

PRESENTACION: LA BIOETICA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

LA CRISIS DE LA CONCIENCIA MEDICA EN NUESTRO TIEMPO

Dr. Manuel de Santiago

Quiero en primer lugar agradecer a la junta del Colegio de Médicos de Madrid y especialmente a su presidente el Dr. Zamarriego la oportunidad que me ha brindado para participar en esta I Jornada sobre Ética y Deontología, que revela, no sólo el afecto y la amistad que nos vincula desde hace muchos años, sino también nuestra común preocupación por la profesión sanitaria, cuyo actual status y rumbo no nos resulta plenamente satisfactorio. No debe faltar, igualmente, mi felicitación por el acierto de esta convocatoria que, ciertamente, constituye una primera apuesta sobre esa imperiosa necesidad de la Medicina de meditar sobre sí misma, de hacer una parada en el tráfico de las urgencias diarias, para reflexionar juntos sobre el futuro de la profesión médica.

El título de esta conferencia no pretende sugerir una panorámica de los cambios sufridos por el ejercicio de la Medicina en esta segunda mitad de siglo, ni tampoco una nostálgica glosa del pasado. Pretende transmitirles mi preocupación por la suerte moral de nuestra profesión y la necesidad de reflexionar juntos acerca de la doctrina del ejercicio médico en nuestro medio, qué somos, a dónde vamos y qué queremos. Estoy convencido de que la satisfacción personal -la felicidad del médico- en el ejercicio de la Medicina no se vincula sólo al éxito profesional, al beneficio material o a la fama, sino que ancla sobre algo mucho más profundo, que es la vocación, y ésta sólo es factible, al menos así lo pienso, si se preserva la identidad del acto médico. Donde la elección terapéutica no constituya sólo una decisión técnica sino también una decisión moral. En tanto que los avances tecnológicos y los logros médicos se suceden y los profesionales de la Medicina nos insertamos, o somos, el progreso, la faceta deontológica y la ético-humanística permanece infantil, no parece haber alcanzado la mayoría de edad. Llevamos 50 años sin que la Deontología y mucho menos la Ética constituya una materia académica. Arrastramos unas maneras de ser médicos ancestrales, pero ignoramos mucho de cuanto significan los fundamentos del obrar moral.

EL CAMBIO MÉDICO

A mi juicio la Medicina vive un tiempo de crisis. Por crisis entiende la Real Academia la "situación de un asunto o proceso cuando está en duda la continuación, modificación o cese". Aceptación que resulta idónea para identificar el proceso de cambio que se va produciendo en la Medicina.

La identidad del acto médico en su versión tradicional, que implica la libertad de conciencia del médico, está hoy amenazada: en esto radica lo que entiendo por crisis de la conciencia

médica. Una amenaza que opera sutilmente desde dentro y fuera de la Medicina y a cuyo análisis voy a dedicar estos minutos.

Quizás pocas profesiones se hallan inmersas en un proceso de cambio tan profundo como la nuestra. Las transformaciones operadas en la práctica médica en las últimas décadas revelan su incorporación definitiva a la Modernidad. La Medicina ha sido una de las profesiones históricas que durante más prolongado tiempo mantuvo una estrecha vinculación con su tradición ancestral. Y aunque indiscutiblemente fue influida, en cada nación, por los avatares políticos y sociales, conservó universalmente unos mismos valores, herencia sin duda de la tradición hipocrática que había sido asumida y reafirmada por la moral judeo-cristiana. Pero desde hace dos décadas mucho va cambiando y no siempre para bien. El proceso de transformación opera básicamente sobre dos campos de la actividad médica, el específicamente científico y la relación médico-enfermo, pero el núcleo de la crisis se centra en dos poderosos cambios que vamos a denominar la tensión entre beneficencia y autonomía, por un lado, y la pérdida de la impunidad jurídica por otro.

LA TRADICION MEDICA Y LAS ETICAS DE LA "VIRTUD" Y DE LOS "DEBERES"

Ha sido Gracia (1), en su función de historiador de la Medicina, quien ha destacado entre nosotros la tradición de un modelo de ética basado en el binomio virtud-vicio, que ha prevalecido en la cultura mediterránea y greco-latina, con independencia de que haya constituido la matriz de toda la cultura occidental, esto es, la tradición clásica. Frente a ella y generada a modo de reacción habría surgido otro binomio moral derecho-deber, donde la virtud habría sido sustituida por una ética de "derechos" y de "deberes", que había desarrollado entre protestantes y anglosajones. En esta perspectiva, para el prestigioso Alasdair MacIntyre -padre de esta tesis- el abandono de la tradición clásica habría sido desastroso: la pretensión de superar el contexto moral de las virtudes en la empresa de fundamentar la moral o la ética en función de "derechos", de "reglas" o de "principios", es imposible (2).

En opinión del prestigioso filósofo de Notre Dame University ha llegado el momento de retornar al viejo modelo: la ética no debe entenderse como una mera búsqueda incesante de fundamentos, sino como la adquisición de hábitos de comportamiento, de cualidades de carácter.

Permítanme ustedes ahora otra contribución erudita a la cuestión que nos ocupa. Diez años después de que MacIntyre escribiera 'After Virtue'(1981), y desde una concepción ética muy alejada de él, Beauchamp y Childress -los padres de la formulación clínica del principialismo- escriben: "Nuestro primer objetivo es superar un indebido y excesivo énfasis y desequilibrio de la teoría ética contemporánea, que centra sobre una moral de mínimas obligaciones, mientras fuertemente ignora la supererogación y los ideales morales". Y más adelante: "Esta focalización sobre mínimas obligaciones ha diluido nuestra concepción de la vida moral... Nosotros aspiramos, en este momento, a rectificar este sesgo (o predisposición) hacia las obligaciones mínimas"(3). Y como queriendo reforzar su conversión a la exigencia de recuperar los grandes ideales morales para la ética Beauchamp y Childress hacen una alusión de autoridad al mis-

mísimo Stuart Mill, uno de los padres del pensamiento liberal: "El hombre satisfecho, o la familia satisfecha, que no ambicionan hacer felices a otras personas, promover el bien de su prójimo o de su país, o 'crecer ellos mismos en excelencia moral' no nos provoca ni admiración ni aprobación"(4).

