

ETICES

Boletín de Bioética

**Crisis de la identidad
ética del médico**



Boletín trimestral de Bioética
Facultad de Medicina y Departamento de Humanidades
Grupo de Investigación ETICES
Volumen 3, número 4
Octubre – Diciembre de 2011

Serie
EDITORIAL
CES



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

ISSN: 2145 - 3373

ETICES

Volumen 3, número 4: octubre - diciembre de 2011.

©Universidad CES

ISSN 2145-3373

Hechos todos los depósitos que exige la ley

Diagramación:

Oficina Proyección Corporativa - Universidad CES

Crisis de la identidad ética del médico

Por:

Dr. José Humberto Duque Z.¹

“Ni las profesiones ni la ética profesional pasan por un buen momento, cabe decir que ambas están en crisis”.

Diego Gracia

1. Características de una profesión y retos de la profesionalidad médica

En los últimos tiempos la idea del buen profesional ha estado ligada a personas expertas en un saber acreditado por una universidad y con funciones específicas trazadas por la sociedad y el Estado. Desafortunadamente, este concepto hoy ya no se refiere al ideal de una persona comprometida y moralmente responsable en lo que hace. Originariamente el término profesión hacía referencia a un compromiso público de la persona deseosa de consagrar su vida a un bien social o a una causa justa y magnánima, consagración que era acogida por la comunidad con respeto, devoción y sentimiento de gratitud. Reconocimiento social que expresaba la autoridad que distinguía al profesional, autoridad basada en la búsqueda de la perfección, de la excelencia moral, mediante la práctica de la virtud. Esta distinción posibilitaba la buena imagen de la profesión médica en la sociedad.

Pero con la transformación del concepto de profesión, se ha perdido el sentido vocacional del ejercicio de la medicina. Por esta razón, y otras que se expondrán más adelante, la confianza y el respeto que antes merecían las profesiones hoy se han venido a menos, trayendo consigo una crisis de identidad, una crisis de sentido y sobre todo un cierto desenfoque ético en el ejercicio de las profesiones, que como las de la salud, han experimentado cambios que desnaturalizan su misión, a causa de las reformas realizadas

¹ Médico. Licenciado en Filosofía y letras. Especialista en Gerencia de Salud.

en los distintos países a los regímenes de prestación de servicios de salud. Reformas que privilegian el concepto de salud como mercancía, es decir como bien económicamente útil e intercambiable por el lucro y la rentabilidad de los servicios.

Ante este panorama, con un sentido realista, Max Weber cuando se preguntaba ¿Qué es una profesión?, se respondía: "Es la actividad especializada y permanente de un hombre que, normalmente, constituye para él una fuente de ingresos y, por tanto, un fundamento económico seguro de su existencia."² No obstante lo anterior, no puede desconocerse que cualquier actividad profesional cobra su sentido en la búsqueda y realización de metas, sueños e ideales. Así, en la medicina, lo que constituye su sentido y finalidad es la salud del paciente, la curación de la enfermedad y su cuidado, su bienestar integral, alivio del sufrimiento y acompañamiento para una muerte digna. Este conjunto constituye las acciones que definitivamente dan su significado a la profesión médica³.

No obstante, y siguiendo el postulado de Weber antes citado, es evidente que hoy las profesiones son el resultado de competencias científicas y técnicas, un complejo mundo de conocimientos, habilidades y aptitudes específicas, lo cual trae consigo reduccionismo y simplificación en su ejercicio. Importa qué cosas hacen las profesiones y no qué principios llevan a hacer lo que se hace. Así, se privilegia la condición de ser un buen médico, ciertamente como primera condición de moralidad en el ejercicio profesional, pero otra cosa bien distinta es ser un médico bueno, éste último se caracteriza por la responsabilidad y la solidaridad que exige atender con dignidad y decoro, con compasión y sensibilidad a personas que sufren o que están cercanas al fin de sus días. A esto último se le reconoce como el arte de ser médico, el arte de ser médico bueno, asunto éste postulado en el Código Hipocrático, en el cual la decencia en el obrar era una estética del bien obrar, de hacer el máximo beneficio, lo que hoy llamaríamos la excelencia profesional que se corresponde con la virtud profesional, es decir con la esencia de la ética médica. Ética y estética de la ciencia y el arte de la medicina configuran

2 WEBER, Max. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Península, 1969. p. 82, nota 1.

3 Ver "Los fines de la medicina", proclamados por el centro de bioética de Nueva York conocido como el Haslings Center; documento divulgado en español por la Fundación Victor Grifols i Lucas de Barcelona en el año 2004.

la profesionalidad como vocación que es justamente la que se ha perdido en el horizonte contemporáneo. Ética y estética de la ciencia y el arte de la medicina son hoy, más que nunca, las condiciones de posibilidad para el logro de la legitimidad y respetabilidad, valga decir: credibilidad de la profesión médica.

En tal sentido, Victoria Camps expresa que: "Los textos hipocráticos configuran, de entrada, el ethos, la manera de hacer del médico, un comportamiento que debe ir dirigido tanto al mejor interés del paciente, como a la buena reputación del médico y de la profesión, y que, dada la complejidad del arte en cuestión, ha de saber implicar a todos los afectados"⁴. En los escritos hipocráticos, en el texto denominado "Sobre la decencia", encontramos una síntesis descriptiva del ethos que constituye el conjunto de virtudes de la profesión médica, conjunto de virtudes que determinan la excelencia moral profesional o areté griego: "También en la medicina están todas las cosas que se dan en la sabiduría: desprendimiento, humildad, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de la superstición, excelencia divina".

En la sociedad contemporánea, se entiende que las virtudes de la responsabilidad y la solidaridad con fundamento en la dignidad humana, configuran la ética y la estética de la profesión médica en tanto vocación. Más que una práctica basada en leyes o en principios tecno-científicos, la medicina es una práctica basada en el cultivo de la virtud, es decir es un compromiso moral para evitar el sufrimiento evitable, incluso subordinando los intereses personales a los intereses del paciente y a los intereses de la sociedad en general tal como lo concibe Percival (1740-1804), "la buena imagen de la práctica médica es tan importante como la dedicación al paciente". Y la buena imagen es la belleza en la actuación, es lo que se denomina la estética o el arte de ser un médico bueno.

