

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE SEVILLA

Discurso del **Prof. Dr. D. JOSE MARIA RUBIO RUBIO**
con motivo de su ingreso como Academico Correspondiente por elección

Sevilla 25 de Octubre de 2007

Excmo Sr Presidente de la Real academia de Medicina de Sevilla. Ilustrísimos Sres Académicos, familiares y amigos, señoras y señores:

La comunicación oficial, en carta firmada por el señor secretario de la Real Academia de Medicina de Sevilla, de mi nombramiento de académico correspondiente por elección ha sido una de las mayores alegrías de mi vida profesional. Pertenecer a la Academia es un alto honor para todo médico sevillano.

Y junto al honor la satisfacción íntima de haber sido propuesto por señores académicos a los que respeto y admiro desde antiguo, modelo de maestros e ilustres compañeros y entre ellos por quien ha sido argumento decisivo de mi vocación y guía firme en mi ya largo quehacer médico desde la vieja Sala de Santa Catalina en el entrañable Hospital de las Cinco Llagas hasta el día de hoy.

Reciba la Real Academia, su Excmo Presidente D Jaime Rodríguez Sacristán y en su persona todos sus miembros mi más profundo agradecimiento por la distinción que me habéis otorgado y con él mi compromiso de servicio y fidelidad a los altos fines de esta docta Casa.

Comparto el título de académico correspondiente con distinguidos compañeros a los que premiásteis su dedicación a una especialidad médica, sus descubrimientos en un campo de la ciencia, su magisterio docente, su calidad clínica, su rigor

experimental...No es ese mi caso y humildemente lo confieso. Mi inquietud profesional y mi condición humana me han llevado durante treinta y siete años a un ejercicio de la medicina interna eminentemente clínico y docente pero abierto siempre al amplio horizonte de nuestra ciencia y así me lo figuro en la imagen de un árbol con sus ramas desplegadas sobre las que descansan los nidos y los sueños de las diferentes aves que con sus trinos me despiertan cada mañana -medicina interna, medicina eterna- a la gozosa novedad de una inextinguible vocación. No sé en cual de estos nidos descansaré, ni me importa, sólo espero seguir viviéndola así, de esa manera y, como las hojas perennnes de ese árbol, despertarme cada día con el corazón vibrando al acento y la música del cuidado hasta que Dios quiera.



VIEJOS SURCOS Y NUEVOS HORIZONTES DE LA ETICA CLÍNICA

Leía no hace mucho tiempo en una conocida revista de Medicina y Humanidades una frase que me llamó la atención: “*Los misterios del corazón ya no volverán a ser nunca lo que fueron*”.¹ La frase viene al cuento en un discurso sobre los viejos surcos de la ética médica considerados durante siglos como un referente moral y modelo de excelencia para otras profesiones porque, igual que le ha sucedido al corazón, los misterios y los mitos de los médicos tampoco volverán a ser nunca lo que fueron. Según su autor, Gonzalo Casino, la consideración del órgano cardíaco exclusivamente como una máquina impulsora de la sangre, ajena a las emociones y a los más elevados sentimientos de los hombres (el amor, la nobleza...) ha convertido en obsoletas las metáforas y los mitos del corazón que ha sido desplazado por el sistema nervioso central en tan altos menesteres. Pero aun reconociendo la jerarquía del sistema nervioso, el cerebro nos parece un órgano demasiado frío para ocupar esa sede que tradicionalmente fue del corazón. Por eso el corazón sigue siendo todavía y a pesar de todo, el símbolo del amor como la profesión sanitaria sigue siendo el símbolo de la dedicación al enfermo, la atención y la palabra.

En los países más desarrollados el tradicional poder del médico está siendo sustituido por la explosión tecnológica, los deseos de los pacientes y las exigencias del mercado. Los profundos cambios científicos, políticos, sociales e industriales han dado lugar a una nueva cultura sanitaria y a un nuevo modelo de relación médico-paciente en la que como escribe Gigli: “*la confianza recíproca está siendo sustituida por la sospecha legítima*”². Pero aunque este sea el alto precio que debemos pagar por la necesaria democratización del servicio que le

¹ G. Casino: “Cardiometáforas” en Escepticismo., JANO 19 de Septiembre de 2003

² Gigli GH: Dolentium Hominum 2000: 45(3); 26-31

prestamos a nuestros pacientes, la medicina actual, técnica, positivista y neutral resulta demasiado fría para albergar un objeto tan delicado y tan frágil como es la confianza del enfermo que precisa, además del reconocimiento de unos derechos y de una elemental sensación de seguridad, un cotidiano quehacer y una perseverancia animados por algo más que el consenso uniforme en unos objetivos de calidad, exige el interés y la presencia de quien la dispensa, escucha, empatía, cordialidad en suma...

