

Confesiones de un médico o Nostalgias de una vocación (paternalista)

Rosana Triviño Caballero*

CCHS-CSIC / U. Salamanca
rosanatrivino@yahoo.es

“Hacia una nueva ética médica” es el título del capítulo 5 de *Confesiones de un médico* (Triacastela, Madrid, 2011), la versión española del libro del médico y filósofo norteamericano Alfred Tauber, cuidadosamente traducida por Antonio Casado da Rocha. En él, se abordan cuestiones relacionadas con la alteración identitaria que supone la enfermedad, la deshumanización de la medicina y sus causas y la necesidad de un cambio radical en el enfoque de la relación médico-paciente para combatirla. En una sociedad que prioriza la autonomía individual, dice Tauber, conviene recordar que estar enfermo supone la pérdida de esa autonomía y autosuficiencia. Por tanto, los profesionales sanitarios, cuya relación con los usuarios es necesariamente asimétrica, no sólo han de aplicar los correspondientes procedimientos técnicos, sino que han de asumir la obligación moral de restaurar la salud de sus pacientes. En ese sentido, Tauber distingue entre los aspectos “materiales” de la enfermedad y las tareas “metafísicas” vinculadas al cuidado, para cuyo desempeño apela a un sentido de responsabilidad último, principio fundacional de la medicina y, por consiguiente, de la ética médica.

Es probable que el éxito y el valor del texto de Tauber residan fundamentalmente en el desenmascaramiento y la preocupación por los problemas que afectan a los sistemas sanitarios en general y a la relación médico-paciente en particular. Para ello, utiliza un formato a medio camino entre la autobiografía y el ensayo próximo a las Confesiones agustinianas –que no rousseauianas-. El uso de este estilo literario no es meramente formal, sino que constituye toda una declaración de intenciones, más sugerida que explicitada, sobre la repercusión que la trayectoria vital del autor ha tenido en su conformación de la realidad de la profesión médica.

En términos generales, es difícil no estar de acuerdo con Tauber. Que la ciencia se encuentre sujeta a las necesidades humanas, que la relación médico-paciente se base en la empatía y la confianza, que la motivación de los médicos no esté vinculada tanto al éxito profesional como al interés por el cuidado integral del paciente, que los principios

Becaria JAE-predoc de la Unidad Asociada de Éticas Aplicadas Universidad de Salamanca-Instituto de Filosofía, CCHS-CSIC. Miembro del Grupo de Estudios Lógico-Jurídicos, *JuriLog* y del proyecto KONTUZ! (FFI 2011-24414).

ISSN 1989-7022

año 4 (2012), nº 8, 67-73

ILEMATA



Received: 26/11/2011
Accepted: 05/01/2012

rectores de los sistemas de salud no sean economicistas ni dependientes del mercado son deseos ampliamente compartidos, al menos en las sociedades europeas. Es cierto que la extensión de ese deseo parece más restringida en el contexto político y social en el que se inscribe Tauber, pero, en cualquier caso, el camino por el que el autor llega a esas conclusiones resulta algo más problemático. La polarización que establece entre determinados hechos y valores (autonomía-beneficencia, ciencia-humanismo, racionalidad-moralidad, técnica-vocación) y su empeño metafísico acaban resultando en ocasiones un tanto maniqueos. En este sentido, aunque en algún momento afirma que no tiene por qué haber "una contradicción inherente entre ser científico y ser compasivo" (p. 145), con frecuencia Tauber emplea ejemplos y realiza reflexiones a lo largo del capítulo que presentan ambos extremos como incompatibles (pp. 145-148). Su forma de plantear el problema del exceso de tecnocracia y "cientifización" de la medicina da lugar a la imagen de una realidad única, un tanto apocalíptica, donde los pacientes son un "objeto científico" (p. 147) instalados en la desconfianza sistemática (pp. 148-149); donde los profesionales han perdido "las intuiciones básicas acerca del cuidado" (p. 148) y donde el sistema obliga a actuar en términos de beneficio económico (p. 151). Con tal panorama, Tauber parece convencido de que cualquier tiempo pasado fue mejor:

"Cuando comencé mi carrera hace 25 años, los juicios por negligencia eran algo raro. (...) los pacientes confiaban y respetaban a sus médicos, y si las cosas salían mal había una confianza implícita y razonable que permitía entender que el médico lo había hecho lo mejor que había podido pero que a veces pasan cosas malas" (p. 148).

