bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - Año XII-N. 43

Principio de autonomía en el uso de medicamentos

Sobre el Proyecto de Ley de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios

El Proyecto de Ley de garantías y uso racional del medicamento, actualmente en fase de trámite parlamentario, se fundamenta en dos ideas básicas: la ampliación y reforzamiento de un sistema de garantías, que gire en relación a la autorización del medicamento, y la promoción de su uso racional. La perspectiva básica es la mejora de la salud de los ciudadanos y del ahorro en el gasto farmacéutico.

La prestación farmacéutica incluye a los medicamentos y productos sanitarios y al conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban y utilicen de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información necesaria para su correcto uso y con el menor coste posible.

El Proyecto de Ley intenta adaptarse a la realidad social del siglo XXI, *"Sociedad de la Información"*, en la que cada vez tiene más importancia el uso de medicamentos sin prescripción en las condiciones que se establecen, pero que debe ser realizada en el marco de un uso racional del medicamento, por lo que es imprescindible el papel del farmacéutico en todo lo relacionado con una automedicación responsable.

Desde la perspectiva del paciente, usuario y consumidor del medicamento, pero ante todo ciudadano, es donde el Proyecto ha dejado pasar una oportunidad de oro para regular la verdadera información terapéutica, ingrediente básico para garantizar el principio ético de la autonomía de la voluntad en el mundo del medicamento. Aún así el proyecto refleja un importante avance en el desarrollo del principio de autonomía de la voluntad en otros aspectos.

La información terapéutica, es el ingrediente básico para garantizar el principio ético de la autonomía de la voluntad en el mundo del medicamento

Sin información adecuada, veraz, actualizada y responsable, el ciudadano, en su relación con el medicamento, no podrá ver colmadas las expectativas creadas por las leyes de autonomía de los pacientes y los convenios internacionales que las sustentan, cuyos textos impulsan con vigor el prin-

(pasa a pág. 3)

sumario

Principio de autonomía en el uso de medicamentos ....1 a 5

Editorial: «En recuerdo del Dr. Egozcue».....2

Más allá de la noticia: El conflicto de las caricaturas..6 a 7

Aproximación a la empatía en la relación médico-paciente..8 a 12

La Biblioteca del IBB.....13

¿Deberíamos hablar de una filosofía del médico clínico?:.14 a 15

Agenda 16

Institut Borja de Bioètica

Universitat Ramon Llull
Ser i Saber

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓN
Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓN Y EDICIÓN
Ma. José Abella

CONSEJO DE REDACCIÓN
Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Ester Busquets i Alibés
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO
Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES
Manuel Amarilla
Francesc Borrell
Juan A. Camacho
Mònica Terribas

IMPRESIÓN:
Ediciones Gráficas Rey
ISSN:1579-4865

EDITA:
Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.
08950-Esplugues (BCN)
Telf. 93.600.61.06
Fax. 93.600.61.10
www.ibbioetica.org

En recuerdo del Dr. Egozcue

Pese a que la noticia de la muerte de personas destacadas en su campo profesional es un hecho casi diario, nos afecta de forma especial cuando se trata de alguien a quien has conocido y tratado, como es el caso del Dr. Josep Egozcue, que falleció el pasado mes de Febrero.

El Dr. Egozcue fue catedrático de biología celular de la Universidad Autónoma de Barcelona y una autoridad internacional en su materia. Él fue uno de los pioneros en el ámbito de la reproducción asistida en España, trabajó en estrecha colaboración con el Institut Dexeus de Barcelona y destacó en sus trabajos sobre citogenética, genética humana y fertilidad, temas sobre los que publicó más de 400 artículos. En los últimos años se implicó plenamente en los debates bioéticos y formó parte del Comité de Bioética de Cataluña y del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, así como también fue vicepresidente de la Fundación Víctor Grifols i Lucas.

En esta breve columna quisiéramos hacerle un merecido recordatorio y señalar algunos rasgos característicos de su persona. El Dr. Egozcue destacó por su entusiasmo y capacidad de trabajo. Fue una persona de ideas claras, que las expresaba con sinceridad y sin reparos, fueran o no "políticamente correctas", procurando contribuir siempre al debate con argumentos propios, aunque a veces minimizando en exceso aquellos problemas o dificultades que otros veían como trascendentes, y huyendo de dogmatismos y especulaciones fáciles.