Victoria Camps en un curso sobre problemas éticos de la relación clínica, llamaba la atención sobre el cambio de valores de la sociedad actual³, un cambio de valores que implica una nueva concepción de la medicina y de la profesión médica. *“Los viejos principios, avisa, deben ser reinterpretados. Hoy se le concede más valor a la autonomía de las personas y a la justicia y existe otra concepción de la beneficencia y no maleficencia en relación a la autonomía y a la justicia”*.

Repetimos pues, palabras antiguas pero con un nuevo significado. No se trata de renunciar drásticamente a la luz de las viejas metáforas ni a la emoción de los grandes misterios ni reducirlo todo a las expectativas de la técnica. Yo os invito esta tarde a reflexionar unos minutos sobre lo que fuimos y sobre lo que somos, sobre el poder perdido y el poder real del médico. Qué nos pide la sociedad y qué estamos en condiciones de ofrecerle. Hacia donde caminamos. Qué nuevas responsabilidades se nos exigen y qué dificultades tenemos para poderlas realizar.

³ Victoria Camps: “Ética, Derecho y Responsabilidad Profesional” En el Curso de Verano: “Problemas éticos de la Relación Clínica” Universidad Menéndez Pelayo, Santander, Julio 2001

EL PODER REAL DEL MÉDICO

Aunque oigamos hablar continuamente de la pérdida de autoridad del médico, los médicos seguimos menteniendo altas cotas de poder:

Continuamos con un importante **poder científico**. La gente sigue confiando en nuestros conocimientos y en nuestra técnica. Nos exige más rigor, aparentemente se fía menos de los médicos pero cada día espera más de nosotros y nos sigue confiando la solución de sus enfermedades.

Nuestro sigue siendo **el poder clínico** sobre el enfermo y sus decisiones aunque suya sea siempre la última palabra. Somos prescriptores, consejeros, dispensadores de recursos, garantes de su salud, gestores de sus posibilidades.

Conservamos el **poder moral o ético** en nuestra conciencia y en nuestra responsabilidad profesional, en el trato con los pacientes y sus familiares, en nuestros intereses profesionales y privados, en nuestras relaciones con la administración, la industria y la sociedad en general, en nuestro compromiso con la justicia y la equidad.

Cada vez es mayor nuestro **poder económico** en la sanidad. Somos administradores de recursos y de necesidades. En nuestras manos está el bien de la salud y su servicio que debemos gestionar eficientemente. Nuestro ejercicio profesional mueve una ingente cantidad de recursos y de su administración depende el presente y el futuro de la sanidad.

La sociedad está cada vez más medicalizada y los médicos tenemos más **poder cultural** que nunca. Mediante los medios de comunicación nuestra voz es tenida en cuenta y nuestros consejos modifican costumbres y hábitos de vida. Un diagnóstico es suficiente para atemorizar o tranquilizar a una comunidad. Tan pronto premios nóbeles como cabezas de turco, odiados y

admirados, los médicos seguimos siendo primera plana y titular en nuestra sociedad.

A pesar pues de nuestras lamentaciones, no es poco el poder que nos resta y bueno sería considerar ahora si supimos administrar sabiamente la confianza que algún día tuvimos y recordar que todo poder, para seguir siéndolo, necesita equilibrio, discernimiento y responsabilidad y nosotros necesitamos el equilibrio de curar y ser curados, de cuidar y ser cuidados, de escuchar y ser escuchados, de comunicar y estar informados, de gestionar y ser gestionados.

