



## Dr. Livingstone, I suppose

Manuel Masegoza Palma  
Médico Psiquiatra

Mayo 2011

Por razones que no es el momento de analizar ahora, el encargo de escribir mi reflexión sobre *Los aspectos éticos y legales de la asistencia sanitaria basada en la evidencia* me hizo evocar la frase pronunciada por Henry Stanley en 1871, cuando a orillas del lago Tanganica consiguió encontrar al durante varios años desaparecido, doctor David Livingstone (1): "*El Doctor Livingstone, supongo*". La frase demuestra que Stanley era sin duda una persona ocurrente y que en circunstancias tan excepcionales hizo alarde de una asombrosa naturalidad. A mí me sugiere otros valores que, como el arrojo, la prudencia, la clarividencia y el compromiso, considero adornaban a los exploradores de aquella época y que estoy seguro debieran orientar la práctica de la profesión sanitaria en nuestros días.

No estoy diciendo que tal práctica requiera valores excepcionales, que sí trascendentes, ni que el terreno en que la misma se desarrolla sea tan desconocido como el África Central de finales del siglo XIX, pero ciertas similitudes me ofrecen una buena guía para conducir mi reflexión.

La primera similitud tiene que ver con el contexto de trabajo, un territorio nuevo, controvertido, enigmático, que tal vez muchos profesionales perciban como peligroso. En las últimas décadas, el escenario profesional se ha vuelto extraordinariamente complejo, con fenómenos como:

1. Los desarrollos tecnológicos han ido aportando nuevos conocimientos a la bioquímica, la genética y a la fisiología del ser humano capaces de revolucionar la práctica de las Ciencias Médicas, y también de cuestionar los límites de la misma, sobre todo en el terreno de la investigación y en la llamada limitación de esfuerzos terapéuticos en los estados terminales de enfermedad.
2. El despliegue de diversas corrientes teóricas sobre la psicología humana ha permitido la creación de diversas escuelas de estudio e intervención sobre los procesos mentales.

3. La generalización de los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia, ha modificado los procesos de toma de decisión en las organizaciones sanitarias, ha resaltado la Medicina basada en la Evidencia y nos ha llevado a reflexionar sobre la sostenibilidad de los Sistemas de Salud.

4. El avance de los Derechos Humanos tras la Segunda Guerra Mundial ha impulsado una legislación protectora y exigente respecto de los derechos de las personas y las prácticas dirigidas a cuidar de su salud, con un desarrollo normativo que a partir del Código de Nuremberg (1947), ha generado sucesivos documentos como la Declaración de Helsinki (1964), de Tokio (1975), el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o "Convención de Asturias de Bioética"), Consejo de Europa (1997), la Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos, Unesco (1997), la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, UNESCO (2003), la Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO (2005).

5. La jurisprudencia sobre la responsabilidad profesional ha hecho que el profesional tome conciencia, aunque sea de forma punitiva, de los límites de sus atribuciones y de las obligaciones que contrae frente a la persona enferma que le confía sus cuidados, con nuevas prácticas relativas al Consentimiento Informado, la Gestión de Riesgos, el sometimiento a la *lex artis*, etc.

Sería legítimo concluir que un contexto social y profesional como el descrito, tan cambiante en sus reglas y exigencias normativas, y con prácticas sometidas a controversia y remodelación, puede ser visto como arriesgado, peligroso, pero también como fascinante. Enfrentarlo significa embarcarse en la adquisición de nuevas y poderosas herramientas de diagnóstico y tratamiento, mediante la obligada formación continua; mantener la mente despejada respecto de los mensajes sociales que expresan una generalizada confianza en la eficacia de las ciencias sanitarias y una pareja desconfianza en los profesionales que las ejercen y, por último, manejar con prudencia una relación profesional con el paciente que exige comunicación, respeto y consenso, nunca antes tan compleja como ahora.

Ese entorno profesional tan exigente, con retroalimentaciones adversas como la no consecuencia de los objetivos programados, las reclamaciones de usuarios, las demandas por mala praxis y/o las reclamaciones patrimoniales por servicios mediados por decisiones clínicas, puede explicar que el profesional haya experimentado una cierta “crisis profesional” de la que serían fenómenos sintomáticos el llamado “síndrome de burnout” (2), la llamada “Medicina Defensiva”. Ambos son intentos inadecuados de responder a un entorno vivido como hostil, arrebatado a un profesional que considera que por formación y dedicación le pertenece a lo largo de los siglos y que, ante lo que considera injerencias externas (gestores, juristas, economistas), reacciona distanciándose del objeto de su trabajo y considerando a los demás como potenciales enemigos. Desde esa posición temerosa, la Medicina Defensiva se convierte en un abrigo tan cómodo como ineficaz, que acaba arrebatando la creatividad y empatía que son base de una buena práctica profesional.