Desde la cordial discrepancia, que en ocasiones tuvo con nuestra institución en temas polémicos, siempre mantuvo el respeto hacia las personas y los criterios bien fundamentados, informados y científicamente rigurosos, e hizo posible el debate y el diálogo, esencia de la bioética.

Todos sabemos que en temas conflictivos desde un punto de vista ético y legal, como la investigación con embriones, cuestiones sobre salud sexual y reproductiva o las posibilidades de las tecnologías de reproducción asistida, las sensibilidades son diversas y, además del conocimiento científico, el bagaje cultural y espiritual de cada uno juega un papel fundamental. En estos debates, el Dr. Egozcue, con su tono apacible y cordial fue siempre un firme defensor de la libertad de investigación y de la libertad individual de las personas, y en su línea de pensamiento hizo aportaciones importantes desde la Comisión Nacional de Reproducción Asistida, que el legislador ha incorporado en la última modificación de la ley, como p.e., seleccionar genéticamente a un hijo para que sea donante de un hermano enfermo. Como buen científico tenía plena confianza en los importantes logros que se espera alcanzar en el conocimiento y curación de enfermedades mediante la genética y la investigación celular y hasta el último momento trabajó en el laboratorio con todo su equipo, manteniendo siempre el optimismo en el futuro de la ciencia para el progreso humano.

No hay duda de que en el contexto del debate bioético en Catalunya y en España su figura fue destacada y le echaremos en falta.

Descanse en paz.

(viene de pág. 1)
cipio de autonomía, pero desde una perspectiva clínica, no terapéutica. Y no es lo mismo, aunque ambas perspectivas, clínica y terapéutica, deben ir de la mano para mejorar la salud del ciudadano y del sistema sanitario. El texto avanza significativamente en las garantías éticas y legales del uso racional del medicamento que deben respetar los diferentes agentes del sector farmacéutico (investigadores, fabricantes, comercializadores, distribuidores, prescriptores y dispensadores).

De una lectura pausada del Proyecto extraemos su filosofía: un paulatino giro hacia las garantías y uso racional del medicamento para el ciudadano, siendo éste el eje central de las relaciones entre todos los agentes. Estamos convencidos, que posteriores leyes del medicamento regularán la información terapéutica directa al ciudadano, las responsabilidades del ciudadano para informarse sobre el medicamento, el carácter contractual de las relaciones entre los agentes (corresponsabilidad contractual terapéutica) y otras acciones que fijen definitivamente un marco ético y jurídico (bioético y biojurídico) que permita al usuario obtener garantías respecto a la información terapéutica, esencia del principio de autonomía de la voluntad en el ámbito farmacéutico.

Aspectos positivos del Proyecto de Ley para el ciudadano

Hay que reconocer, que el Proyecto de Ley ha sufrido bastantes problemas y retrasos, por los intereses de todo tipo en juego. El objetivo inicial de entrada en vigor de esta Ley a principios de 2006 ha sido pospuesto para el próximo verano.

Las cuestiones que han suscitado controversia para cada uno de los agentes destinatarios de las diferentes medidas han sido varias, especialmente las bonificaciones, la «*cláusula Bolar*» (plazo máximo de las patentes farmacéuticas a 10 años para toda la UE), financiación selectiva, precios de referencia, financiación y revisión de precios, distribución y desabastecimiento, protección de datos, trazabilidad, visados, prescripción por principio activo, etc... Pero es que, el sector farmacéutico nacional lleva muchos años «*dormido*», de forma más o menos interesada y necesita una modernización con nuevas normas y reglas que sean más transparentes y útiles para la salud de todos los ciudadanos. Debe desterrarse de una vez por todas el tópico de que los ciudadanos no tenemos cara, ni gafas, ni opinión.

El texto avanza significativamente en las garantías éticas y legales del uso racional del medicamento que deben respetar los diferentes agentes del sector farmacéutico

Hay que tener en cuenta que las personas que forman parte de la industria farmacéutica, de las administraciones sanitarias, profesionales sanitarios, son ciudadanos a quienes afectarán estas normas y sus consecuencias. Hasta ahora se ha partido de la creencia de que están en la «*otra orilla*» y no es cierto, todos estamos o debemos estar en la misma, en la de la Salud Pública.