4 AMPS, Victoria. La excelencia en las profesiones sanitarias. En: Revista Humanitas: Humanidades Médicas, 2007. N° 21, noviembre 2007, p. 3

En tal sentido, Hans-Georg Gadamer (1900-2002), en su obra *El estado oculto de la salud*, expresa que: “El médico, si quiere ser un verdadero médico, también debe ver más allá de lo que constituye el objeto inmediato de su saber y de su habilidad. Por eso, su situación ocupa un punto intermedio, difícil de mantener, entre un profesionalismo desligado de lo humano y una apuesta personal por lo humano”⁵, y en esto constituye precisamente el reto ético de la profesionalidad en salud: mantener este equilibrio que significa también ejercer armónicamente la ciencia y el arte de ser médico y esto ocurre así porque la virtud o excelencia moral propia de la profesión como vocación se acerca más al humanismo que a la ciencia.



2. Factores determinantes de la crisis de la profesionalidad médica: la tipología del médico del presente

Constituyen factores determinantes de la crisis de la profesionalidad médica un conjunto de hechos, circunstancias y factores de orden social, político, económico, científico que propician cambios en la manera de ser y de hacer, cambios sustanciales o paradigmáticos como diría Thomas S. Kuhn en su clásica obra “*La estructura de las revoluciones científicas*”.

5 GADAMER, Hans-Georg. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 1996. p. 56

2.1. Los cambios contemporáneos en los sistemas de salud: la salud como mercancía y la industrialización de los servicios de salud.

La característica esencial de estos cambios radica en el desplazamiento sustantivo que sufre el concepto de la salud y de la prestación de servicios diseñados para cuidarla, mejorarla y protegerla. Antes se consideraba que dichas prestaciones se constituían como derecho y ahora se considera que, en tanto que son bienes de uso, deben someterse a la dinámica del mercado. Bajo el modelo neoliberal que ha inspirado estos cambios, ahora los Estados delegan a la dinámica económica la prestación de servicios de salud, eludiendo su responsabilidad de cuidar la dignidad humana y el valor de la vida, delegando al mercado la responsabilidad de atender el sufrimiento, el dolor, la enfermedad, entregando al juego de la oferta y la demanda el derecho fundamental a la salud y a la vida, con todas las consecuencias negativas que se derivan de este hecho y que los medios de comunicación y los tribunales reportan a diario.

Ante este panorama, la regulación en la prestación de los servicios buscará ante todo el equilibrio en la relación costo-beneficio, que para el caso de los servicios de salud, no siempre es fácil de establecer. Le corresponde al médico ser ahora doble agente fiduciario, es decir le corresponde asumir fielmente una doble responsabilidad no siempre compatible y, más bien, la mayoría de las veces, contradictoria. Por una parte le corresponde ser agente del mercado, preservando sus intereses de racionalidad económica, y por otra parte le corresponde decidir lo mejor para el paciente. Su ejercicio profesional se encuentra ahora navegando entre dos aguas tormentosas: decidir lo que más conviene al paciente sin lesionar lo que más conviene al sistema. Es obvio que ante este dilema siempre pierde el más débil de la diada: el paciente; y siempre gana el más fuerte: el empresario de la salud. Esta es la dinámica ineludible de las relaciones de mercado incorporadas a la prestación de los servicios de salud.

En este escenario, el profesional percibe como altamente complejo y contradictorio su obrar porque carece hasta cierto punto de libertad y de capacidad para aplicar lo que es más justo, lo que es más beneficioso y lo que es más útil para el paciente, quedando así la misión del profesional circunscrita a los determinantes económicos impuestos por el mercado y sometida a sus dictámenes.

2.2. Persona total y órganos enfermos: el modelo biomédico imperante.

Un segundo determinante del comportamiento profesional lo constituyen tres fenómenos interrelacionados: las sub-especializaciones, la tecnología médica y el predominio del modelo biológico en la forma de afrontar el devenir entre salud y enfermedad.

Ahora bien, como consecuencia ineludible de los avances en el campo de la biología molecular, la genética, la mayor comprensión de las íntimas relaciones fisiopatológicas, y sobre todo como consecuencia de los avances en tecnología de ayudas diagnósticas, en cirugía, en intervenciones cardiovasculares y cuidados intensivos, entre muchas otras, nacen las diferentes subespecialidades médicas como necesarias para un ejercicio más ordenado y comprensivo de la amplitud y profundidad del conocimiento, que ciertamente ya no es posible que pueda ser abarcado en su plenitud por una sola persona, ni siquiera por un equipo interdisciplinario al interior de los hospitales.

Subespecialidades cada vez más numerosas y que asumen parcialidades del organismo humano como el ámbito propio de su actuar, fragmentando en no pocas ocasiones la integralidad de los enfoques diagnósticos y terapéuticos, desarticulando procesos de atención que no solo afectan la vida del paciente sino que también generan excesiva utilización innecesaria de los escasos recursos existentes en la sociedad para atender las exigentes demandas de la población.

Victoria Camps, en el artículo ya citado, expresa a este respecto que: "En suma la mercantilización de la profesión que impide ver más allá del mero interés material privado, y el reduccionismo técnico derivado de la especialización del conocimiento, son dos grandes escollos para que las profesiones sanitarias adquieran y desplieguen una dimensión moral"⁶.

6 CAMPS, Victoria. Op. Cit., p. 4

2.3 Judicialización y regulación del acto médico.

Otro factor determinante de la actuación profesional, tal como quedó definida en la primera parte de esta publicación, hace referencia a la influencia de la normatividad jurídica en la valoración y orientación de la responsabilidad médica.