Necesitamos discernimiento para obrar con racionalidad, libertad para ser realmente libres, una dosis menor o mayor de autoestima y reconocimiento por parte de la sociedad; necesitamos buena administración y responsabilidad, fundamentalmente responsabilidad, aceptar la realidad de los tiempos y caminar conforme los nuevos valores nos demandan

PROFESIONALISMO MÉDICO EN EL NUEVO MILENIO. LA CARTA DEL MÉDICO

En el año 1999 la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians y la Sociedad Americana de Medicina Interna crearon un Comité de Expertos que, recogiendo el espíritu y las diferencias de los viejos principios, redactó la Carta del Médico⁴ como un código moral para el nuevo milenio. La carta contiene tres principios fundamentales y diez responsabilidades

El **Principio del Bienestar** que establece el imperativo del servicio y la dedicación primordial al paciente y se expresa en la relación clínica por el altruismo y la confianza por encima de las

⁴ Medical Professionalism in the new millenium: a physicians charter., Lancet 2002; 359; 520-22

fuerzas del mercado, la presión social y las exigencias administrativas

El **Principio de Autonomía** que implica la honestidad con nuestro paciente y el deber de respetar sus decisiones suministrándole para ello la información adecuada.

El **Principio de Justicia Social** que nos obliga a promover y respetar la justicia sanitaria incluyendo la distribución justa de los recursos y a evitar la discriminación por razones de raza, sexo, estado socioeconómico, religión o cualquier otra categoría social

Estos tres principios se completan con diez responsabilidades que Carta asume como “compromisos”.

- El compromiso de **competencia profesional**
- El compromiso de **honestidad con los pacientes**
- El compromiso de **confidencialidad**.
- El compromiso de mantener una **relación respetuosa** con los enfermos.
- El compromiso de **mejorar la calidad de los cuidados**.
- El compromiso de **facilitar el acceso universal a la asistencia sanitaria**.
- El compromiso de **la justa distribución de los recursos**
- El compromiso con el **conocimiento científico**
- El compromiso de **fidelidad por encima de los conflictos de interés**.
- El compromiso de **la implicación en la responsabilidad profesional**

EL PASO HONROSO

En las encrucijadas de la historia del quehacer médico aparece siempre la ética guardando los caminos como aquel noble leonés D. Suero de Quiñones que en el puente de Órbigo obligaba a probar su honra a los peregrinos de Compostela. Salvando las distancias pero con idéntico significado, yo alcanzo a distinguir en este peregrinar de los viejos principios a las nuevas responsabilidades que acabamos de enunciar, hasta tres pasos honrosos, tres dificultades que debemos superar para acreditar

nuestra calidad moral: las dificultades del pensamiento, las dificultades de los fines y las de la decisión.

1. Las dificultades del pensamiento

En una nota de la revista Lancet⁵ aparece un diálogo simulado entre Hipócrates y el director de una organización sanitaria actual que le realiza una entrevista de trabajo. El curriculum vitae de Hipócrates sólo tiene una publicación, un extraño Código moral que el director no acaba de entender en sus términos ni en su utilidad y lo que es peor, el director no cree que el trabajo del griego sea interesante para su empresa por lo que al final decide no darle el empleo solicitado. ¿Tanto han cambiado nuestros criterios que el Juramento de Hipócrates nos parece ya obsoleto?

La crisis del pensamiento médico actual es la consecuencia aún no superada de una reconversión moral. Aposentados en una conciencia paternalista que nos obligaba exclusivamente a evitar el mal y a hacer el bien, nos sentíamos moralmente cómodos y hasta honrados por una sociedad que respetaba nuestros juicios y disculpaba nuestros errores. El médico de los viejos principios estaba sometido sólo al control de su conciencia y de la deontología profesional que le permitían ocultar la verdad e incluso a mentir si así beneficiaba a su paciente. Era esta una moral de escasos conflictos éticos y sin mayores discernimientos.

El paternalismo histórico se quebró del todo en el último tercio del pasado siglo con el reconocimiento del derecho de los enfermos a participar en las decisiones sobre su enfermedad. Roto el cántaro se vació su contenido llevándose por delante el rol sacerdotal del médico y su autoridad moral, hiriendo de muerte al privilegio terapéutico y, a mi forma de ver lo más importante, dejando a los

⁵ Lancet: "First, do no harm (Pending prior approval) Occasional Notes., vol 337- num 22 pages 1627-8

médicos en un estado de confusión e incertidumbre moral que ha provocado el despertar de la ética médica. Porque no olvidemos que no fue hasta muy entrado el siglo XX que, en los EEUU, comenzaron los primeros movimientos e iniciativas de lo que a partir de los años setenta llamaríamos Bioética.. Los principios que constituyen hoy un referente universal apenas tienen treinta años, menos de veinte los comités de ética y diez escasos la asignatura de Bioética en nuestra Facultad de Medicina.