El Proyecto de Ley, llega a las Cortes también con grandes e importantes novedades, tras su aprobación por el Consejo de Ministros de 4 de Noviembre de 2005, y con algunas dudas del Consejo de Estado.

Entre las que nos parecen significativas para los ciudadanos y su salud, se encuentran:

- El fomento de los genéricos, aunque las campañas hasta ahora realizadas por la Administración Sanitaria no han sido muy afortunadas para su difusión.
- El reforzamiento de la seguridad de los fármacos y la farmacovigilancia respecto de la notificación de los efectos adversos (RAM) y problemas relacionados con los medicamentos.
- La prescripción electrónica y la mejora de los prospectos, y el apoyo decidido a la Atención Farmacéutica.
- Las estrictas sanciones impuestas a los farmacéuticos por la dispensación de medicamentos sin receta cuando sea necesario y su restricción respecto a la libertad de substitución de un medicamento prescrito por otro.
- Los fármacos sin receta (EFP) se podrán vender por Internet, aunque bajo determinados controles, si bien se prohíbe expresamente la venta por correspondencia o por Internet de los que requieren receta.

En definitiva, todas ellas son medidas que sirven para fomentar el derecho a la información terapéutica de los ciudadanos y aumentar su conocimiento, corresponsabilizándose con los demás agentes en su toma de decisiones en salud, y que nunca se habían abordado con anterioridad.

Importancia del prospecto

En la línea que hemos comentado, nos parece muy positivo que por fin esta Ley establezca expresamente que el prospecto de los medicamentos debe ser legible, claro y sin tecnicismos y que el ciudadano pueda entenderlo.

Después de tantos años por mi parte intentando que esta realidad llegara, no puedo menos que recibirla con alegría. Cuando en el año 2001 creé el Comité de lectura de prospectos con la Agencia Española del Medicamento (AEM), éste fue mi objetivo. Lamentablemente, al dejar la Presidencia de la Asociación de Derecho Farmacéutico (ASEDEF) en Enero de 2002, Farmaindustria asumió el control del comité, con el consentimiento de algunos miembros, y la inoperancia significó su hundimiento.

Por ello, insisto, bienvenida la declaración y comprensibilidad de los prospectos con informaciones de tanto relieve como p.e. el hecho que indique obligatoriamente si el medicamento afecta a la conducción.

El prospecto se asemeja a la existencia de un contrato entre la industria farmacéutica y el ciudadano. La información terapéutica es el nexo de unión entre ambos, y es también el medio a partir del cual se concretará la responsabilidad legal.

Responsabilidad legal de los laboratorios

Un aspecto negativo de la futura ley es que contenga una exigencia a los laboratorios de un seguro por los daños de los fármacos, sin especificar el alcance de la cobertura. Si entendemos que ésta incluye sólo el defecto del producto en si mismo que origine daños leves en la salud, sería aceptable. Ahora bien, si se pretende dar cobertura también a la ocultación grave e intencionada de información terapéutica que origine daño o muerte al usuario, entiendo que sería del todo inaceptable por la exención o minimización de la responsabilidad legal de hechos tan graves.

En este sentido nos parece correcto que Farmaindustria haya revisado en Junio de 2005 su *Código de Buenas Prácticas para la Promoción de los medicamentos*. Pero si la industria farmacéutica debe informar directamente de sus fármacos a los ciudadanos, debe aceptar una responsabilidad legal de carácter contractual o incluso penal, de manera que el medicamento salga del ámbito de las leyes de consumidores y usuarios y de productos defectuosos, especialmente por defecto de información y sus consecuencias para la salud, entrando de lleno en el ámbito del derecho penal si fuera el caso. Los Foros de Pacientes, especialmente los financiados por la industria farmacéutica, no han tenido hasta ahora mucha credibilidad en sus acciones y tampoco en sus revistas y publicaciones.

Debemos tener en cuenta que existen ya múltiples antecedentes de responsabilidad legal de grandes multinacionales farmacéuticas por acciones de este tipo. Sin ir más lejos, el año 2005 fue el año de "*Vioxx*"; pero lo que fué verdaderamente trascendente y notorio fue que el 19 de Agosto, se condenó a Merck (*caso Ernst*) ya que se conocían los graves efectos cardiovasculares de su medicamento desde antes de su comercialización (1999), aunque lo retirase en Agosto de 2004, según se dijo, de forma voluntaria. Poco después, en otro juicio posterior de otra presunta víctima, se absolvió a Merck.