En este mismo sentido, un poco más adelante, se plantea la siguiente cuestión:

"En muchos aspectos, es bueno que el médico-dios desaparezca de nuestra memoria colectiva, pero ¿con qué otro modelo lo hemos reemplazado? No olvidemos que el poder del médico, con todos los peligros que conlleva, aún estaba asociado con su responsabilidad" (p. 149).

De acuerdo con lo anterior, la propuesta de Tauber, en lo que al ámbito jurídico se refiere, va encaminada a un modelo fiduciario más basado en la responsabilidad moral del profesional que en su responsabilidad técnica, lo que evidentemente resulta complicado. La responsabilidad moral es una cuestión difícilmente objetivable y resbaladiza. Diferenciar entre médicos moralmente responsables y médicos que no lo son resulta jurídicamente difícil y quizá peligroso. En un universo moral donde prima la pluralidad, ¿qué moral es la elegida entre las existentes y/o posibles? ¿Quién se encarga de determinar qué código moral es mejor

que otro? La exigencia de que el profesional sea técnicamente competente es un requerimiento lícito y viable; la pretensión de que exista un compromiso moral jurídicamente vinculante conduce a territorios más inciertos. Conviene recordar, además, que el profesional competente desarrolla su labor en aras del bien de su paciente y que dentro de esa competencia se incluye informarle, asesorarle y respetar sus decisiones. A diferencia de lo que afirma Tauber, considero que la autonomía no contribuye a "renunciar a una ética más incluyente" (p. 151-152), sino más bien todo lo contrario. Según esto, tal vez esa apelación a un compromiso moral más allá de la profesionalidad no sea tan necesaria.

Me parece importante matizar que la autonomía es esencialmente relacional. Hablar de "autonomía relacional" como un concepto diferente es crear una categoría ficticia y pretendidamente innovadora. La defensa de una suerte de autonomía desarraigada y autosuficiente que Tauber atribuye a los movimientos que dieron voz a la ciudadanía en el ámbito sanitario es una concepción sesgada de la realidad. La autonomía está inserta en un contexto individual, familiar, social, cultural, económico y político determinado y en continua interacción con él, y es deseable que las personas, incluso cuando la enfermedad merma sus libertades y sus capacidades, puedan mantenerla y ejercerla. Bien es cierto que, frente a la negación de la autonomía de otras épocas, surgió una reacción rescatadora de corte liberal que se ha formulado en ocasiones en términos solipsistas y de autosuficiencia, sea por insistir conceptualmente en su rescate, sea para ponerla al servicio de intereses espurios (economicistas, inicuos, etc.), como denuncia Tauber (pp. 151-152). Sin embargo, y en eso coincidiría con el autor, la realidad es que no es posible ni deseable una autonomía así. Por tanto, considero importante hacer hincapié en la rehabilitación de un concepto que, por sí solo y en sentido estricto, no debería ser patrimonio exclusivo de ninguna corriente ideológica.

Cuestión distinta es que la autonomía con frecuencia se haya convertido en un arma arrojadiza utilizada tanto por los usuarios del sistema (reclamaciones y denuncias fundadas e infundadas) como por parte de los profesionales sanitarios (uso de consentimientos informados como instrumento de defensa más que de información).

Como el propio Tauber admite (p. 148), el reconocimiento de la autonomía de los pacientes por parte del sistema ha supuesto un mecanismo de control frente al abuso de poder en la relación asimétrica entre médico y paciente. Evidentemente, como en tantas otras cuestiones, existe la posibilidad de hacer un mal uso de él. Siempre puede haber una mujer que finja ser víctima de maltrato para obtener algún beneficio, pero hay acuerdo en que siempre será mejor que existan me-

didadas que protejan a las mujeres que sufren violencia machista. Siempre cabe la posibilidad de que un paciente acuse falsamente a su médico con ánimo de lucro, pero convenimos en que siempre será mejor que haya mecanismos que determinen la responsabilidad por un daño. En consecuencia, resulta difícilmente asumible apelar a la nostalgia por la confianza, el respeto y la comprensión de los pacientes hacia sus médicos para responder al por qué de la escasez de denuncias y litigios por negligencia hace veinticinco años (p. 148). No puede establecerse que el deterioro de la confianza, la relación insatisfactoria que pueda existir entre médico y paciente o la deriva economicista de la gestión de la salud (p. 151) sean consecuencia directa de un modelo de atención basado en el reconocimiento de la autonomía, pues los factores que han promovido el cambio en las relaciones médico-paciente son múltiples. Achacar la causa de la actual situación al desarrollo de la autonomía es una selección perversa. Volver la mirada a la interacción médico-paciente y detectar sus disfunciones constituye una preocupación pertinente. Sin embargo, para evitar caer en el paternalismo radical de otras épocas y trascender el desequilibrio de poder entre médico y paciente, es necesario entender la relación de cuidado desde el respeto a su capacidad de autodeterminación.