La bioética nos inquieta, nos pregunta sobre conflictos que jamás antes nos habíamos cuestionado. Es verdad que el avance científico y técnico ha puesto en nuestras manos un poderoso arsenal cuya manipulación determina importantes dudas morales pero no creo que sean esos conflictos los principales responsables de nuestra perplejidad ética actual. *La dificultad del pensamiento aflora en la cotidianidad del ejercicio profesional como una burbuja o un vacío moral en el hueco que dejó el viejo paternalismo aún no del todo superado y en la aparente devaluación de valores y deberes tradicionales que siguen teniendo vigencia pero que han sido desplazados de los primeros lugares por otros nuevos más relacionados con la autonomía del paciente como el Consentimiento Informado y que sin haber sido todavía bien asumidos han adquirido un alto rigor profesional. Entre los valores tradicionales que más se han resentido debemos citar la Confidencialidad y el Secreto, difíciles de satisfacer en una asistencia compartida y globalizada, la Confianza médico-paciente amenazada por la subespecialización y por la técnica, la crisis del Sentido de la vocación, evidente en los médicos más jóvenes y en los estudiantes de medicina, indecisos ante un futuro profesional incierto. Y sobre todo dos a los que le otorgo especial significado en la hora actual: el sentido aristocrático de la excelencia profesional y el sentido de la culpa.*

Desde el trabajo de Peters y Waterman alertando sobre la pérdida del sentido aristocrático de la excelencia y el

deslizamiento hacia la mediocridad en las empresas menos competitivas, autores tan señalados como Adela Cortina⁶ proponen la búsqueda de la excelencia para la conquista del máximo objetivo de calidad propio de cada profesión. La mediocridad dice “..es cosa de funcionarios y de burócratas. La aristocracia, ideal griego, no es privilegio de una clase sino derecho de todos los que emplean parte de su esfuerzo en una actividad profesional”. Aunque sean otros muchos los factores implicados no cabe la menor duda que la pérdida del poder real del médico, su desencanto, está íntimamente relacionado con esta crisis en la búsqueda de la excelencia profesional. Sometidos a una política sanitaria estricta, desprovistos de otros altos ideales que cumplir que los índices y los objetivos, se perfila una imagen nueva del médico muy alejada del clásico icono hipocrático, restaurada eso sí en su calidad y en su talante moral pero no suficientemente curada en la autoestima lesionada, ni tratada con el respeto siempre debido, ni considerada en su justo valor, ni bien pagada cuando no explotada con contratos basura y a merced del mercado sanitario.

No sería totalmente justa nuestra reflexión si no reconociéramos en esta pérdida de la excelencia, común a todas las profesiones, la cuota exigida por el poder práctico y frío que hoy rige toda actividad profesional. Isidoro Moreno, catedrático de antropología social de la Universidad de Sevilla, denunciaba en el año 2003: “*Buenos especialistas técnicos polivalentes, pero sin cerebro para pensar, es el producto que las fuerzas, intereses y grupos que gobiernan el mercado y controlan las instituciones políticas demandan hoy de las universidades públicas*”⁷

La última razón de la crisis del pensamiento es exclusivamente personal y arraiga en lo más hondo de cada uno igual que la mala hierba; a nada ni a nadie podemos

⁶ A Cortina: “Ciudadanos del mundo; hacia una teoría de la ciudadanía”, Alianza Editorial, Madrid, 1997

⁷ I Moreno: “Espacio Universitario Europeo”, Diario de Sevilla del 6 de Octubre del 2003.

atribuirla sino a nuestra propia conciencia y es la miseria, cuando no la absoluta *carencia de nuestro sentido de culpa*. Hace más de 25 años realizamos una encuesta entre los profesionales de los hospitales de Sevilla, médicos, enfermero/as, auxiliares, estudiantes y algunos enfermos sobre la cantidad y la calidad de la información sanitaria. El 90% de los médicos considerábamos que nuestra información era correcta y suficiente mientras que la opinión unánime del resto de los encuestados era justo lo contrario. Se nos acusa, muchas veces con razón de prepotencia y creo sinceramente que estamos cambiando; pero sin un mínimo sentido de la culpa, sin autocrítica, difícilmente podremos aspirar a la más elemental reflexión ética. Sin autocrítica perdemos la credibilidad de los demás y sin credibilidad es imposible el diálogo. Mientras más tardemos en reconocer nuestros errores tradicionales, más nos costará comenzar a movernos con naturalidad en el nuevo ámbito moral que se nos exige.