¿Qué es, en el fondo, lo que aboca a estos grandes filósofos morales del pensamiento actual al recurso de recuperar el viejo ideal aristotélico de aspirar a una vida admirable, de logros morales, de incorporar de nuevo al dinamismo del sentimiento ético las viejas virtudes de carácter -la prudencia, la compasión, la honestidad, la discreción, el coraje, la paciencia-, a esa 'greatness of soul' a que ellos hacen alusión, esto es, a esa grandeza de alma a que hacía referencia Aristóteles...? Podemos concluir con sus propias palabras. Porque ausente esta perspectiva de los grandes ideales, de la supererogación, del ir más allá de las obligaciones y los deberes mínimos, el horizonte de la ética que ellos perciben se difumina, se diluye y se angosta. La vida moral de los médicos parece quedar sin inspiración, carente de un reto moral ilusionante que tienda a elevarles, a tirar hacia arriba, a exigirles un sacrificio -una dimensión de máximos- que les haga sentirse, al final, más felices.

Si por un momento retornamos a la Medicina práctica, puede ocurrirnos a nosotros como en el caso de la popular dieta mediterránea, la más prestigiosa de la moderna dietética, que vengan desde fuera de nuestras fronteras a reconocerla, porque los indígenas que la consumíamos jamás lo habíamos advertido ni valorado.

¿Qué quiero decir con esto? Que el modelo de las virtudes que ya reclaman muchos, estaba presente en la vivencia de la práctica médica de nuestros maestros más inmediatos, que hoy quizás tenemos olvidados: Los Letamendi, los Cajal, los Maraión, los Jiménez Díaz y en ese monumento a la reflexión médica que es Don Pedro Laín Entralgo.

Una simple lectura al pergamino sobre el pensamiento de Gregorio Maraión, el paradigma de médico liberal, que se conserva en la biblioteca de este Colegio, revela la grandeza de espíritu que orientaba el comportamiento de los médicos de hace medio siglo. En él está presente esa "moral de excelencia" a que secretamente aspiran Beauchamp y Childress y otros muchos sin saberlo. La tarea del médico, dice Maraión, es una misión llena de virtudes, de sacrificio por el estudio y la competencia, de humanidad y generosidad, de entrega del propio tiempo, de la vida misma, a una gran vocación de servicio, pletórica de amor y simpatía a los enfermos, sean quienes sean, porque el hombre para Don Gregorio es un absoluto, es hijo de Dios... y porque sólo así el médico se transforma y es capaz de llenar de sentido el dramático destino del hombre, que es la muerte. Ser médico -concluye Maraión- es una 'divina ilusión' que transmuta la vida del profesional y le emplaza a una suerte de sabiduría y esperanza, donde la enfermedad se transforma en salud y la muerte en vida...(5).

Ustedes y yo estamos de acuerdo, seguramente, en que esta idea del acto médico como "servicio" está muy alejada de la práctica actual. Aún más, para algunos este concepto de "servicio" está desfasado, es algo arcaico, como reliquia de un paternalismo axiológico caduco, expresión, en fin, inadecuada, para emplazar la verdadera dimensión del acto médico. Más,

como destaca Herranz en sus 'Comentarios al Código de Ética y Deontología médica'(6), "el trabajo profesional del médico es un servicio", una disposición a priori a favor del enfermo, una interacción médico-paciente que establece claramente una diferenciación con los actos específicos de otros profesionales, donde el énfasis no se pone en el legítimo lucro, en los resultados o en la fama, sino en valores previos de reconocido significado: disponibilidad, competencia y respeto en ayuda del que lo necesita. Una aptitud que no puede degenerar en servilismo al enfermo, al poder político ni a los expertos de la administración sanitaria, y que nunca debería hacer concebir al médico como un mero técnico, neutral y cualificado, que ejecuta los encargos que se le ordenan.

El médico debe respetar al enfermo y el "respeto" se convierte en actitud deontológica fundamental de la Medicina, cuyos límites -que aparecen claros en el Código- son la vida humana y la peculiar dignidad del hombre.

Podemos preguntarnos: ¿Se concibe hoy así el acto médico? ¿Prevalece en nuestros colegas una preferente actitud de servicio en el espíritu del deber amable y gratificador del Código? Más aún, ¿es posible una verdadera actitud de servicio en el masificado marco de la Sanidad pública, o frente a la recelosa actitud de muchos pacientes, estimulados por el alboroto de noticias inquietantes procedentes del mundo médico, que los medios se encargan de amplificar? ¿No ha llegado el momento de echar mil cerrojos al documento hipocrático y hacer emerger una nueva doctrina del acto médico, a cargo de médicos bien retribuidos, neutrales y complacientes, técnicos cien por cien y carentes de hipotecas morales?