Independientemente del resultado final de cada proceso judicial, el ciudadano se ha dado cuenta de que puede ejercer la acción de responsabilidad legal cuando le ocultan efectos adversos graves para su salud y ninguna ley ni nadie podrá impedirlo.

Ciudadanos europeos: información y salud

Actualmente a todos nos preocupa la información y sus consecuencias para nuestra salud. Incluso en la nueva reforma legislativa europea, la información para los ciudadanos es la «más deseada», la que todos queremos conseguir. Esto es así porque todos los agentes del sector sanitario y farmacéutico, se han dado cuenta de la gran trascendencia, legal, social y política que tiene la información y el derecho a la misma por los ciudadanos. Sin embargo hace sólo unos pocos años, esta realidad no existía, sólo una minoría reclamamos esta necesidad, para los nuevos escenarios futuros en salud. Afortunadamente, en general, ya estamos todos de acuerdo. Pero, ¿qué tipo de información queremos y necesitamos?.

Centrándonos en el ámbito farmacéutico, la sensibilización sobre la información terapéutica, reflejada en el Reglamento 726/2004/CE, con plena vigencia en la Unión Europea desde el 20 de Noviembre de 2005, es un precedente importante. Trata, entre

otras cuestiones de obligado cumplimiento inmediato, de los cambios respecto a los procedimientos para aprobar los medicamentos, con más rigor, eficacia y seguridad que hasta ahora.

Por su parte, la Directiva 27/2004/CE, sobre medicamentos de uso humano, que modifica parcialmente la anterior de 1983, ya menciona específicamente la información terapéutica. Además, en el art. 88 bis, se establece un concepto legal de novedad significativa, la idea de la responsabilidad originaria de la fuente de la información. Esto, a pesar de su aparente complicación legal para la industria farmacéutica, le producirá un mayor acercamiento a los ciudadanos europeos, y sus nuevas necesidades de información. Para ello, se deberá distinguir en el futuro, legislativamente, el concepto *Direct to Consumer Advertising* (DTCA), es decir, publicidad directa al consumidor de medicamentos, de la verdadera *Información Terapéutica Directa al Ciudadano* (ITDC).

La realidad actual, nos indica que si la Unión Europea no resuelve ya con valentía esta cuestión, regulando la "*información terapéutica*" de forma específica y distinta a otros tipos de información (clínica, alimentaria, ambiental, etc.), se complicará nuestro futuro en salud. Todos los agentes de transmisión de la información terapéutica deberán responder legalmente de sus acciones y omisiones, en relación con los daños en salud que originen con su actividad (teoría de la corresponsabilidad de los agentes). Es algo objetivo y demostrado que la publicidad de fármacos de prescripción no origina una información adecuada, aumenta el gasto sanitario y farmacéutico (poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema de financiación), distorsiona la relación médico-paciente, perjudica la salud de este último, favorece la medicación innecesaria en población sana, y lesiona el desarrollo de la autonomía de la voluntad del ciudadano debido a la publicidad engañosa sobre los posibles efectos terapéuticos y minimiza los riesgos. Además complica, en muchos casos, la actividad diaria de los profesionales sanitarios por las falsas creencias y expectativas que genera en los ciudadanos.

La industria farmacéutica internacional quiere dar un paso regulador intermedio en este camino, que es la información directa al paciente (*Direct to Patient Information o DPI)*, pero no será suficiente, porque no distingue la información terapéutica de la clínica. Tampoco desde el punto de vista legal entre ciudadano-paciente y consumidor.

El inexorable avance en la medicina personalizada basada en la información, nos permite un escenario inigualable para dialogar, debatir y consensuar el mejor marco bioético y biojurídico posible

Los ciudadanos europeos quieren expresar sus decisiones en salud de forma real y efectiva. A través de la información auténtica del tipo que sea y que afecte a su salud, con escenarios y protagonistas que la transmitan y avalen con verdadero conocimiento científico actualizado. Si esto no se resuelve, la ocultación intencionada de información terapéutica originará una grave responsabilidad legal. Aún estamos a tiempo de evitarlo modificando nuestras conductas actuales con información veraz y comprensible.