2. La dificultad de los fines

Destacados pensadores alertan sobre la confusión de objetivos de la medicina actual y sus consecuencias⁸: Existen escandalosas desigualdades de acceso a la salud que afectan a las poblaciones más pobres mientras que en los países industrializados, instalados en una confianza desmesurada en la ciencia y en la técnica, vamos más allá de nuestro propio límite. Seguimos pensando que *lo más importante en medicina es vencer a la muerte* y que *con recursos suficientes y con tecnología adecuada, se puede superar cualquier enfermedad*. Este pensamiento además de falso es costoso y arriesgado, induce un sesgo hacia la curación en detrimento del cuidado y provoca una espiral progresiva de servicios sanitarios más costosos con una progresiva escasez de recursos y una profunda crisis ética

⁸ Octavi Quintana: “Los Objetivos de la Medicina”., En el Curso de Verano: “Problemas éticos de la Relación Clínica” Universidad Menendez Pelayo, Santander, 27 de Julio 2001

que hace insostenible el ejercicio de la medicina. Es lo que se ha venido a denominar “*La Trampa del Progreso*”

- **Innovación constante**
- **Desarrollo tecnológico acelerado**
- **Demanda creciente de Servicios Sanitarios**
- **Sesgo hacia la curación en detrimento del cuidado**
- **Encarecimiento de la práctica de la medicina**
- **Riesgo profesional**
- **Economía insostenible**
- **Incertidumbre ética**

La trampa del progreso de la Medicina

Para la ética la crisis de objetivos obedece a una confusión sobre el fin último de la medicina, el bien propio por el que se nos reconoce y que le da sentido a nuestro ejercicio profesional⁹. Entre las expectativas y la realidad de la medicina andamos un poco perdidos y no solo los médicos sino también la sociedad. No somos capaces de sintonizar siempre los objetivos personales, profesionales y sociales; las conquistas a corto, medio y largo plazo; los recursos y las necesidades y caminamos indecisos sin saber del todo a qué atenernos. El Comité de Expertos del **Hasting Center** ha sancionado y son reconocidos como fines actuales de la medicina¹⁰

- **La prevención de las enfermedades y lesiones y la promoción y el mantenimiento de la salud.** Somos responsables de la salud de nuestros pacientes pero también de la salud de la comunidad
- **Aliviar el dolor y el sufrimiento causado por las enfermedades y dolencias.** El dolor ha sido siempre una asignatura pendiente ante la que demasiadas veces hemos claudicado. Los avances científicos y los mejores recursos terapéuticos nos permiten y exigen hoy a los

⁹ D Gracia: “Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI” Conferencia de clausura del III Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica., La Coruña 1999

¹⁰ The Goals of Medicine: Setting New Priorities., The Hasting Center Report, Nov-Dic 1996

médicos la analgesia y la sedación eficaces y correctas de nuestros pacientes

- **La asistencia y la curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.** Tenemos el triple deber de curar, cuidar y educar a nuestros pacientes
- **Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.** En absoluto podemos declinar el deber de asistir a un paciente en situación terminal con la excusa de que *“La medicina no tiene ya nada que hacer”*. El fin de nuestra profesión nos exige acompañar a nuestros enfermos hasta el final de su vida y ayudarles a tener una muerte en paz

Actualizar estos fines supone, como muy bien sintetiza Adela Cortina¹¹: *“Apostar por la prevención responsable más que por la curación, por la calidad de la vida en lugar de la cantidad, reconocer la naturalidad de la enfermedad y de la muerte, esforzarse por procurar la paz al final de la vida”*

3. La dificultad de la decisión

¿De qué o de quienes dependen en realidad nuestras decisiones? Si nos atenemos escrupulosamente al deber de respeto y al Consentimiento Informado no cabe duda que, al menos en apariencia, la última palabra siempre es del enfermo. Pero todos sabemos que el enfermo no siempre está en condiciones de decidir y si lo está, casi nunca toma personalmente la decisión que prefiere dejar en manos de los médicos. El Consentimiento Informado, generalmente mal aplicado, se convierte en un requisito que es preferible no leer para evitar pasar un mal rato.