En la tradición histórica de Occidente y hasta hace apenas unas décadas, se consideraba que las profesiones se presentaban ante la sociedad y se reconocían como tales ante todo por su máximo sentido de responsabilidad moral y que los oficios, por el contrario, requerían ser reglados por la responsabilidad jurídica. Esto hacía que de cierto modo a las profesiones auténticamente tales como el sacerdocio, la medicina y el derecho, se les suponía máxima responsabilidad moral y por ello gozaban de absoluta impunidad jurídica. Diego Gracia expresa que: "por impunidad jurídica se entendía en este contexto, impunidad de jure, es decir ausencia de reglas jurídicas que permitan juzgar o procesar a los profesionales"⁷. Hasta comienzos del siglo XX, puede afirmarse que las profesiones no estaban obligadas a observar la responsabilidad jurídica, considerada secundaria, puesto que la responsabilidad ética era una auto imposición en la que se jugaba la legitimidad y prestigio del ejercicio profesional y esta responsabilidad ética era considerada primordial, haciendo innecesaria hasta cierto punto la apelación a reglas jurídicas y sanciones por parte de la sociedad civil o del Estado. Pero tanto ayer como hoy es claro que la responsabilidad ética no se exige con un sistema coactivo o punitivo, sino que forma parte del compromiso moral del profesional.

Es en los Estados Unidos de Norteamérica donde por primera vez los tribunales de justicia ejercen poder sobre el acto médico, obligando a hacer o a no hacer en ciertas circunstancias críticas, por solicitud de los mismos pacientes o sus familiares o a sancionar el acto médico por sus deficiencias y equivocaciones. Históricas han sido sentencias como las proferidas por la Corte Suprema del Estado de Nueva Jersey en "El caso de Karen Ann Quinlan" en 1976. La decisión sobre aborto establecida en el caso denominado "Roe contra Wade" y muchos otros casos ilustran la intervención del

7 GRACIA, Diego. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: El Búho, 1998. p. 45

derecho sobre la medicina; el caso Tarasoff y el caso Barber-Nejdl involucran decisiones de causales de demandas contra los profesionales de la salud. El derecho a la privacidad del paciente fue anunciado por primera vez por la Corte en 1965 en el caso denominado "Griswold contra Connecticut". Muchas otras decisiones de la Corte Suprema de los Estados Unidos de Norteamérica se encuentran ampliamente documentadas ya desde la primera década del siglo XX y muy particularmente después de la Segunda Guerra Mundial.

En todas estas decisiones aparece como factor común el planteamiento de principios nuevos que deben ser incorporados en el cuidado de la salud. Por otra parte se socializa la implicación jurídica de la responsabilidad médica, con lo cual empieza a prevalecer el sentido de responsabilidad legal y el miedo a la sanción penal, la preocupación por evitar el daño o incluso el riesgo, sobre el principio de responsabilidad moral y oscureciendo el interés por proporcionar al paciente el máximo beneficio

Por otra parte, el juicio de Nüremberg puso en evidencia la fragilidad de la conciencia humana de profesionales de la salud en quienes todavía la sociedad tenía toda su confianza. Los médicos condenados en este tribunal histórico habían permitido que sus ambiciones de poder, de conocimiento, prevalecieran sobre sus prioritarios deberes de proteger sin discriminación al enfermo, al débil, al anciano, al demente. A partir de entonces las legislaciones en todo el mundo inician la regulación jurídica del acto médico y los tribunales se hacen más conspicuos en investigar todas aquellas actuaciones médicas sospechosas, generadoras de daños, y se endilga responsabilidad jurídica con inversión de la carga de la prueba ante la presencia de actos carentes de pericia, negligentes o imprudentes.

A su vez, y tal como se comentó antes, los intereses económicos surgidos en las reformas a los servicios de salud, hacen su aporte buscando la forma de regular aún más el ejercicio profesional, en ocasiones limitando excesivamente la autonomía profesional.

Desde Nüremberg y, un poco antes, desde las sentencias de los tribunales norteamericanos, aparece la figura del consentimiento informado como condición indispensable y necesaria para permitirle al profesional su ejerci-

cio en las necesarias intervenciones que requieran los pacientes. Y un consentimiento informado como expresión de la prevalencia de la autonomía del paciente por sobre la autonomía médica. Son pues los avances legales y jurisprudenciales, los que reivindican la necesidad de que los médicos respeten los derechos de los pacientes, lo cual propicia que la doctrina del consentimiento informado transforme la ética vinculada al paternalismo hacia otra ética centrada en la consideración de la autonomía de los pacientes. Este fenómeno constituye otro cambio paradigmático que determina de alguna manera la actuación profesional hoy.

A partir de este cambio ejercido por influencia de la ley civil y aún de la ley penal, se insiste más ahora en una ética normativa, deontológica, se insiste en una ética "del deber correlativo que tienen los médicos hacia los derechos de los pacientes, más que en una ética virtuosa del médico que busca paternalista y unilateralmente el bienestar de sus pacientes"⁸. Este hecho ha convertido al médico en un burócrata de la medicina y su profesión se ha convertido en un oficio socialmente regulado. Ya la preocupación no es por cuidar y propiciar el máximo beneficio sino de cuidarse ante el más elemental riesgo que pueda conllevar sanción judicial. La beneficencia, esto es la voluntad de querer hacer lo mejor por el paciente y para el paciente ha sido sustituida por el miedo al riesgo y al daño que pueda generarse a consecuencia del acto médico, el deber de beneficencia ha sido sustituido por el respeto a la autonomía que la mayoría de las veces al paciente mismo le queda complejo ejercer.

También de este hecho surge el temor a las demandas y se acude al consentimiento informado, equivocadamente por lo demás, para protegerse ante la ley en el caso de eventuales complicaciones o eventos adversos inherentes a la práctica profesional, lo cual trae consigo un ejercicio de medicina a la defensiva, totalmente ajena al profesionalismo que rigió durante siglos al médico. James Drane, bioeticista norteamericano afirmó alguna vez que "la función de la bioética es impedir que los conflictos sanitarios acaben siempre en los tribunales de justicia", lo cual puede lograrse si el profesional asume a conciencia su responsabilidad.