A nosotros -y abrigo la esperanza de que a muchos tampoco- esta alternativa no nos agrada, incluso nos entristece. Pensamos que sería una gran pérdida hacer tabla rasa de la tradición médica, pero comprendo y respeto que otros no lo perciban de este modo. Porque qué es, en el fondo, lo que caracterizaba a esta actitud de "servicio". A mi manera de ver no se daba una oposición entre virtudes y deberes, entre la ética de raíz católica y la ética de raíz protestante -entre Aristóteles y Kant- porque hacía más de un siglo que la deontología médica había superado la dimensión confesional, y había asumido los "deberes" como un imperativo de conciencia, autónomo y personal, en la herencia de Percival, de Gregory y de los Códigos... Virtudes y deberes han operado al unísono, complementarios, en modo alguno representando modelos éticos rivales. Aunque, obviamente, en el diseño de actitudes unos marcaran el énfasis en las virtudes, la benevolencia o un perfil escolástico y otros acentuaran la empatía, la amistad médica, la 'benefidencia' -que llama Laín- y los "deberes".

Tampoco existía un radical olvido de la opinión del enfermo, como a toda costa ha pretendido la mentalidad liberal americana. Porque esto es imposible si se vivencian las virtudes de la prudencia, de la generosidad o de la compasión. Lo que ocurre es que ese pobre reconocimiento del enfermo como agente moral libre no fue tensado, ni testado de modo tan poderoso como sucediera tras el advenimiento de las libertades democráticas; y cuando el marco de potenciales exigencias de los enfermos, respecto de los médicos, no abocaba más allá de un modo u otro de abordar los tratamientos y porque el paternalismo constituía una fuente de consistencia ética,

que estaba presente en el Derecho y en el propio Estado. Y no pretendo con ello reducir significado negativo a la escasa presencia de la autonomía en el acto médico histórico.

A mi juicio el *quid* que subyacía a la actitud de servicio era la fuerza libre y poderosa de la conciencia personal. El médico obraba "bien" u obraba "mal", pero sabía que obraba en conciencia, libremente, sin coacciones. Percibía que el acto médico, además de representar una *technos* configuraba un *ethos*. A la dimensión técnica seguía, como la sombra al cuerpo, la percepción de que llevaba a cabo un "bien": el bien del enfermo, que él lo entendía a la luz de su conciencia. Las acciones de los médicos incorporaban, pues, la responsabilidad moral. Y esta identidad entre conciencia moral libre y actitud de servicio es lo que determinó, en suma, la responsabilidad del acto médico en nuestros inmediatos.

EL RUMBO DEL PROGRESO CIENTIFICO

El quehacer médico está asistido hoy por un vertiginoso desarrollo científico y tecnológico. Los médicos de este final de siglo, por muy especializados, apenas tenemos tiempo de 'digerir' las ofertas de renovación tecnológica y terapéutica que gravita sobre nuestra actividad. Ciencia y técnica han adquirido un prestigio "prometeico", que lleva a sus albaceas a la tentación de revestir su actividad de la más alta dignidad, de elevar a la categoría de 'fin' lo que no ha de pasar de medio para hacer más amable la vida de los hombres. En la Medicina el poder de la técnica es, en la actualidad, tan poderoso que se puede afirmar que determina el rumbo de los avances médicos. Descubierta una máquina, puesta a punto una tecnología, todos nos proponemos extraer de ella hasta sus últimos rendimientos. En la Medicina de la reproducción, por situarnos ante un ejemplo, a la puesta a punto de la fertilización 'in vitro' por Edwards y Steptoe en 1978, ha seguido un febril intento de nuevos abordajes y técnicas orientados a dominar mejor el principio de la vida. Veinte años después estamos ante la clonación y la sociedad, perpleja, asustada, se ha sentido removida. En el final de la vida la tentación de la eutanasia, bien consolidada en Holanda, es otro ejemplo de esta mentalidad de dominio, aunque aquí lo que se intenta es 'dominar' la muerte... ¿A dónde vamos?, ¿Cuál es el límite de la libertad de la Ciencia en el dominio del hombre?; y por extrapolación, ¿hasta dónde alcanza el dominio del hombre por el médico?

Ha sido Jonas, el filósofo judío que tan agudamente reflexionó sobre el futuro de la Medicina (7), quien ha alertado acerca del peligro de desvincular la técnica de la ética, sobre la obligación de distinguir entre "técnicas benéficas" y "técnicas nocivas", y sobre la necesidad de reflexionar sobre este poder de dominio del hombre por la técnica, de someter lo que él llamaba el potencial apocalíptico de la técnica al dominio de los valores, de la reflexión moral, a la urgencia que tenemos -que tiene la humanidad- de "poner el galope tecnológico bajo control extratecnológico".

El médico está hoy bastante marcado por el influjo de este "galope tecnológico", al que aludía Jonas. El poder del médico en la Medicina clínica ha adquirido una relevancia extraordinaria. Como ha subrayado Gonzalo Herranz (8) una de las funciones de la bioética es fijar lími-

tes éticos al creciente poder del médico. En efecto, como fruto de este poderoso dinamismo de la técnica, el médico se ha ido echando sobre sus hombros una tremenda responsabilidad moral. La gente ignora el fabuloso poder del médico para influir decisivamente sobre sus vidas: sobre el número de hijos, sobre el tipo de trabajo, sobre el modo de comer, sobre el modo de sentir o sobre el modo de amar y, en fin, ahora, sobre el modo de morir, tal vez solo, en una habitación pletórica de gente, en un gran hospital.

En este final de siglo, el ilimitado poder de la técnica y el poder mediático del médico carecen de un sólido contrapeso ético. Y esto hay que decirlo. Está mal estudiada la cuestión de los límites éticos que se deben imponer a sí mismo los médicos en el ejercicio de su profesión.