Consideraciones finales

Así pues, el escenario farmacéutico comienza a transformarse en aras a garantizar el principio ético y jurídico de la autonomía de la voluntad en las decisiones del ciudadano en los aspectos relacionados con los medicamentos. El Proyecto de Ley es un paso adelante.

El inexorable avance en la medicina personalizada basada en la información, nos permite un escenario inigualable para dialogar, debatir y consensuar el mejor marco bioético y biojurídico posible, que trate en igualdad de condiciones el principio de la autonomía de la voluntad clínica y el de la autonomía de la voluntad terapéutica, ambos complementarios, pero sin ser el mismo concepto, aunque los dos reivindiquen y estudien la autonomía de decisión de la persona y su dignidad.

La política farmacéutica integral internacional, reclama la regulación de la información terapéutica y la responsabilidad contractual terapéutica de los actores implicados en el mundo del medicamento. El ciudadano y su autonomía de decisión, clínica y terapéutica, es el eje principal de este nuevo escenario. Este objetivo debe ser el faro utópico que nos guíe, aunque hoy esté lejano.

MANUEL AMARILLA
PRESIDENTE EUROPEAN PHARMACEUTICAL LAW GROUP (EUPHARLAW)

El conflicto de las caricaturas... el momento del «humanismo táctico»

Los gobiernos árabes piden castigar a los autores de la burla de Mahoma

Riad insta a los estados musulmanes a que sigan su ejemplo y retiren a los embajadores de Dinamarca

Las autoridades religiosas de Oriente Próximo avivan la revuelta y llaman al boicot a los productos daneses

El Periódico, 1 de Febrero de 2006

El mundo islámico es un ejemplo excelente de coexistencia entre dictaduras locales, una presencia americana fuerte y la frustración de una nueva clase de inteligencia árabe. Por otro lado, esta confluencia también se puede observar en otros muchos lugares, y por esta razón en el terreno analítico, la asimilación esquemática entre terrorismo e Islam no nos lleva a ninguna parte."

Estas son palabras del antropólogo indio Arjun Appadurai en su artículo: *¿Hacia el choque de los valores o la hibridación de los valores?*, un artículo que forma parte de un compendio de reflexiones encargado por la UNESCO y dirigido por Jerôme Bindé. Una reflexión más que oportuna, naturalmente previa al conflicto de las caricaturas de Mahoma, que ha hecho salir a la calle a miles y miles de musulmanes gritando contra Europa y el mundo occidental. Precisamente, una de las caricaturas que más repulsión han causado es la que equipara al profeta Mahoma con el terrorismo. Esta es la asimilación esquemática que denuncia Appadurai y que es necesario combatir, si llegamos a tiempo. Pero repasemos el principio de este conflicto que nos puede dar algunas claves del espíritu que frecuentemente mueve las acciones desde un mundo occidental que cree en sus derechos de manera absoluta y es casi incapaz de ponerse en la piel de quienes aún no los han alcanzado.

Los orígenes del conflicto de las caricaturas del profeta Mahoma no se remonta a la transgresión de la prohibición en algunos textos de la religión musulmana por representar a Alá y a su profeta. El conflicto parte de la decisión de un diario danés, el *Jilland Posten* de desafiar a los dibujantes para que presentasen caricaturas de Mahoma, porque no se habían encontrado ilustradores para un libro infantil, precisamente para prevenir la ofensa a la comunidad musulmana. Los dibujantes enviaron sus caricaturas que ya han generado violencia y muerte en varios puntos del planeta. ¿Era necesario? ¿Cuál es el límite de la libertad de expresión? ¿Lo tiene?. La mayoría de editoriales y articulistas de los países occidentales que tienen en sus cúpulas directivas a personas de procedencia no musulmana han reivindicado la libertad de expresión por encima del respeto de las creencias de otra parte de la ciudadanía, en este caso, la musulmana. La percepción mayoritaria es que cualquier otra cosa es censura y, aceptarla como medida de prevención, implica que se debiliten los derechos y libertades que tantos siglos de prohibiciones nos han costado. Pero quizás este conflicto, es el primer caso que nos obliga a reflexionar de una manera global, lejos del terrorismo, lejos de la brutalidad del 11 de Septiembre del 2001, sobre los efectos de la globalización y de la convivencia de valores. En este sentido, Arjun Appadurai propone un principio que hoy en día nos puede ser particularmente útil, ya que no es ni la Revolución Francesa, tantas veces reivindicada estos días desde artículos y editoriales, ni los efectos de la Contrarreforma, ni la superación de la Inquisición. Estamos en el 2006, hemos vivido una oleada de atentados terroristas atribuidos al grupo *Al Qaeda* que expresa su rechazo al mundo occidental y a la política ultraliberal ya que consideran que maltrata a su cultura y a su gente. Fruto de esto, han entrado en vigor leyes restrictivas de las libertades individuales como la *Patriot Act* norteamericana o la Ley Antiterrorista británica, para estrechar el asedio sobre los terroristas, y en medio de todo esto, continúan las oleadas migratorias que sitúan al colectivo de origen musulmán como uno de los más presentes en las comunidades occidentales. También debemos añadir la disputa de Turquía por entrar en la Unión Europea, pese a las reticencias de tipo cultural y