8 CORTINA, Adela y CONILL, J. Diez palabras claves en ética de las profesiones. Navarra: Verbo Divino, 2000. p. 226

La medicina a la defensiva, la excesiva regulación del acto médico y en fin la judicialización de la medicina, hacen que su práctica sea cada vez más compleja y sobre todo más lejana de la persona del paciente. Estos hechos crean barreras y lejanías en la relación médico-paciente. El temor al riesgo, a la demanda, hacen que los médicos hoy vean en sus pacientes a potenciales enemigos, lo cual desvirtúa la necesaria confianza que debe existir al interior de esta relación, confianza que debe propiciar el facultativo para lograr que su paciente pueda revelar aquellas intimidades que hacen parte de su enfermedad, confianza necesaria para obtener del paciente la adherencia y fidelidad a las prescripciones que le entrega su médico, bien como orientaciones de prevención, de autocuidado o bien como pruebas diagnósticas requeridas o bien como tratamientos.

Por otra parte, y en virtud de estos mismos tres hechos, el consentimiento informado y las guías de atención se convierten en regulaciones limitantes de la autonomía profesional. Documentos que hacen más burocrático el acto médico desnaturalizando la confianza y su sentido primigenio de buscar para el paciente el mayor bien. El consentimiento informado se ha tornado en un documento preformado que todo paciente debe firmar así no haya mediado un diálogo explicativo de los procedimientos que se van a practicar, de sus riesgos reales y de los beneficios que se pretenden. Un consentimiento informado así lo vemos a diario en todos los consultorios y quirófanos, en salas de espera en donde una secretaria entrega el papel para que sea firmado o para que sea leído antes de ser firmado, muchas veces antes de que el médico entre en contacto con el paciente y se haya establecido la relación de confianza consubstancial a un acto médico ético. A esto se denomina burocratización de la medicina. Además un consentimiento informado así establecido carece de todo valor moral y puede aún ser deslegitimado por las mismas autoridades judiciales.



2.4. Medicina basada en la evidencia

La Medicina Basada en la Evidencia o Medicina Basada en Pruebas (MBP) se ha convertido, a partir de la década de los noventa, en un hecho sin precedentes y de importancia única en la búsqueda de regulación del acto médico, esta vez con fundamento en la estadística y la epidemiología. La MBP ha sido definida como: el uso consciente explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente individual. El análisis crítico de la variabilidad y los costos en la atención sanitaria, la incorporación de nuevos métodos de investigación clínica con fundamento estadístico y el desarrollo de la informática y la comunicación, pueden considerarse como los fundamentos para el desarrollo creciente de la MBP. Y a pesar de que uno de sus más reconocidos defensores, el profesor David Sackett en 1996 expresara que la MBP es el “uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente individual”, precisando que practicar la MBP exige integrar la competencia o maestría individual, es decir la experiencia clínica, con las mejores pruebas disponibles, o lo que es lo mismo

con los hechos científicamente probados, no obstante se observa que en la práctica se formulan guías de atención con carácter casi obligatorio que limitan la libertad del profesional y por lo tanto su responsabilidad de cara a un paciente concreto. Definitivamente no existen enfermedades sino enfermos. Rafael Fernández-Samos afirma que: "La complejidad de la vida obliga a contar con variables que rehúyen una verificación empírica, que no son susceptibles de generalización y que escapan al control experimental"⁹.

El mismo profesor David Sackett insistía desde 1993 que experiencia personal y aplicación de las evidencias deben ir unidas. No obstante se observa que en los sistemas de salud y en los modelos de mercado se insiste en la rigurosa aplicación de las evidencias sin más consideración que la regulación de costos, olvidando frecuentemente el deber de proveer al paciente el máximo beneficio y el deber de respetar la autonomía profesional para encarar sus responsabilidades frente al paciente. Un procedimiento diagnóstico o terapéutico cualquiera de utilidad científicamente comprobada puede ser inapropiado para un paciente concreto.

No se puede desconocer que tanto los médicos como los pacientes, los gestores de los servicios, los gestores de los modelos de aseguramiento y otros actores, encuentran información importante y muy útil en los resultados de los meta-análisis y en la valoración crítica de la bibliografía bio-médica que es en esencia la metodología de la MBP. Sus decisiones, respaldadas u orientadas por esta propuesta, pueden ser más certeras, eficaces y costo-eficientes; su problema radica en la imposición de esta metodología que realizan grupos de poder, para direccionar el acto médico en un cierto sentido. De allí que algunos críticos con algún sarcasmo definen a la medicina basada en la evidencia como una medicina basada en la obediencia. No se puede sustituir el juicio clínico por la imposición de prácticas que son del interés de administradores y tecnócratas, como tampoco por estudios de meta-análisis muchas veces financiados por la industria farmacéutica o elaborados con sesgos desconocidos.

9 FERNÁNDEZ-SAMOS, Rafael. Las sombras de la medicina basada en la evidencia. Una revisión narrativa. En: Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas, 2011. Vol. XIV, # 1, p. 45-54

A todas estas críticas responde Sackett, refiriéndose a la MBP afirmando que: "La reducción del gasto sanitario no forma parte de los objetivos de esta corriente de pensamiento. Aunque indirectamente, es probable que una medicina basada en hechos científicamente probados suponga un ahorro en el empleo de técnicas diagnósticas inapropiadas y reduzca el uso de tratamientos de dudosa o escasa eficacia terapéutica, pero sin duda, conducirá a una mejor utilización de los recursos económicos"¹⁰.

Por otra parte, la complejidad de la vida humana y las diferencias entre individuos obligan a tener en cuenta variables que rehúyen una verificación empírica o que no son susceptibles de generalizaciones. Preocupan de manera especial: el tono positivista que impregna la MBP, el eventual reforzamiento de un modelo biomédico de medicina radicalmente reduccionista de la realidad bio-psico-social y espiritual de los pacientes, la visión fragmentada de los pacientes como conjunto de órganos o de sistemas biológicos, y finalmente es muy preocupante la posible utilización que los gestores y aseguradores puedan estar dando de la MBP para definir políticas públicas en salud de inspiración neoliberal más alentadas por la ilimitada avidez de la industria farmacéutica y de las compañías de aseguramiento que por el verdadero interés por los pacientes y su bienestar integral. Por lo tanto los médicos necesitan mediar entre intereses antagónicos, respondiendo ante todo al mejor interés de sus pacientes, pero reconociendo a su vez la necesidad de utilizar con prudencia los escasos recursos disponibles y bajo un serio principio de justicia distributiva.