Es aquí donde hay que hacer emerger la idea del "respeto", contrapuesta a la filosofía del "dominio", porque la idea de "dominio" supone, en cierto modo, desprecio a la idea de "servicio", que ha sido -como veremos- el quicio, el fundamento, del acto médico. La mentalidad de dominio prescinde de la esencia de hombre, es un simple correlato del galope tecnológico, mientras que éste -el ideal de servicio- procede de una experiencia ancestral, de la sabiduría médica acumulada desde siglos. Por mucho que sea el poder técnico del médico -su capacidad para manejar al hombre- éste debe tener conciencia de su limitación moral. Y no sólo porque ésta descansa en la autonomía del paciente sino porque antes es insoslayable "deber" en la conciencia del médico. No porque todo se pueda hacer, es ético hacerlo. No porque la técnica oferte nuevas posibilidades de manipulación -y la sociedad lo aplauda- corresponde al médico asumir responsabilidades morales que le exceden. El "respeto" es una vieja actitud del médico ante el enfermo que debería reavivarse. Respeto significa contemplar la vida de las personas como una barrera insoslayable, cuya ausencia desnaturaliza a la Medicina; y significa también respetar la dignidad de los enfermos, sus personas, más allá, incluso, de la que ellos mismos se adjudican. Porque la idea de respeto presume que se ha percibido la dignidad de los seres humanos que son los que consumen las acciones de los médicos, su condición de absolutos morales, fines en sí mismo -como afirmara Kant- y no sólo medios. Nuestra intervención sobre la corporeidad está preservada por la ética y esto es algo extraño al concepto de "dominio", que la técnica promueve. Respetar la persona en nuestros enfermos implica establecer límites a nuestra capacidad de manipulación y preguntarnos, en la intimidad de la conciencia, a quién servimos cuando, como autómatas, refrendamos cualquier aparente progreso que nos vende la técnica.

El binomio 'dominio/respeto', sobre el que no puedo reflexionar más, opera en el trasfondo de la crisis de la conciencia médica, en la que voy a entrar seguidamente, y es, sin duda, determinante de una cierta 'falta de respeto' a la realidad profunda del hombre, que subyace más allá del aparente servicio que creemos darle, buscando, a toda costa, el resultado, la eficacia o el éxito.

LA TENSION BENEFICENCIA-AUTONOMIA

El intento de desvincular la ética de la tradición deontológica de "virtudes" y "deberes", de ese 'After Virtue', ha conducido en este siglo a la aparición de nuevos y potentes paradigmas

de filosofía moral en el campo jurídico y político, y también en la ética médica. Es el caso del principialismo, que ha revolucionado el marco del debate ético en la Medicina y no sólo en Norteamérica. El nuevo modelo, que es tributario en alto grado de la filosofía anglosajona que parte de David Hume (Gracia, 1997), ha configurado una nueva relación médico-enfermo, sensiblemente distinta del modelo europeo continental de virtudes y deberes. En su interior es determinante la relevancia adquirida por el llamado principio de autonomía, que introduce la libertad del enfermo como agente moral en la gestión de su cuerpo, de su salud y de su vida.

El choque entre la conciencia médica representando la actitud de "servicio" -y, en su núcleo, la conciencia individual del médico- y el modo de concebir su "bien" por parte del enfermo, era inevitable. En su seno, el posicionamiento acerca de la tensión entre beneficencia y autonomía ha sido diverso. Para unos, los partidarios de la autonomía radical, la resolución de los conflictos ha de quedar siempre en manos del enfermo, que sería quien mejor reconocería sus propios intereses. Para Beauchamp y Childress, ambos -beneficencia y autonomía- son 'a priori' deberes 'prima facie', es decir poseen igual peso y consistencia moral, y deberá prevalecer, en cada caso, el que refleje la mayor identidad de intereses entre paciente y médico. Para otros, por fin, como es la aportación española al principialismo -postulada por el profesor Diego Gracia- entre beneficencia y autonomía se da cierto nivel de adherencia. El respeto a la autonomía debe constituir un móvil de la voluntad, una máxima de acción perfectamente especificada. Esta disposición a favorecer los intereses del enfermo transformaría el modelo, que él jerarquiza en dos niveles, en una "ética de máximos"(9).

Como habría de suceder, dada la pluralidad de las opciones morales, la tensión entre beneficencia y autonomía, que es una realidad en cualquier país, adquiere mayor relevancia allí donde confluyen las tradiciones más fuertes, representando -como el propio Gracia destaca- racionalidades ancladas en una matriz de creencias diversas. Ser regidos por la razón significa, al fin y al cabo, tener la vida configurada por un orden racional preexistente que uno conoce y ama. La cuestión nos lleva -como sugiere Taylor- al "qué atiende y ama la razón como un todo: al eterno orden de ser, o quizá al juego cambiante de decorados y sonidos y lo corporalmente percedero..."(10).

A nuestro juicio, contra la opinión de Beauchamp y Childress de que el principio de beneficencia refleja básicamente el punto de vista de la Medicina -la posición de mayor utilidad para el paciente- pensamos que la mayor dificultad no radica ahí. En la medida que el principio de beneficencia, representando la posición moral del médico, puede también diferir del punto de vista de la Medicina. La verdadera tensión se establece entre las legítimas creencias del médico y su libertad moral y las seguramente también legítimas opciones del paciente. Nadie puede obligar a nadie a ir contra su conciencia y esto es tan aplicable al enfermo como al médico.

La resolución del dilema en el marco de la ética es obvio que va a depender del paradigma que estructure la racionalidad del modelo aplicado. En la percepción del modelo americano, hijo del liberalismo moderno, el recurso a la tolerancia en el abordaje de reglas públicas de acción pasa por concebir al médico como un agente imparcial, en torno a la teoría de la justicia de John Rawls o de otros exponentes de la tradición liberal ilustrada (11).