Cuando el profesional se siente amenazado y tentado de refugiarse en una práctica “segura”, la que cree encontrar en la rutina y en las metas no centradas en el paciente, es cuando más evidente se hace el valor profesional de enfrentar con arrojo las situaciones complejas y aceptar el reto que cada caso nos propone.

Y aunque sea preciso el arrojo ante lo que por desconocido atemoriza, no lo es menos la prudencia para moverse con respeto sobre un terreno ignoto, lleno de situaciones novedosas que no hemos tenido ocasión de entrenar, sin lesionarlo con posiciones preconcebidas o luchas de poder.

Los mandatos inherentes a la Ley 41/2002(3) obligan al profesional que atiende a un paciente a obtener su previo consentimiento para cualquier intervención que le proponga. Tal obligación, aún desconocida o minimizada por algunos profesionales, se está convirtiendo en uno de los principales motivos de sentencias condenatorias por mala praxis, puesto que se trata de un deber profesional para con un derecho fundamental del paciente(4) y que no basta con un cumplimiento formal (limitado a relatar someramente la técnica y/o sus riesgos más frecuentes o conformarse con obtener un documento firmado por el paciente), sino un acto comprometido con la tarea de lograr que el paciente ejerza realmente el derecho de elegir libremente hasta tanto como su capacidad le permita, lo que supone para el profesional habilidades diversas como: a) el poder evaluar cuál es el grado de capacidad de tomar decisiones sanitarias de la persona(5); b) el tener en cuenta sus preferencias y valores incluso cuando esa capacidad esté

mermada y el consentimiento lo preste su allegado (consentimiento por representación); c) el informar y tener en cuenta la opinión de padres de menores maduros o emancipados que decidan intervenciones de grave riesgo, incluso en claro conflicto con las preferencias o valores de sus hijos(6); d) el plantear cuantas intervenciones mejoren la capacidad del paciente para la toma de decisiones sanitarias que le afectan (tarea cercana a objetivos tan clásicos como la mejora del insight o conciencia de enfermedad, y a la psicoeducación en hábitos saludables de vida y de autocuidado).

Estamos ante cuestiones que requieren prudencia y compromiso con nuestra profesión y con la persona que nos solicita ayuda. Prudencia y compromiso con el otro enfermo, que se aliarán con habilidades como las de desarrollar una comunicación efectiva.

Se ha dicho que el moderno profesional sanitario debe ser un experto en comunicación, y no sólo porque deba manejar información compleja, a veces delicada porque afecta a la esfera íntima, o difícil porque entraña pronósticos temibles, sino porque frecuentemente debe abordar situaciones de conflicto entre valores e intereses (entre intereses económicos de las administraciones sanitarias y de los proveedores de servicios y tecnologías, entre aspiraciones a recibir los mejores programas de atención y prioridades sobre los grupos más prevalentes, entre el énfasis en la protección o en la promoción, entre seguridad y autonomía, derechos de los individuos y derechos de los grupos, eficacia versus eficiencia, experiencia versus evidencia, beneficencia versus autonomía, etc.), y en esos conflictos el profesional puede estar involucrado en sus propios valores o intereses y debe adoptar modos de afrontarlos y resolverlos. Ya me he referido a las advertencias del Profesor Diego Gracia, experto y maestro de la Bioética en nuestro país, sobre el riesgo incluso psíquico (burnout) de quien no sabe abordar esos conflictos, pero por fortuna también nos ofrece una solución: las decisiones clínicas no pueden consistir en meras ecuaciones matemáticas, sino que requieren del “análisis cuidadoso y reflexivo de los principales valores implicados, consistente en una deliberación clínica y, sobre todo, ética” (7).

Por tanto, el saber reconocer lo esencial y trascendente que descubrimos en cada caso desde la vertiente científica como en la humana, y el hacerlo con naturalidad es una necesidad profesional que requiere de cierta clarividencia en un marco socioprofesional complejo (para la Real Academia de la Lengua Española, la clarividencia es la facultad de comprender y discernir claramente las cosas), así como requiere del compromiso con la época que nos ha tocado vivir, para afrontar nuestra misión con esfuerzo y decisión.

Esos son valores que el profesional sanitario de nuestros días debe llevar en su mochila si quiere salir airoso del terreno en que le ha tocado actuar, mochila que bien puede ser equiparada a la Ética, y no sólo a la Técnica. Ética, definida ésta como la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos.