3. Alternativas para afrontar la encrucijada moral de la profesión médica, el tipo de médico que queremos y necesitamos

3.1. El deber de formar la excelencia profesional

Como primera medida y con carácter de urgencia, se hace necesario fomentar la excelencia profesional como virtud. La profesionalidad excelente debe superar el reduccionismo mercantil, contractual y técnico, característi-

10 SACKETT DL, ROSENBERG WM, MUIR GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS.: Evidence based medicine: what it is and isn't. Br Med J 1996; 312:71-72

cas determinantes del modelo económico y biomédico que rige los servicios de salud. Para ello se hace necesario que las facultades de Medicina en los programas de pregrado y postgrado fomenten la práctica de un lenguaje y de un comportamiento que desarrolle hábitos virtuosos en los términos en que los plantea, entre muchos otros, Victoria Camps¹¹ Y esta iniciativa debe, en primer término, reforzar la formación humanística, pero ante todo repensar el denominado curriculum oculto que tiene que ver con experiencias y vivencias que coloquen al estudiante frente a la realidad humana de los pacientes y formen conductas de excelencia profesional.

Aristóteles define la virtud precisamente como la excelencia de algo, la cual consiste en el cumplimiento del fin que se tiene asignado a ese algo. Virtud es pues un conjunto de aquellas cualidades que la persona debe adquirir para hacer bien lo que se propone hacer. Por su parte James F. Drane, establece que son virtudes fundamentales del médico: la benevolencia, el respeto, el cuidado, la sinceridad, la amabilidad y la justicia¹². A su vez Marc Siegler entiende que la virtud básica de la acción sanitaria es el respeto a las personas, el cual incluye la compasión, el sentir con el otro, lo cual es la mejor manera de buscar el bien del paciente, y además la confianza, el respeto y la sinceridad, éstas dos últimas constituyen las expresiones ciertamente más relevantes del cuidado por la autonomía del paciente¹³.

Para que la profesionalidad médica sea vivida como virtud, es decir para que sea excelente, debe ante todo realizar el fin para el que fue pensada en la sociedad: aliviar el dolor y el sufrimiento humano y para ello debe cumplir ciertos requisitos, pero ante todo despertar la sensibilidad humana antes que la pericia científica, sensibilidad que dispongan la mente y la actitud de una manera compasiva y beneficiante, sensibilidad que haga al médico capaz de mirar a los ojos del paciente, de acercarse a su intimidad con respetuosa devoción, sensibilidad que se exprese a través de un diálogo creativo y abierto a las expectativas, temores y preguntas de los pacientes y ante todo por proporcionar el máximo beneficio y bienestar al paciente.

11 CAMPS, Victoria. Op. cit.

12 DRANE, James F. *Cómo ser un buen médico*. Bogotá: San Pablo, 1998. 220 p.

13 SIEGLER, Mark. Professional Values in Modern Critical practice. The Hastings Center Report. Special Supplement, July-August 2000. S19-S22

3.2. El deber del cuidado

Tradicionalmente se ha pensado que el cuidado es un asunto ajeno a la práctica profesional del médico y que es un asunto de enfermeras únicamente. Pero desde que la tecnología ha permitido el aumento de la longevidad y de la supervivencia de pacientes con padecimientos crónicos, discapacidad y enfermedades degenerativas y se ha prolongado la terminalidad de los pacientes con cáncer, han surgido nuevos desafíos a la profesionalidad médica que hacen pensar que, tan importante es el deber de curación y rehabilitación, como el deber del cuidado.

El Hastings Center de New York, proclamó en el año 2000 el documento denominado "Los fines de la medicina", al que ya se hizo referencia antes en este documento. Este estudio encierra una visión actual y futurista del deber ser de la medicina en relación con los objetivos que le dan sentido y relevancia a la profesión, y uno de esos fines precisamente tienen que ver con el deber del cuidado. El cuidado exige solicitud atenta y disponibilidad de ayuda ante quien necesita de ésta, actitudes que tienen que ver con la colaboración y la solidaridad desinteresada, para ofrecer a quien solicita dicha ayuda, el apoyo necesario para el logro de su bienestar.

La excelencia profesional exige un alto sentido de responsabilidad por el otro, por quien solicita del médico su ayuda para sobrevivir y para llevar una vida mejor. Se configura en el deber de cuidado una ética basada en la solicitud de los otros, la ética del cuidado es un tipo de ética que integra la ética de la virtud y la ética de la responsabilidad. De allí que de un adecuado cultivo y vivencia de esta virtud de la responsabilidad, se derivan las actitudes de colaboración con el otro. Es la toma de conciencia de la vulnerabilidad extrema de la persona enferma y su solicitud de apoyo, la que debe concitar la virtud de la responsabilidad, que a su vez se expresa en el cuidado del paciente. El cuidado es sin duda una forma de responsabilidad. Por eso, hoy más que nunca, pensar sobre el cuidado es pensar sobre la responsabilidad. Y esta es la clave de la ética. Asumido el deber

del cuidado como un bien propio, implícito, consubstancial a la excelencia profesional, se debe aceptar por lo tanto que es un bien moral que legitima algo como propio de la profesión, es lo que le da su sentido y validez social.¹⁴

La calidad de las relaciones interpersonales y la buena comunicación con el paciente y sus familiares constituyen expresiones propias del deber de cuidado, al igual que la sensibilidad para ver y escuchar a profundidad la realidad de la historia de vida del paciente, sus miedos, proyectos, sueños y esperanzas. La preocupación y solicitud por el otro exige que los profesionales de la salud tengan alto grado de sensibilidad frente a los pacientes como personas con valores y proyectos vitales. Así, en la comunicación y relación interpersonal con la persona vulnerable se deberá ofrecer consuelo y apoyo no solo como compasión sino también como deber de justicia.