En la percepción del modelo latino de Bioética -como lo ha denominado Salvino Leone- la persona es moralmente inseparable de sus acciones. Los actos médicos revelan autodeterminaciones del "yo" personal asistido por la conciencia y producen siempre la responsabilidad moral del médico, aunque él se niegue a reconocerlo. Según esta percepción, un médico que se vea impelido a llevar a cabo un acto médico que repudia -un aborto, una reducción embrionaria, una dudosa resolución eutanásica, etc.- debe atender antes a su conciencia que a los legítimos intereses del enfermo. El médico nunca puede ser espectador imparcial de sus propios actos médicos.

Esto no es intolerancia. Ni se trata de una imposición paternalista, sino que el médico, como cualquier otro agente moral, está defendiendo el tesoro de su propia conciencia, que le sitúa en la herencia de la tradición médica más genuina.

La conciencia médica se enfrenta hoy a la necesidad de armonizar un sistema de derechos individuales, que justamente garantice las preferencias valorativas de los individuos, con la aplicación de un modelo público de justicia que salvaguarde a sus mismos ejecutores. Esto es clave para la Medicina. Se me dirá que el dilema ha sido resuelto en nuestra Carta constitucional a través de la 'objección de conciencia' -y ciertamente es así- más, pienso, que esto es insuficiente, y que el recurso a la ley para dirimir las diferencias debería ser lo último; siendo a nuestro juicio necesario profundizar más acerca del sentido del "bien" del enfermo y sobre los límites morales del discurso en la relación médico-enfermo.

A mi juicio, acierta Daniel Callahan, cuando afirma que "con su tendencia a reducir el problema del bien común a la justicia, y la vida moral individual a la autonomía (la bioética) ha generado un vacío moral"(12). Pero esto es un punto de vista propio que encuentra más moral -como sugiere Taylor- la autenticidad de la conciencia que no la autonomía (18), y es perfectamente legítimo, obviamente, mantener lo contrario.

LA PERDIDA DE LA IMPUNIDAD

Desde un punto de vista operativo, el gran disparador de la crisis de la conciencia médica es la pérdida de la impunidad jurídica. No es hoy el objetivo de mi reflexión, como cabe comprender, un análisis de la responsabilidad social y profesional del médico, del que existen excelentes aportaciones en la bibliografía española (13,14,15) por lo que voy a centrarme en aquellos aspectos de la cuestión que determinan, en todo caso, un cambio real en la doctrina del acto médico.

La historia de la Medicina y del médico fue durante siglos exponente de impunidad jurídica. Las acciones de los médicos rendían cuenta solamente a su conciencia, por los menos aquellos que hoy llamaríamos médicos generales. Y porque es bien experimentado que la conciencia es •cualquier cosa menos un tribunal ciego•, muy pronto el ejercicio de la actividad sanitaria se distinguió por la asunción de una poderosa responsabilidad moral. Ha sido Diego Gracia quien ha descrito de modo magistral esta dimensión de la responsabilidad moral en la historia de la Medicina (9). En su perspectiva occidental las profesiones auténticas -como las llama él- se han caracterizado siempre por poseer una fuerte responsabilidad primaria o moral

-en conciencia- que les eximía de la responsabilidad jurídica, esto es, que poseían impunidad 'de jure', es decir, ausencia de reglas o normas jurídicas que permitieran juzgar o procesar a estos profesionales. El médico, junto al sacerdote, el rey y sus jueces, gozó de esta impunidad durante siglos y al abrigo de ella cristalizó, entre otras razones, su modo de percibir moralmente el bien del enfermo. Esta impunidad se debió al hecho de que él es, y no puede no ser, juez y parte al mismo tiempo. El médico interviene en la relación terapéutica con el enfermo y, por tanto, puede actuar bien o mal, de modo ejemplar o negligente, pero, a la vez, es el único que puede decir -que sabe- si algo ha sido o no una negligencia. Sólo la Medicina es competente para decir lo que es buena o mala práctica.

Nuestro tiempo es testigo del vuelco espectacular del modelo social que juzga ahora a la figura del médico. De pronto, en unos años, la Medicina parece haber perdido el suelo sobre sus pies. Algunos médicos comienzan a percibir que lo que un día fuera una pasión por la entrega -una vocación- es ahora una aventura mal pagada, controvertida, que puede llevarles a la ruina. El paciente, al que se disponían ayudar, a servir, se convierte en sospechoso. Advierten que detrás de una cara amable o de una expresión de sufrimiento puede albergarse, meses más tarde, un sentimiento de indignación y revancha injustificada o la codicia menos defendible.

Es cierto que los tiempos han cambiado, es cierto también que los medios de diagnóstico han adquirido una gran consistencia, es verdad que los avances terapéuticos son extraordinarios y es evidente que el progreso científico y tecnológico promete, día a día, nuevas innovaciones que generan una razonable esperanza. Pero es absolutamente real afirmar que la posición del médico sigue conservando una condición de suma fragilidad ante las garantías que se les exigen; y cuya percepción es reconocida en los marcos profesionales de mayor exigencia, el hospitalario y el académico. La capacidad de acierto se ha incrementado poderosamente, pero la complejidad de la enfermedad y su manejo siguen siendo extraordinarias. Ejecutando el arte médico con excelencia, de manera competente y con los medios adecuados, el médico moderno sigue siendo incapaz de asegurar una evolución favorable o de garantizar que una complicación imprevista no pueda hacer su aparición.