¹¹ A. Cortina: “Justicia Médica”, El País, 7 de Septiembre de 1999

Los familiares, a las maduras, demandan y filtran la información necesaria para la toma de decisiones en una actitud parternalista que priva al enfermo de lo esencial. Pero a las duras se retiran alegando que es la vida del paciente y sólo él puede decidir sobre la intervención.

Los médicos no siempre informamos de manera neutral y suficiente. Informamos más y mejor que antes pero seguimos sin hacer las cosas del todo bien porque, en buena ética, lo que más obliga a un médico ante su enfermo no son sus mayores conocimientos o el riesgo de sus decisiones sino el cada vez más amplio margen de su libertad que le permite hacer hoy aquello que realmente cree que debe hacer. Para decidir y ayudar a decidir correctamente debemos ser libres ¿Pero podemos asegurar siempre que lo somos? Los hombres libres cruzan a pie el puente de la decisión pero los médicos estamos acostumbrados a caminar sobre cabalgaduras difíciles de desmontar:

- La cabalgadura de **la ciencia y la evidencia**, los protocolos y las guías de las que obtenemos el mejor y necesario conocimiento que no la absoluta verdad
- La cabalgadura de la técnica, **la tecnocracia**, de la que obtenemos el máximo rigor para nuestras decisiones pero no la infalibilidad
- La cabalgadura de la seguridad, **la yatrocracia**, en la que confiados más en nuestra armadura de pruebas y medicinas que en la confianza y la cercanía del paciente, nos sentimos suficientemente protegidos.
- La cabalgadura de **la burocracia** que nos obliga a ir por carreteras comunes respetando todas las señales y buscando la mejor salida para nuestro destino, escasamente señalizado la mayoría de las veces.
- La cabalgadura del rendimiento obligado, **la mercadocracia** que impone su propio código de resultados y no se detiene a considerar los sentimientos

que no producen y nos lleva al galope cuando más falta hace pensar.

Son muchos y muy diversos los elementos que influyen en nuestras decisiones morales, necesarios todos para nuestros objetivos asistenciales; pero estos elementos (la ciencia, la técnica, el rigor profesional, las normas, los resultados..) deben estimarse en su estricto valor y utilizarse sólo como argumentos particulares de la decisión, como fuente y apoyo para el consejo, pero nunca como imperativos absolutos más allá del fin último de nuestra actividad y de nuestra conciencia.

Los profesionales sanitarios nos esforzamos en la actualidad en implicar al paciente en las decisiones que lo afectan reconociendo que nadie mejor que ellos conoce su propia salud y es su derecho y nuestro deber respetar sus preferencias a la hora del tratamiento. Esto nos conduce al problema de *la decisión compartida* que, como señala Rebeca E. Say¹² tiene importantes dificultades no siempre fáciles de resolver para:

- **Establecer una correcta alianza asistencial:** La decisión compartida exige un pacto tácito, una asociación de objetivos por parte del médico y el paciente que en pocos casos se llega a alcanzar. Las razones principales de esta dificultad son *la falta de tiempo y de comunicación* y, unido a ellas, *el escaso conocimiento que se tiene del paciente*. Cuando el enfermo es conocido, por ejemplo el caso de los médicos de familia o con una continuidad asistencial de muchos años, la decisión es más fácil.
- **Reconocer los deseos de información de los pacientes:** Los deseos de información de los pacientes no se pueden

¹² Rebecca E. Say., R Thomson: "The importance of patient preferences in treatment decisions-challenges for doctors"., BMJ vol 327, 6 Septiembre 2003, 542-545.

generalizar. No todos los pacientes con hipertensión arterial tienen las mismas preferencias a la hora de decidir un tratamiento personalizado y es difícil conocerlas teniendo en cuenta que esa información va a estar influenciada por la forma y el momento en el que nosotros se la solicitemos. Salvo que haya expresado claramente su deseo de no saber, el hecho de que un paciente renuncie a hacer la elección final de un determinado tratamiento no quiere decir que no desee más información.