3.3. La virtud de la prudencia

El hombre prudente es el que posee la sabiduría práctica para tomar la decisión justa en el momento justo, ante la incertidumbre propia de los fenómenos vitales como la salud y la enfermedad. La prudencia implica tomar decisiones racionales y razonables a través de la reflexión acerca de las consecuencias que dichas decisiones traen consigo, prudencia que se ejerce a través de la deliberación y el diálogo con otros. La prudencia es la virtud intelectual por excelencia, es decir propia de una inteligencia capaz de asumir responsablemente el alcance de las decisiones humanas.

En el ejercicio profesional de la medicina, la prudencia significa ponderar riesgos y beneficios antes de actuar, significa hacer uso racional de los escasos recursos, significa no sobrepasar los límites de lo que la naturaleza señale evitando precipitar la muerte o prolongar el sufrimiento en forma injusta e irracional, la prudencia significa conocimiento de los límites de la ciencia y los límites que establecen los valores del paciente, de la cultura y de la bioética, respondiendo oportuna y proporcionalmente a las necesidades del enfermo. La prudencia exige autocontrol en el trabajo investigativo evitando conflictos de intereses que puedan afectar a otros, a los más

14 TORRALBA I ROSELLÓ, Francesc Abel. Antropología del cuidar. Barcelona: Maphre Medicina, 1998.

vulnerables especialmente. “La prudencia es la virtud que hace verdaderos sabios”, porque se trata de poner en juicios racionales e inteligentes el alcance de las decisiones antes de actuar.

En consecuencia, el médico prudente asume en sus decisiones el criterio de justicia en tanto que sus prescripciones y utilización de medios y recursos disponibles deben ser ordenados al fin alcanzable y debido y deben ser adecuadas a la distribución equitativa de los escasos recursos, procurando que estos no se dilapiden y se utilicen adecuadamente para que alcancen para otros. El médico prudente, en fin, y de cara a los avances de la ciencia y de la medicina basada en la evidencia, debe decidir lo más conveniente y oportuno para los pacientes, más allá del rigor en que se puede caer con la normatividad que surge de las guías de atención que se derivan de tales avances científicos, combinando con inteligencia su experticia, sus conocimientos y los valores del paciente en un contexto específico de actuación, y en razón de la justicia distributiva para que pueda llegar a todos el beneficio de tales avances.

En conclusión puede afirmarse que ante la limitación de recursos, la virtud de la prudencia exige actuar con racionalidad y con equidad, de tal modo que el médico ejerza su papel de agente prescriptor o decisor prioritario en la utilización de los escasos recursos que la sociedad coloca en sus manos para asignar a la población que los necesite, evitando las derivaciones o remisiones innecesarias y el uso abusivo e injustificado de las exploraciones y recursos terapéuticos.

3.4. La virtud de la justicia y la preocupación por la justicia distributiva ante la escasez de recursos

Tal como se expresó antes, el médico de hoy tiene una doble responsabilidad, es decir, inspirada en la confianza que tanto la sociedad como los pacientes entregan a su poder de decisión. Esto significa, por una parte, que sus decisiones deben tener en cuenta la equidad en la asignación de los recursos escasos de tal modo que sean bien utilizados y alcance para distribuir entre toda la comunidad el mayor número de beneficios. Evitar desperdicios, remisiones innecesarias, utilización de medicamentos de dudosa eficacia o experimentales de alto costo, evitar terapias intervencionistas e ingresos a UCI a aquellos pacientes que por su condición de terminalidad

no van a obtener un beneficio y por el contrario le pueden evitar el acceso a esos mismos recursos a otros pacientes que sí podrían beneficiarse. Este compromiso con la justicia distributiva es una nueva encomienda que la sociedad exige a los profesionales de la salud, por su capacidad e inteligencia para comprender aquello que bien puede ser necesario y suficiente o por el contrario evitable por innecesario, inútil o fútil.

Sin embargo, la limitación de recursos obliga a médicos, gestores y pacientes a seleccionar unas intervenciones frente a otras, y a garantizar la protección de la salud como un bien básico al que todos tienen derecho. Por su parte, los sistemas de salud ven reducir sus finanzas por la presión comunitaria que demanda acceso a nuevas tecnologías y medicamentos, generalmente de alto costo y frecuentemente de beneficio dudoso, lo cual motiva a dichos sistemas a reducir los costes y a mejorar la productividad de los recursos. Es así como se agudiza la contradicción entre el acceso universal a las nuevas tecnologías frecuentemente costosas y el necesario control del costo y el deseo de contener o reducir el gasto sanitario. De allí la urgencia en repensar ética y políticamente la conveniencia de definir sistemas de salud y mecanismos de financiación para los mismos que desde unos principios de justicia distributiva, permitan seleccionar y priorizar adecuadamente en qué es más justo invertir los recursos disponibles.

No obstante estas consideraciones, no puede olvidarse que la responsabilidad con los pacientes exige al médico su máxima preocupación y prioritario deber, el cual no puede anteponerse a ningún otro interés, ni económico, ni político, ni institucional, ni científico, mucho menos a criterios excluyentes por condición de clase social, raza, etnia o religión. Esta doble responsabilidad fiduciaria: con la justicia distributiva y con el beneficio máximo debido a los pacientes, no está exenta de riesgos y dificultades, las cuales deben ser analizadas por los Comités de Ética y Bioética con sensatez, prudencia, sabiduría y al tenor de los derechos humanos. Tales dilemas podrían ser formulados a través de las siguientes preguntas, por lo general de muy difícil respuesta en la vida cotidiana: ¿cómo lograr decisiones médicas que permitan el equilibrio entre equidad, eficiencia y eficacia? ¿Constituye el equilibrio entre equidad y eficiencia un dilema insoluble? ¿Es posible mantener un equilibrio tal entre la equidad y la eficiencia, que permita la práctica de la justicia en el acceso y la distribución de los servicios de salud? ¿A quién

corresponde afrontar estos dilemas? ¿Corresponde dirimir este asunto al Estado, al mercado, a la sociedad? O por el contrario ¿corresponde siempre dirimir estos dilemas a los médicos en su práctica diaria de cara a cada paciente particular?