Contrasta esta "fragilidad" objetiva de la acción médica con la percepción de eficacia y seguridad -de "milagro" de la Medicina- que venden los medios y que lleva a la sociedad a depositar una fe desmesurada en la Medicina. En fondo y forma que, si la fortuna o la habilidad no acompaña a la evolución de la enfermedad, puede percibirse siempre -y si no siempre muchas veces- la acusación no desvelada de que el médico no estuvo a la altura de lo que se esperaba. "Fragilidad" de la acción médica contra el tópico del "milagro" de la Medicina, constituye uno de los malentendidos que la corporación médica debería urgentemente deshacer. Malpraxis existe, imprudencia puede darse, y responsabilidad jurídica no cabe de ser eximida, pero todo ello debe asentar sobre la realidad objetiva del acto médico y su extraordinaria complejidad, que realmente exime de responsabilidad -o la limita extraordinariamente- en la gran mayoría de las ocasiones.

Pero este largo prólogo viene a concluir, al interés de nuestro tema, acerca del gravísimo daño al principio de beneficencia que la pérdida de la impunidad supone, y el lastre que grava,

en nuestros días, la dimensión del acto médico como "servicio" en la relación médico-enfermo. La pérdida de la impunidad promueve dos efectos inmediatos: hace emerger el miedo en el médico en el ejercicio de su actividad y la medicina defensiva. Secundariamente y como telón de fondo dinamita verdaderamente la vieja definición del acto médico como "servicio" y configura, en fin, un nuevo modelo de relación con el paciente.

Respecto al 'miedo', su percepción varía, sin duda, entre las diferentes especialidades, siendo más visible en aquellas que manejan situaciones más críticas, como la Obstetricia o la Cirugía, pero va siendo crecientemente una preocupación general de la profesión. Asumir que el ejercicio de la Medicina se ha de asociar de modo sistemático a una póliza de responsabilidad civil de elevado coste, es una carga con que la Medicina no contaba. Y el apercebimiento de una actitud crítica hacia la profesión sanitaria un lamentable error, que puede repercutir muy negativamente sobre los enfermos, con independencia de nuestra solidaridad más profunda y nuestra mayor comprensión para aquellos damnificados por los errores médicos, y del respeto y salvaguarda, en todo caso, de sus derechos legítimos a hacer uso de la justicia.

El miedo es visible en los médicos, como ha sido magistralmente desvelado por el profesor Figuera en un reciente discurso ante la Real Academia de la Medicina (16). Cuenta allí el autor que casi todos los cirujanos afirman haber tenido miedo en el curso de determinadas intervenciones, y que es frecuente hacer esfuerzos, a veces inauditos, para que no se les note y para no dejar de hacer lo que 'creen que deben hacer', esto es, lo que en conciencia perciben que deben hacer. En las actuales condiciones de riesgo de denuncias, es fácil presumir la tentación de muchos a la inhibición quirúrgica; y esto ya lo percibe Figuera en áreas como la cirugía cardiovascular y otros también en la cirugía de los ancianos. El alarmante incremento de denuncias genera miedo e inhibición perfectamente razonables, y provoca radicales cambios en la relación médico-enfermo, que lleva a la pérdida del vínculo de confianza indispensable que es exigible en estas circunstancias.

El segundo peso muerto de la pérdida de la impunidad es la necesidad del médico de no confiar ya en su intuición y en su experiencia, y de echar mano de toda clase de recursos y tecnologías para proveerse de seguridad. Nace así la 'medicina defensiva', que es una realidad al menos en la práctica hospitalaria; la cual, aún encerrando un componente de excelencia indudable -porque determina un estudio más exigente de los enfermos- es fácilmente deslizable a los excesos, a la petición reiterada y muchas veces injustificada de análisis y exploraciones que disparan el gasto sanitario. En suma, el coste moral y económico de la pérdida de la impunidad es extraordinario; pero sobre el médico ejerce un efecto profundamente destructivo, básicamente psicológico, que no se resuelve con una sentencia favorable. Como afirma Figuera "en los juicios por mala práctica nunca hay quien gane del todo", pues aunque el cirujano salga absuelto -lo que viene a ocurrir en el 80% de los casos- sus sentimientos, su vida profesional, y lo que es peor, su relación con los enfermos, ya nunca va a ser igual que antes de la denuncia.

LA AMENAZA DE UN MODELO

La pérdida de la impunidad jurídica y el clima generado en la sociedad que tan ruidosamente resalta los ocasionales errores, frente al acierto de la inmensa mayoría de los actos médicos -jamás fue tan eficaz la Medicina- reconduce en la actualidad la naturaleza del acto médico. Perdida en gran medida esa verticalidad paternalista a la que se ha hecho alusión, la perspectiva del acto clínico, médico o quirúrgico, se reestructura. Ahora se trata a toda costa de no errar en el diagnóstico y sobre todo en el tratamiento, pues cualquier quiebra o resultado desfavorable podría dejar abierta la puerta a una reclamación. Aquel enfermo o familiar de enfermo al que podríamos sinceramente ayudar -servir- en su dolor, podría configurarse mañana como nuestro 'enemigo'. Quizás no ocurra así -y es lo que sucede, por fortuna, en la inmensa mayoría de las ocasiones- pero, de entrada, esto es algo que no está asegurado. Es obvio que la seguridad y el acierto de su tratamiento es exigitivo, pero la seguridad del médico -del que a diario se enfrenta a elecciones difíciles- también es importante. Es fácil entonces que el paciente, objeto hasta entonces de nuestro "servicio", pase a ser usuario, mero huésped de una prestación. El cambio es sutil pero determinante. En términos de la ética de los principios, el principio de no-maleficencia adquiere una abrumadora preeminencia. El *primum non nocere* pasa a primer plano y su correlato, la medicina defensiva, emerge, ostentosa, en la nueva relación médico-enfermo. No contrariar al paciente, asumir sus exigencias, puede llegar a constituir no tanto una obligación o un deber de buena ética, cuanto una oculta exigencia para la propia seguridad.