- **Informar correctamente a nuestros pacientes:** La información técnica debe ser clara e imparcial para asegurarnos que el paciente va a decidir por el conocimiento real de los hechos y no por algún malentendido. Pero aún así hay problemas porque *los pacientes no suelen retener la información* que le damos y es francamente difícil *aportar la información justa en el tiempo justo*. A la hora de explicar los riesgos, hay estudios que demuestran que los médicos usamos indebidamente la información que determina la decisión de los pacientes¹³ Con frecuencia acudimos a términos numéricos o muy generales que no suelen ser bien interpretados o a cocientes personalizados con lo que en realidad sólo informamos de probabilidades estadísticas.
- **Reservas profesionales a la hora de consultar al paciente:** Algunos médicos piensan que *el enfermo puede sentirse inseguro* y llegar desconfiar de ellos si interpreta que es consultado porque tienen dudas en la decisión
- **Fuentes de información ajenas a la Relación Asistencial** pueden influir decisivamente. *¿Para qué me pregunta lo que debe hacer cuando su fuente de información ha sido Internet?* le dice un médico

¹³ Edwards A., Elwyn G., Mulley A: "Explaining risks: turner numerical data into meaningful pictures" BMJ 2002, 324., 827-30

desconcertado a un paciente aún más desconcertado por un exceso de información escasamente explicada.

- **Reservas profesionales ante determinadas decisiones de los pacientes**: Resulta duro negociar con el paciente sobre determinadas preferencias con pocas o nulas posibilidades o que no están en la línea de las guías terapéuticas o que resultan fútiles o desproporcionadamente costosas para un improbable beneficio. *El médico puede llegar a sentirse dramáticamente presionado* en algunos casos límite y no sólo por el paciente y sus familiares sino incluso por asociaciones de enfermos, por los medios de comunicación o la propia sociedad cuando exigen, terapias alternativas inconsistentes o poco probadas
- **Desigualdades en las preferencias de los pacientes** por cuestiones de cultura, raza, sexo, situación socio económica o laboral etc... *En general, a menor nivel económico, se relativiza más la enfermedad.*

Los problemas de la decisión compartida podemos minimizarlos recurriendo a la atención integral e interdisciplinar de los enfermos, al uso de criterios consensuados y Guías Terapéuticas por parte de los profesionales y a Directrices Anticipadas suscritas por los pacientes; al Testamento Vital y a las órdenes de No Resucitación pactadas con los enfermos en situación terminal; al Comité Ético que debe ser consultado en aquellos casos en los que se considera necesario un consejo moral.

CONSIDERACIONES ÚLTIMAS

Juntos hemos vuelto a recorrer, compañeros y amigos, los viejos surcos de la ética médica y tras ellos, se nos abren los ojos a un horizonte apasionante de posibilidades, muchas de ellas aún desconocidas, pero también de nuevas responsabilidades que reconocemos difíciles de afrontar. La bioética “*un puente hacia el futuro*” en eficaz definición de Reanslaer Potter, aparece en esta encrucijada como un “*lugar de encuentro*”¹⁴ y un “*mosaico de valores*”¹⁵ pero también como “*un puente inacabado*”¹⁶ que entre todos debemos terminar. La bioética, “*en la encrucijada*”¹⁷ del pensamiento y el progreso que será, nadie lo dude porque ya lo es, la medicina del III milenio, no crea dogmas ni doctrinas solo ofrece y ya es bastante la posibilidad de un “*diálogo verdadero*”¹⁸ para acercarnos a la verdad.

En el año 1899 confesaba D Miguel de Unamuno en el Ateneo de Madrid¹⁹: “*Buscando en mi corazón de niño y yendo con él a mamar la leche que nos hizo hombres, a oír la voz de nuestra niñez social, me encontré con la historia del intelectual que ansía consuelo en la verdad y verdad en el consuelo*” y proclamaba “*El que obra verdad y no solamente el bien, este va a la luz ...la verdad es consuelo*”. Fiel al consuelo indeleble que es toda verdad y a la más pura verdad que es el consuelo, convencido de su sabiduría y de su claridad que ilumina el día a día con mis pacientes, hoy quiero renovar aquí ante vosotros, en la más insigne y docta casa, mi fe en la medicina y con ella agradecer públicamente el bien recibido de aquellos que hicieron posible mi vocación.