Por otro lado, es dudoso que la escasez de denuncias en otros tiempos fuera exclusivamente consecuencia de que la relación asistencial se basara en la confianza, el respeto y la mirada benevolente de los pacientes hacia los médicos. Utilizando de nuevo la analogía, la ausencia de denuncias en el pasado no significa que no existiera el maltrato a las mujeres. Ni las mujeres ni los pacientes gozaban de los instrumentos legales e ideológicos necesarios para hacer valer sus derechos.

En síntesis, convengo con Tauber en que el ensalzamiento de la autonomía efectivamente ha contribuido, junto a otros factores, al incremento de quejas y denuncias por parte de los pacientes. A pesar de que entre ellas se puedan encontrar ciertas perversiones, las consecuencias positivas no son desdeñables. Es muy probable que antes las negligencias y la mala praxis se produjeran igualmente, pero a diferencia de hoy, quedaban jurídica y socialmente impunes. Por otra parte, y junto con el incremento de denuncias, conviene tener presente que la medicina y los sistemas de salud (al menos, algunos) cuentan con una alta estima y reconocimiento sociales. Muchos son los profesionales "buenos" y muchos los pacientes satisfechos con los cuidados recibidos. En este sentido, es posible afirmar que, probablemente, en el pasado ni todos los médicos velaban empáticamente por sus enfermos y les acompañaban en su sufrimiento –como en *The Doctor*, el cuadro de sir Luke Fildes elegido por Tauber como imagen del deber ser de la

relación médico paciente (pp. 156-157)-, ni todos son víctimas de la indiferencia, el desaliento y la ambición profesional (pp. 147 y 152) en el presente.

En relación con la cuestión del desarrollo de la ética médica como *expertise*, coincido con la preocupación de Tauber en el peligro de que se convierta en una especialización técnica limitada exclusivamente a la resolución de casos difíciles y no en una inquietud presente en la praxis diaria de todos los profesionales. Más allá del conocimiento experto para la identificación de conflictos y de procedimientos deliberativos para la toma de decisiones, es preciso el desarrollo de las capacidades comunicativas y de una aplicación transversal de la ética médica para despertar no tanto una conciencia moral, que ya cada cual madura de acuerdo con sus creencias y circunstancias vitales, sino la sensibilidad para tratar con personas en situación de vulnerabilidad. En ese sentido, otras profesiones que desarrollan su labor en el ámbito sanitario, como la enfermería, la fisioterapia o el trabajo social, han demostrado tradicionalmente una mayor y mejor capacidad para alcanzar un enfoque más holístico de los problemas de salud de las personas.

No obstante, discrepo con el autor en su planteamiento de raigambre metafísica, en el que la "vocación" se convierte en *conditio sine qua non* para el correcto ejercicio de las profesiones sanitarias. Determinar en qué consiste y de dónde procede la vocación –si es que existe algo como tal- resulta conflictivo. Sea como fuere, hay un amplio acuerdo en que para determinadas profesiones es imprescindible "tener vocación". Médicos, maestros y sacerdotes con frecuencia se perciben y/o son percibidos como vocacionales. Sin embargo, "haber sentido la llamada de la vocación" no necesariamente conduce a ser mejor profesional, ni tampoco a ser más empático, ni a un mayor grado de implicación con quienes sufren (hay médicos vocacionales y negligentes, maestros vocacionales y violentos y sacerdotes vocacionales y pederastas). Entiendo que el buen médico aúna conocimiento experto y determinadas cualidades humanas (la empatía, la sensibilidad, la solidaridad, la racionalidad para la toma de decisiones,...). Con todo, reunir unas cualidades humanas, y no otras, puede ser deseable, pero no exigible, para el desempeño competente de una profesión; en primer lugar, porque las cualidades humanas no tienen un carácter esencial y estático y son difícilmente medibles. En segundo lugar, porque aplicar categorías de tinte metafísico y espiritual a cualidades que tienen que ver con circunstancias materiales y condiciones psicológicas resulta excluyente para con aquellos profesionales cuyas motivaciones no tienen su origen en "lo más profundo de su alma" (p. 164) y cuya labor es, al mismo tiempo, intachable. En ese mismo sentido, cabe deducir que esa pers-

pectiva "trascendental" supone la restricción del acceso a determinadas profesiones, en este caso la médica, a aquellos bendecidos con el don de la vocación:

"Los médicos y enfermeros visten de blanco, lo que proporciona un interesante contraste con el sacerdocio: opuestos pero al mismo tiempo semejantes. Los médicos como sacerdotes de la curación, vestidos de blanco, que han oído la llamada a convertirse en cuidadores. Asumir esta vocación, esta responsabilidad, forma su carácter existencial" (p. 156).

Considero que apelar a la vocación excede los límites de lo profesionalmente exigible (dentro de lo que reitero que no sólo está el conocimiento experto, sino también una atención integral a la persona) para adentrarse en el terreno resbaladizo de lo espiritual y, en ocasiones, de lo dogmático. Son de sobra conocidas las instituciones y profesionales de carácter religioso firmemente convencidos de su buen hacer, con un alto grado de vocación y compromiso más allá de lo material con sus pacientes; pero también con su fe, de manera que esos pacientes, *sus Otros*, corren el riesgo de perder su propia voz. También se pueden encontrar profesionales sanitarios, religiosos o no, con fuertes convicciones morales que, guiados por su verdad, pretenden imponer su criterio a quienes no lo comparten (piénsese en la mujer que desea abortar frente al médico que, de acuerdo con su activa conciencia moral, se niega a facilitarle el acceso a la interrupción de su embarazo). Así pues, creo que ese activismo moral, tal y como la entiende el autor (p. 158), no garantiza una mejor relación médico-paciente, ni un mejor cuidado. El mal de la medicina no procede de una secularización frente a tiempos pasados en los que "la conciencia religiosa se expresaba con mayor libertad" (p. 63-64). El hecho de que la conciencia moral del profesional gobierne su actividad más que la tecnología o la ciencia no siempre es mejor para el sujeto paciente.

En realidad, la cuestión de la vocación me resulta un tanto anecdótica en la problemática sanitaria. Otra analogía podría resultar iluminadora para la crítica. Es evidente que el amor es un requisito deseable en el matrimonio. El amor, como la vocación, es cambiante, por no decir que sufre desgaste. Es difícil determinar la intensidad de amor previa requerida para pronosticar el éxito de un matrimonio. Se me antoja que lo de la vocación es similar. En cualquier caso, antaño había menos divorcios, no porque hubiera más amor, sino porque las condiciones existenciales impedían la ruptura del vínculo. Cuando se achaca a la autonomía del paciente y a la falta de vocación de los profesionales la causa del deterioro de las relaciones se está insistiendo en dos de las múltiples variables que intervienen en la explicación de un fenómeno muy complejo. En consecuencia, el diagnóstico queda incompleto y la

propuesta de solución parece limitarse a una reducción de los derechos del paciente y una exigencia idealista: el amor universal.

En el capítulo objeto de mi comentario, la sugerencia de Tauber va encaminada a encontrar "una nueva ética médica". Sin embargo, lo que en realidad defiende es el retorno a una antigua ética médica a mi juicio un tanto idealizada. Su texto destila cierta nostalgia por otro tiempo en el que el médico permanecía en la cabecera del enfermo y suplía la falta de medios, de conocimientos, con su presencia consoladora y se entregaba noche y día al cuidado de los pacientes. En la memoria de Tauber, la figura del buen médico o de la buena enfermera, encarnada en su propio padre y en una jefa de enfermería en dos de sus relatos, están marcadas por una vocación próxima a lo religioso. Ambos asumen un grado de compromiso con su profesión-vocación que les permite superar cualquier límite o traba moral. Así, el Dr. Tauber auxilia al asesino húngaro y la Sra. Murphy aplica prácticas eutanásicas al sufriente Sr. Levenger. La apuesta de Tauber no dirige la medicina hacia un modelo ético nuevo, sino que la conmina a "regresar a su programa anterior y reorientarse hacia su mandato moral definitorio: la *interacción* entre médico y paciente, la base del arte de curar en todas las culturas" (p. 152).