Pueden ustedes pensar -y ojalá acierten- que estoy deliberadamente exagerando el modelo de medicina defensiva, donde las exploraciones se extreman y los costes se elevan desmesuradamente en relación a aquel modesto modelo de la sabiduría médica -del ir de menos a más- hasta llegar a los exigentes protocolos de hoy día, orientados a asegurar al máximo las garantías diagnósticas. El coste del cambio no ha sido evaluado, pero puede concebirse en miles de millones, sin duda con beneficio para muchos, pero con trastornos y complicaciones para una mayoría.

En términos de Belmont, no-maleficencia y autonomía están como desplazando a beneficencia. El principio de beneficencia -la razón de ser profunda del médico- se desdibuja progresivamente en la Medicina defensiva, se transforma. El acto médico deja progresivamente de ser un "servicio", una moral de excelencia, y corre el riesgo de constituirse en un acto meramente técnico, en el manejo tecnocrático de una enfermedad o en una simple transacción mercantil.

En suma, la amenaza del modelo histórico de médico es una realidad. Sin llegar a los extremos, el ejercicio médico podría configurarse cada vez más a la manera de una "ética de mínimos", donde el hombre, el paciente -la persona que sufre- no constituiría el objetivo esencial -el "deber" en conciencia del médico- sino la "enfermedad", la eficaz resolución de la misma o el fiel cumplimiento de una técnica de protección de las muchas que hoy se demandan: la esterilización, el aborto o la remodelación de las mamas en la cirugía plástica, por citar algunos ejemplos.

En el momento actual y si la situación no se detiene, el objetivo del acto médico será cada vez más el de no dañar -sobre todo de cara a su consideración penal- y los médicos tenderán a cumplir sin más, a evitarse complicaciones o riesgos innecesarios que, constituyendo bienes y

generosidades más allá de sus obligaciones, en otro tiempo habrían llevado a cabo. Podría decirse, que, en la medida en que la autonomía se impone o se radicaliza, el acto médico se tecnifica y su significado moral se trastoca, pierde empatía y la amistad médica -la 'beneficencia' de Laín- se resiente gravemente. Para qué asumir el riesgo de un recién nacido con daño cuando las cesáreas ofrecen una mortalidad nula, para qué someter al pequeño enfermito a una cirugía de corazón plagada de riesgos, si pudiese ocurrir que un resultado adverso sea incomprendido por sus padres; para qué probar tal o cual medicación -que podría ser eficaz- si los riesgos asumidos pueden tal vez recaer sobre uno mismo. La prudencia se transforma en 'cálculo'. ¿Por qué, en suma, asumir riesgos innecesarios para beneficio de un enfermo, cuando éste muchas veces no los comprende ni los distingue de la mera obligación, o cuando su propio talante es ya belicoso y crítico?

Pero la crisis de la beneficencia alcanza a más, y ello en la medida en que las creencias profundas de los médicos sean más radicalmente determinantes de sus actos. Aquí no se trata ya de la medicina defensiva, sino de una verdadera 'fractura' en la conciencia personal del médico. Esto lleva a exaltar la importancia del máximo reducto de libertad moral del médico, que es la conciencia, y su legítimo derecho a rechazar una propuesta del enfermo si lo estima inmoral. Es clave, pues, y salvaguarda de la autonomía del médico, su derecho a la 'objección de conciencia', por fortuna bien recogido en el texto constitucional.

Situadas así las cosas hay que preguntarse si el paciente es 'penalizado' o defendido por la nueva fórmula. A mi juicio el paciente no aparece penalizado por el estatus que se consolida, pero la naturaleza del acto médico ha experimentado una transformación que la empobrece. El acto médico se tecnifica, pero sin una paralela humanización; la eficacia de la Medicina aumenta, pero los errores médicos son repercutidos con saña; el médico convive con el miedo y su conciencia puede experimentar graves tensiones; y la amistad médica -tan latina- puede mutar a frialdad técnica, funcional, medida por los minutos de asistencia.

De este conjunto de realidades se desprende la necesidad de reflexionar más. Los médicos debatimos mucho de Medicina, pero poco de la doctrina sanitaria, de la dignidad de ser médicos, del respeto a nuestras tradiciones éticas. En este marco, nuestra debilidad es grande y somos fácilmente instrumentables por la sociedad y el poder civil. Esto es algo importante que creo que hay que abordar, y sobre ello voy a hacer unas consideraciones que rematarán mi participación en este acto.

EL RETORNO DE LAS VIRTUDES

Las reflexiones que apresuradamente vengo haciendo revelan una sustancial transformación de la Medicina y del acto médico al socaire de los cambios sociales. Para algunos todo cambio parece llevar incorporado el progreso, como si la humanidad se encaminara, sin altibajos, hacia un utópico y obligatorio ideal de felicidad. Para otros, la humanidad •la Medicina en nuestro caso• progresa técnicamente, pero este avance, que ha llevado la atención sanitaria a casi todos los españoles, no consigue venir de la mano del humanismo y de los valores.

Mientras la técnica ha progresado hasta el estado adulto, el debate de los valores médicos no parece haber superado la pubertad. La sociedad aparece beneficiada del esfuerzo de los médicos, pero no tengo claro si, en esta batalla de la salud, los médicos somos los vencedores o somos los vencidos. Y ello no por cuestión de dinero o de puestos de trabajo, sino por valores. Llevamos años sin debatir cómo y cuál debe ser la naturaleza del acto médico que ejecutamos. No disponemos de un modelo que nos agrupe. Nuestros intereses, tan diversificados, nos dispersan y nuestra fuerza social se reduce. Ahora, la progresiva desvirtuación del principio de beneficencia, del modelo de las virtudes, que dotó de prestigio al médico, encamina a la Medicina, lentamente, a una creciente sumisión al Estado y a los modos de vida imperantes.