Gracias ante todo a mis padres y a quienes con su sacrificio se esforzaron porque cada día fuera un médico mejor: a mis hermanos, a mi esposa y a mis hijos, muy particularmente a las

¹⁴ Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABF y C), II Congreso Nacional “La bioética, lugar de encuentro”, Barcelona 1997

¹⁵ ABF y C VI Congreso Nacional: “La bioética, mosaico de valores”, Sevilla 2004

¹⁶ ABF y C V Congreso Nacional: “La bioética, un puente inacabado” Madrid 2002

¹⁷ ABF y C I Congreso Nacional: “La bioética en la encrucijada”, Madrid, 1996

¹⁸ ABF y C IV Congreso Nacional: La bioética, diálogo verdadero”, Bilbao 2000

¹⁹ D Miguel de Unamuno: “Nicodemo el fariseo” Ed Encuentro, Madrid 2007

dos que han seguido mi camino. A quienes me abrieron los ojos a una dimensión desconocida del enfermar humano y su cuidado, a mis maestros, alumnos y compañeros, a mis amigos de Prosac[♥] y sobre todo a los enfermos por su confianza y porque a su lado aprendí lo esencial que es respetar y a admirar al hombre tanto más cuanto mayor es su debilidad.

SÍNTESIS FINAL

Y a modo de coda recapitulamos volviendo a los acordes de la metáfora de nuestro corazón. Debemos buscar horizontes nuevos pero sin abandonar los viejos surcos en los que siempre hemos arado, la lección aprendida y actuar en nuestra profesión con la sabiduría evangélica del padre de familia que extraía del arca lo viejo y lo nuevo para quedarse sólo con aquello que de verdad merecía la pena. Del polvoriento arcón de mis recuerdos extraigo viejas palabras, memoria de mis años de estudiante ya casi olvidadas y miro y remiro por si pueden ser de utilidad en la incertidumbre del camino.

Leo **INOTROPISMO** y pienso en motivación, energía, fuerza que impulsa nuestro ser profesional y contemplo a médicos sin vocación que parecen un corazón denervado.

Leo **CRONOTROPISMO** y pienso en control y límite, ritmo, equilibrio en definitiva de necesidades y posibilidades, equilibrio en las personas para evitar el burn out y en la técnica para no caer en la deshumanización y en la información para ayudar sin herir más allá de lo necesario. Armonía del equipo y los cuidados. El ser, el poder ser de todo ejercicio profesional; porque un ejercicio profesional sin equilibrio, anárquico, insuficiente y peligroso es como un corazón fibrilado.

Leo **DROMOTROPISMO** y pienso en conductividad, capacidad de transmitir y de dialogar, de aprender y de adaptarse a las nuevas condiciones, empatía, confianza, credibilidad. El

[♥] Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos

médico sin receptividad ni gobierno, a merced de su terquedad, es como un corazón bloqueado,

Leo **BATMOTROPISMO** y pienso en excitabilidad, capacidad de respuesta, fidelidad, rendimiento y eficacia, lo que en el ejercicio de la medicina significa: disponibilidad, generosidad, servicio. Un médico a la defensiva es como un corazón vacío.

He hurgado el interior del corazón para sacar a la luz nuevas realidades. El corazón ya no es lo que era pero sigue siendo igual de poderoso y lo es en su seguridad y en su fuerza y en su fidelidad al tiempo y a la demanda y en su capacidad de resistencia a pesar de los años y de nosotros mismos y ahora sabemos que llega a remodelarse y que tiene capacidad de regeneración y pienso en la ilusión de los nuevos cardiólogos ante tan magnífico arsenal y en las células madre de la medicina que debemos cuidar como a la niña de nuestros ojos: los estudiantes y los médicos postgraduados.

El corazón es, como nosotros, uno más entre todos. Decía Antonio Machado: *“Prestad atención, un corazón solitario no es un corazón”*. Si viviéramos sólo para nosotros mismos tal vez con el cerebro bastaría para atesorar lo bueno y lo digno que tenemos pero somos los unos de los otros y por nuestra condición de médicos nos debemos más que nadie a los demás. Necesitamos del corazón para sentirnos realmente lo que somos, para llenar nuestra vida de sentido.

Suya es la autoridad y sin embargo el corazón persevera humilde y silencioso. Su quehacer no se nota y no aspira más que a cumplir correctamente su deber. El corazón siente y se estremece y es capaz de compadecerse y de sufrir porque sólo él puede hacerlo. La razón no. El corazón es humilde, la razón es débil. **Seamos todos corazón.**