En el planteamiento de estos dilemas, la primera contradicción que salta a la vista es la crisis de confianza, componente sustancial de la relación médico-paciente, contradicción considerada por los bioeticistas como la más grave en el actual sistema de seguridad social en salud de Colombia. Confianza, que en el modelo hipocrático es la esencia del acto médico, de la cual se deriva no solo el éxito terapéutico sino que impone al médico la obligación fundamental de lealtad primordial al paciente más que a otras instancias así éstas tengan un legítimo interés en los recursos que se invierten en el paciente.

En el modelo de aseguramiento hoy vigente, ha entrado en crisis la confianza como el valor más genuino que asegura y posibilita la intimidad del encuentro médico-paciente, poniéndose en entredicho la eficacia y la adhesión misma a los tratamientos frente al acoso, por otra parte, de una medicina a la defensiva. Todo esto ocurre porque la díada eficiencia-equidad en la asignación de los recursos escasos cuestiona las posibilidades de la autonomía médica, generándose así un dilema álgido, difícil de plantear y más difícil aún de resolver, particularmente si se tiene en cuenta que la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público y por tanto político. La resolución de este conflicto de una manera éticamente correcta supone el mayor desafío para los profesionales de la salud, las instituciones en las que ellos actúan y así mismo para el conjunto de la sociedad y para el Estado mismo.

El tema de la justicia sanitaria constituye así uno de los capítulos más vivos, urgentes y polémicos en la bioética contemporánea. Para Beauchamp¹⁵ justicia es la responsabilidad de las personas, estados y sociedades de dar trato igual, equitativo y apropiado a los demás, a la luz de lo que se debe a las personas o es de su pertenencia.

Beauchamp resume estos conflictos mediante un listado de contradicciones que expresan las dificultades para compatibilizar equidad y eficiencia: "Buscamos proporcionar la mejor atención sanitaria para todos los ciudadanos,

15 BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1998. p. 312

mientras que promovemos el interés público a través de programas de contención de costos. Promovemos el ideal del acceso igual a la asistencia sanitaria para todo el mundo, incluyendo el cuidado para los indigentes, mientras que mantenemos un ambiente competitivo de libre mercado. Estas metas deseables de asistencia superior, igualdad de acceso, libertad de elección y eficiencia social son difícilmente compatibles en un sistema social. Las diferentes concepciones de la sociedad justa subyacen a ellas y una meta probablemente dificulta la otra. No obstante, varias teorías de la justicia intentan o bien lograr un equilibrio entre las metas sociales en pugna, o bien eliminar algunos objetivos sociales mientras se conservan otros¹⁶.

3.5 Máxima responsabilidad por la beneficencia, la preservación de la confianza en el acto médico y los límites del principio de autonomía del paciente y del profesional

Victoria Camps expresa que: “el nuevo modelo de paciente es quizá el rasgo más característico y novedoso de la nueva concepción de las profesiones sanitarias. Lo es, sobre todo, por el valor básico que las sociedades liberales dan a los derechos de la libertad individual.”¹⁷ Es así como en la actualidad se aprecia un desplazamiento del deber de beneficencia al respeto por la autonomía del paciente, lo cual ha creado una cierta hipertrofia paradójica de los derechos del paciente, particularmente el de autonomía. Pero en la práctica se observa que cuando se le quita poder al médico para decidir según ciencia y conciencia, se desvertebra el ejercicio profesional de la medicina, pues es siempre evidente la vulnerabilidad del paciente y la forma como su situación disminuye su capacidad cognitiva y comprensiva de lo que le sucede. Es frecuente que el paciente, sobre todo en circunstancias críticas, una cirugía, un proceso intervencionista de riesgo, apela a mecanismos de defensa como la negación de su enfermedad o la sublimación del sufrimiento. En cualquier caso el miedo al dolor disminuye su capacidad decisional, lo cual profundiza la natural asimetría existente entre el profesional que conoce lo que más conviene al paciente y la forma de

16 Ibid., p. 319-320

17 CAMPS. Op. cit., p. 19

practicarlo. Asimetría que por lo demás es conveniente mantener y administrar con prudencia a través de una comunicación que inspire confianza y comprensión en el paciente para que así pueda acoger las decisiones del médico. Hay que enfatizar el hecho de que la asimetría en la relación médico-paciente no es, por si misma, negativa. Es nefasta la asimetría solamente en aquellas condiciones en que el médico se aproveche de la condición de vulnerabilidad de sus pacientes para satisfacer intereses personales o de terceros. Pero cuando dicha asimetría, siempre inexorable, se orienta al mayor beneficio y al mejor interés del paciente, constituye un enorme potencial curativo, reforzado ciertamente por la autoridad moral y científico-técnica del profesional que inspira así mayor confianza.

El profesional por su formación y experiencia por lo general conoce y sabe más que los pacientes de su enfermedad y de la conveniencia y beneficio que puede producir determinado procedimiento, el médico tiene más información y debe ser más competente para decidir el mejor interés y beneficio del paciente. De allí que no puede aceptarse como legítimo el que el profesional abandone la decisión en manos del paciente, por mucho que lo haga aludiendo a su libertad inalienable. Como dijo el sociólogo Talcott Parsons "los médicos son los guardianes del rol del enfermo". Renunciar a esa función es inhibirse de la carga de responsabilidad que solo a ellos les corresponde.

No se puede permitir por consiguiente que el excesivo prurito por la protección de la autonomía del paciente termine por afectar no solo la calidad de la relación con el médico sino que inhiba en el paciente las posibilidades de recibir el beneficio que su médico debe y puede ofrecerle en virtud de la ciencia y el arte de la medicina.