Por eso es importante retornar al conocimiento del estilo de nuestros maestros -los Letamendi, Marañón, Jiménez Díaz, etc.- que en su tiempo asumieron tradición y modernidad. Y es una hermosa tarea que ha de nuclearse desde los dos entes de poder real de la Medicina, la Universidad, pensando en el futuro, y los Colegios profesionales, como testigos del presente. Esta Reunión testimonia la necesidad de pasar de la ética de "hechos" a la moral de "valores", como sugiere MacIntyre (2). La Universidad debe abrirse a la enseñanza de la Ética médica -de la Bioética- con la elección de un profesorado crítico, enamorado de la Medicina, abierto a la tradición y al progreso, que reflexione sobre la más hermosa de las profesiones. Y los Colegios han de entrar más, igualmente, en la formulación de una doctrina del médico que refuerce su misma identidad. El camino no es fácil y es un reto que está en la Mesa de sus presidentes, aquella de canalizar las ilusiones de un ejercicio profesional digno, reconocido e ilusionante. La ética, la búsqueda de la identidad médica, el reconocimiento de los importantísimos valores que manejamos, y el regreso a las virtudes médicas -como propugnan Beauchamp y Childress- es el camino.

Como he pretendido transmitirles, la conciencia médica al término del siglo ha cambiado, ha perdido unidad y opera según un continuum de percepciones éticas que oscilan entre su pura ausencia -como propugna Engelhardt (17)- hasta posiciones de gran consistencia moral, atravesando un amplio desierto de claro relativismo. En este contexto, el papel de la Bioética es el de servir de puente al pluralismo moral de la sociedad, generando inquietudes ante la razón y la conciencia de los profesionales.

No es mi papel hoy el de afirmar la superioridad de un modelo concreto de ética médica, ni lo he pretendido, pero no somos neutrales y, como los médicos, tampoco quiero escapar a la responsabilidad de mis acciones. He sugerido algunas vías a la exigente necesidad de reflexión, y abrigo la esperanza que hayan sido bien recibidas por ustedes. En cualquier caso, muchas gracias por la atención que me han dispensado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Diego Gracia, *¿Un modelo mediterráneo de Bioética?* Anuales de la Real Academia de Medicina.
- 2 Alasdair MacIntyre, *Tras la virtud*, Editorial Crítica, 1987.

3 T. L. Beauchamp, J. F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford University Press, 4th ed., 1994.

4 John Stuart Mill, Considerations on Representative Government, en The Collected Works of John Stuart Mill, vol. 19 (Toronto: University of Toronto Press, 1977), ch. 3, pag. 409.

5 Gregorio Marañón: "Si ser médico, es entregar la vida a la misión elegida * Si ser médico, es no cansarse nunca de estudiar y tener, todos los días, la humildad de aprender la nueva lección de cada día * Si ser médico, es hacer de la ambición, nobleza; del interés, generosidad; del tiempo, destiempo; y de la ciencia, servicio al hombre que es el hijo de Dios * Si ser médico, es amor, infinito amor a nuestro semejante y acogerlo, sea quien sea, con el corazón y el alma abiertas de par en par * Entonces ser médico, es la divina ilusión de que el dolor, sea goce; la enfermedad, salud; y la muerte vida". Texto del pergamino que escrito por el autor, se conserva en la biblioteca del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid.

6 G. Herranz, Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica, Eunsa, 1992.

7 Hans Jonas, Técnica, medicina y ética. Paidós, 1997.

8 G. Herranz, La enseñanza de la ética en la formación del médico, en Problemas contemporáneos en Bioética, Ediciones Universidad Católica de Chile, 1990.

9 Diego Gracia, Fundamentos de Bioética, Eudema Universidad, 1989; y también Procedimientos de decisión en ética clínica, Eudema Universidad, 1991.

10 Charles Taylor, Fuentes del yo, Paidós, pag. 140, 1996.

11 John Rawls, Teoría de la justicia, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1995.

12 Daniel Callahan, Bioethics: Private Choice and Common Good, Hasting Center Report, May-June 1991, pag. 28 y ss.

13 Diego Gracia, Ética y responsabilidad profesional, en La responsabilidad de los Médicos y Centros hospitalarios frente a los usuarios de la Sanidad Pública y Privada. Fundación de Ciencias de la Salud. 1994.

14 Enrique Rufz Vadillo, La responsabilidad civil y penal del médico, en La Responsabilidad de los Médicos y Centros hospitalarios frente a los usuarios de la Sanidad Pública y Privada. Fundación de Ciencias de la Salud. 1994.

15 M. F. De Lorenzo y J. Puyol, Responsabilidad civil y penal del personal sanitario. Ed. Síntesis, 1996.

16 D. Figuera Aymerich. El cirujano contra sus fantasmas: el miedo, la decisión y la denuncia. Instituto de España / Real Academia de Medicina, 1997.

17 H. T. Engelhardt, Los fundamentos de la bioética, Paidós básica, 1995.

18 Charles Taylor, La ética de la autenticidad, Paidós, 1994.

NR. El autor es Presidente de la Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid, y Vicepresidente de la Asociación Española de Bioética. La conferencia publicada fue pronunciada en la I Jornada profesional sobre "Ética y deontología médica, una apuesta por el presente y el futuro", dentro del programa de actos conmemorativos del centenario del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, 1988. Nos ha parecido una cualificada presentación para el conjunto de ponencias y comunicaciones que sobre los dilemas éticos en la práctica clínica se trataron en el I Congreso de AEBI, que se editan en el presente número.