Desde 1.979, Beauchamp y Childress han dejado establecidos los cuatro principios que rigen la Bioética moderna y que son de imprescindible conocimiento para cualquier profesional:

1. *El principio de autonomía*, o capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas, ha quedado refrendado en nuestro país mediante la Ley 41/2002, y que se concreta en el derecho del paciente-obligación del sanitario de obtener el previo consentimiento informado del paciente ante cualquier intervención que se le proponga.
2. *El principio de no maleficencia*, o abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros, aunque a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien (de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros). Este principio exige disponer de una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional.
3. *El principio de beneficencia*, u obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios, en función de los conocimientos que nuestra formación y experiencia nos dice ("todo para el paciente pero sin contar con él").
4. *El principio de justicia*: tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.), lo que suponer tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales, y hacer una adecuada distribución de los recursos sanitarios. Cuando, en la relación médico-paciente los principios de beneficencia y de autonomía entran en conflicto, el principio de justicia entra en juego para mediar entre ellos.

Actualizar nuestros conocimientos en bioética es el principal reto, la necesidad más acuciante. Muchas son las cuestiones que se avecinan. Sirva como prueba el repasar el índice de capítulos

del libro editado en 2.004 por la Fundación de Ciencias y titulado “*Ética en la práctica clínica*”, capítulos que constituyen un buen abanico de cuestiones del día a día: *La deliberación moral: el método de la ética clínica; Consentimiento informado; La capacidad de los pacientes para tomar decisiones; La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica y gestión de la información; Toma de decisiones con el paciente menor de edad; Limitación del esfuerzo terapéutico; El deber de no abandonar al paciente; Uso racional de recursos; Ética de la actividad preventiva en atención primaria; La gestión de las bajas laborales* (8).

La Medicina Basada en la Evidencia (o, mejor dicho, en pruebas) nos ha ofrecido métodos de objetivar los efectos de nuestras intervenciones, de asegurar que nuestras decisiones clínicas se basan en criterios objetivos, de amplio consenso, y por tanto prudentes, pero puede encerrar también la trampa de seguir pautas ajenas en la confianza de que el rigor metodológico nos garantiza el beneplácito de nuestros gestores y la ausencia de reproches jurídicos, de practicar por tanto una práctica defensiva basada en la evidencia (de los otros). Como debiéramos ser transparentes sobre las razones de nuestras decisiones, el uso de esas evidencias no puede ser en modo alguno defensivo, sino con la finalidad de constituir sólidas fuentes de información y de refuerzo del sentido común (del buen juicio clínico) con el que afrontamos la relación con el paciente desde la doble perspectiva científico-técnica y humana que da utilidad social y nobleza a nuestras profesiones y adorna de valores éticos a quienes las ejercen.

## Notas al pie

(1) *Sir Henry Morton Stanley*, (Gales 1841 -Londres, 1904), nacido John Rowlands, fue un explorador y periodista galés nacionalizado estadounidense, famoso por sus expediciones a la entonces misteriosa África central, en una de las cuales encontró al desaparecido David Livingstone. *David Livingstone* (Escocia 1813-Rhodesia Septentrional, 1873) fue un médico, explorador y misionero escocés que descubrió el lago Ngami (1849) y llegó al río Zambeze (1851) a cuyas cascadas, que descubrió en 1855, llamó Cataratas Victoria. En 1866 regresó a África para continuar con su exploración, que inició en la isla de Zanzíbar para adentrarse en el continente africano, donde descubrió los lagos de Bangweulu y Moero y el río Lualaba, encaminándose posteriormente hacia las riberas del lago Tanganica sin que, durante varios años se supiera nada acerca de él, por lo que el periódico New York Herald organizó una expedición de socorro que fue confiada a Henry Stanley.

(2) Para el profesor Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, en la presentación de la jornada “*Los valores y la crisis en el entorno sanitario*”, celebrada en Barcelona en mayo de 2.010: “algunos médicos no saben cómo gestionar los frecuentes conflictos entre valores de salud y de calidad de vida con otros de carácter religioso, económico, dietético, cultural, que se suelen dar en el entorno sanitario, lo cual redundará en una mayor prevalencia del síndrome de burnout o del trabajador quemado”.

(3) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, publicada en el BOE número 274 del 15 de noviembre de 2.002.

(4) Ver Sentencia del Tribunal Constitucional del 28 de marzo de 2.011, interpretativa del consentimiento informado.

(5) Cuestión trascendental para cualquier profesional sanitario, pero que será más determinante aún en el trabajo clínico de los profesionales de la Salud Mental, que es claramente planteada en el artículo de Pablo Simón Lorda: “*La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente*” (Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, núm. 102, pp. 325-348).

(6) Artículo 9.3, apartado c de la Ley 41/2002.

(7) Diego Gracia, *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. Med. Clin. 2001; 117: 18-23.

(8) V.V.A.A. (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.