La medicina como arte de hacer el bien significa procurar por todos los medios posibles el mayor bienestar integral de los pacientes como personas a través de una comunicación diáfana y permanente capaz de generar confianza y atención al cuidado del sufrimiento del paciente y su familia, comunicación íntima, veraz, permanente que asuma el respeto como expresión de la compasión y la solidaridad por el paciente. Para Kant y toda la filosofía liberal subsecuente, el respeto exige tratar al otro como fin y no como medio y en esto consiste el debido cuidado por la autonomía del paciente.

En conclusión es pertinente examinar hasta dónde el uso indebido del principio de autonomía se convierte en una coartada defensiva del profesional para desplazar su responsabilidad moral o legal en el paciente haciendo gala de una presunta defensa de tal principio, utilizándolo más como coartada defensiva que como expresión de respeto al paciente. Precisamente cuando la evidencia es débil, resulta más fácil y cómodo, menos arriesgado, hacer descansar la decisión de la intervención no en la experiencia del clínico sino en el consentimiento informado del paciente.

3.6. Las asociaciones o colegios médicos y los códigos de conducta profesional

Los colegios médicos en la mayoría de los países han tenido que modificar su tradicional forma de actuar que solía hacer mayor énfasis únicamente en la defensa de los derechos de los profesionales. Sin desconocer la importancia de esta tarea, igualmente necesaria, es prioritaria tarea la formulación de los deberes profesionales y la formación de los mismos asociados en valores y virtudes, en el respeto mutuo, en la solidaridad compasiva con los pacientes y en la solidaridad y confraternidad ante las contingencias y dificultades que experimentan los demás profesionales.

Pero por sobre todo, las asociaciones y colegios médicos deben propiciar la autorregulación científica y ética de la práctica profesional sin olvidar que su finalidad y sentido radica en la trascendencia social de sus tareas en la búsqueda del mayor bien y bienestar integral para los pacientes. Un componente importante de la autorregulación radica en la preservación y utilización responsable y compasiva de la innegable y necesaria asimetría de conocimientos, asimetría que concede el poder ser y hacer, asimetría inherente y consustancial a la toma de decisiones que obliga moralmente al médico a poner todo ese poder de conocimiento y experticia en bien del paciente, sin consideraciones que opaquen o aminoren este primordial deber. No puede ser que, a nombre de una pretendida autonomía de los pacientes, se deje a éstos abandonados en la angustia de una toma de decisiones que se hace frágil ante la vulnerabilidad y la confusión cognitiva y emocional de los enfermos, sobre todo en circunstancias intervencionistas, críticas o de riesgo considerable.

Por otra parte es misión de los colegios médicos insistir en la formación de la virtud de la prudencia como capacidad de autorregulación. No se puede dejar ni a la deriva ni a la voluntad del Estado o de los aseguradores, ni a la caprichosa voluntad de los intereses del mercado la responsabilidad prescriptiva del profesional. Pero tampoco puede el profesional prescribir sin tomar conciencia de la importancia de la mejor utilización de los escasos recursos disponibles. La prudencia es la virtud que da condición de posibilidad a una racionalidad justa, beneficiante y sobre todo responsable. El profesional prudente posee una "sabiduría práctica" que le permite decidir y conocer el bien de cada uno de sus pacientes. El profesional prudente delibera y analiza la mejor y más racional utilización de los medios y sabe cómo hacer de estos lo mejor para cada paciente. Por esta razón, Aristóteles decía que la prudencia es la virtud intelectual, noética, que hace propicia la racionalidad y la razonabilidad en la toma responsable de decisiones que saben aplicar bien los medios debidos a los fines necesarios, toma responsable de decisiones que hace conciencia previa de las consecuencias de los actos humanos.

En conclusión son las asociaciones y los colegios médicos los escenarios idóneos para fomentar la prudencia, la autorregulación, el respeto a la dignidad profesional y a su autonomía, el mejoramiento en conocimientos, valores y virtudes que hagan del ejercicio profesional una misión de excelencia ante la sociedad. Por su parte, las asociaciones deben replantear su quehacer y asumir un auténtico liderazgo frente a la crisis de la profesionalidad médica y frente a los modelos vigentes de prestación de servicios de salud. Los colegios y asociaciones médicas deben propender por la redefinición del contrato social de la profesión médica con la sociedad y los Estados, buscando ante todo la recuperación de la identidad ética y civil del profesional y la recuperación de la legitimidad de un ejercicio profesional autónomo, autorregulado, responsable, solidario y compasivo. Las asociaciones y colegios deben revisar y actualizar por consiguiente, los códigos deontológicos de la profesión en cada contexto y en cada país.

Bibliografía

Envíe sus comentarios y sugerencias a través de las siguientes direcciones:

juribe@ces.edu.co
fochoa@ces.edu.co
jwosorio@ces.edu.co
jtaborda@ces.edu.co

Integrantes del Grupo de Investigación ETICES:

Francisco Luis Ochoa J. Médico. Magíster en Epidemiología.
José María Maya Mejía. Médico. Magíster en Salud pública.
J. Mauricio Taborda A. Filósofo. Magíster en Filosofía con énfasis en Ética.
John Wilson Osorio. Historiador. Especialista en Educación.
Santiago Henao. Médico Veterinario. Candidato a Doctor en Bioética.
Jorge Humberto Molina O. Historiador. Magíster en Hermenéutica Literaria.
Mario Fernando Arenas S. Filósofo. Magíster en Hermenéutica Literaria.
Luis Fernando Toro P. Médico. Magíster en Epidemiología.
Stella Navarro. Médica. Intensivista. Magíster en Bioética.
Juan Manuel Uribe. Candidato a Doctor en Filosofía.

Imágenes tomadas de:

www.ingimage.com

ETICES

Boletín de Bioética

**Crisis de la identidad
ética del médico**



Boletín trimestral de Bioética
Facultad de Medicina y Departamento de Humanidades
Grupo de Investigación ETICES
Volumen 3, número 4
Octubre – Diciembre de 2011


Serie
EDITORIAL
CES



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

ISSN: 2145 - 3373