas.

La otra cuestión, menor, pero que me parece matizable, es la insistencia en la neutralidad moral del médico al enfrentarse con las diversas situaciones. Se menciona en cada caso a propósito de que no es papel del médico hacer juicios morales sobre la conducta de los pacientes.

Estoy completamente de acuerdo en que, desde una visión de la ética que considere sus aspectos genuinamente éticos (la voluntad libre que intenta y decide), es poco menos que imposible juzgar como correctas o incorrectas las actuaciones de otra persona, incluso si ésta nos relata lo que le ha movido a hacer las cosas así. Además de las cuestiones voluntarias, hay múltiples condicionantes psicológicos, culturales y educativos que hacen evaluar las situaciones de modo muy variado, y de los que no podemos terminar de hacernos cargo. Desde ese punto de vista, los autores del artículo llevan toda la razón: no se puede juzgar moralmente a los demás. Sencillamente, no podemos, no estamos en condiciones de saberlo todo.

Sin embargo, desde el punto de vista de la filosofía política moderna, que ya hemos mencionado a propó-

sito de los “dilemas éticos”, la cosa cambia bastante. En ese contexto, cada cual es una libertad autónoma, y el objetivo consiste en una cierta coordinación de mis decisiones con las de los demás. No se contempla que lo decidido autónomamente sea bueno o malo (desde el punto de vista realmente ético). Los intentos de calificar la actuación de los demás, o de hacer ver que una decisión es mejorable, carecen de sentido. En el planteamiento ideal de la sociedad liberal moderna, cada cual es una isla, y la influencia mutua producto del diálogo que comunica intimidades no existe. Obviamente, en la realidad de las relaciones humanas sí existe. Pero, cuando alguien con esta mentalidad que podríamos llamar “autonomista” recibe un consejo que roza ese punto “decidido autónomamente”, lo ve como un intento de manipulación. Incluso aunque dicho consejo solamente invite a observar la realidad para reflexionar sobre ella. Una buena muestra es la negativa de los partidarios del aborto (el tema que nos ocupa) a que la mujer embarazada vea la ecografía del hijo que va a morir: según ellos, eso es manipulación que impide la libertad.

Aunque el planteamiento liberal moderno pueda parecer atractivo, como fomento del respeto a la libertad

individual de los demás (aunque no es exactamente eso), a la hora de la verdad termina mostrando que ese respeto a ultranza es simplemente indiferencia: “si usted lo ha decidido, allá usted, yo no me meto”.

Este planteamiento radical, además, anula la posibilidad de consejos por parte del médico, que muchas veces debe intervenir en la vida del paciente aconsejando cambios de estilo de vida e intentando convencer de ellos.

En todo caso, es evidente que los autores, al decir que no tienen la función de hacer un juicio moral, no se refieren a esta indiferencia moderna, pues entonces no plantearían procedimientos de ayuda a las embarazadas con problemas. En dicho planteamiento moderno, si la mujer ha decidido algo, allá ella, es autónoma y es su decisión.

Pero el médico no es indiferente a la situación de sus pacientes. Va con su compromiso vocacional la ayuda a los demás y, por tanto, evaluar las situaciones que se le presentan para aportar consejos que pueden suponer un cambio en la conducta del paciente, siempre dentro del reconocimiento humilde de que no sabemos todos los condicionantes de los demás y no podemos entrar a juzgar sus actuaciones como moralmente malas nunca.