religioso de algunos países europeos que ven como una amenaza que un país de religión mayoritariamente islámica entre a formar parte del "club europeo" de tradiciones cristianas. Y este contexto, es el de 2006, y es el que debemos tener en cuenta para asumir lo que está pasando a raíz de unas caricaturas. ¿Por qué no hubiéramos podido describir este cúmulo de factores en tiempos de la Revolución Francesa? Sencillamente porque hoy, sin el mundo interconectado mediáticamente, no hubiéramos sabido que hace unas semanas las calles de Estambul se llenaron de personas que, de forma pacífica, gritaban contra Europa por la ofensa de unos dibujos que equiparaban a su profeta con un terrorista, un hombre que mata.

Para afrontar el contexto de una sociedad profundamente híbrida, el antropólogo indio Arjun Appadurai nos invita a aplicar lo que él denomina "*el humanismo táctico*". ¿Qué debemos entender por humanismo táctico? De entrada, debemos situarnos lejos del relativismo. No todos los valores en un momento dado de la historia deben ser tenidos en cuenta del mismo modo; no todos los valores tienen el mismo peso, y no deben estar en función de quién detenta el poder o la capacidad de decidir. La libertad de expresión no puede ser un valor absoluto en abstracto, como tampoco lo debe ser el respeto a las creencias de los demás, hasta la ocultación del espíritu crítico. No hay valores absolutos, hay consideraciones tácticas en función del contexto en el que nos movemos en cada momento. Este humanismo, dice Appadurai, no descansaría sobre principios universales preestablecidos, sino sobre la negociación perpetua, siendo una invitación para la producción de valores resultado de un debate. Con una lucidez extraordinaria, Appadurai subraya que ha llegado el momento en que debemos asumir que no podemos sostener nuestras creencias ni nuestras ideas sobre las "*certezas morales de las naciones*" y que "*hemos entrado en una época en que será necesario refundar el derecho de ser civil*". Y finalmente, reivindica que debemos dejar de buscar universalidades, para ser capaces de encontrar los puntos de referencia en función de las urgencias de cada momento.

El principio fundamental, que planteamos aquí, es el de saber dialogar y negociar. Éste es un principio de no confrontación, poco habitual en una sociedad dónde el enfrentamiento es noticia, y si no lo hay, con frecuencia desde los medios de comunicación la realidad se presenta contrapuesta, de la mano de intereses de posiciones más radicales. La moderación no vende, no se proyecta, con el mismo entusiasmo que la radicalidad. Debemos ser conscientes de que una parte muy destacada de la imagen que tenemos de nuestro entorno está determinada por una rutina mediática que la somete a la confrontación, a la visualización de posiciones diferentes que, si puede ser, se traducen en enfrentamientos dialécticos. En esta dinámica, la propuesta de Appadurai puede parecer idílica e incluso *«naïve»* porque la realidad mediática está reñida con nuestra actitud cotidiana.

Nosotros diariamente, huimos de la confrontación, de la violencia, e intentamos comprender, hablar, dialogar. Debemos intentar devolver la dinámica cotidiana de nuestro comportamiento a la esfera pública que proyectan los medios. Esta es una de las claves para conseguir que el humanismo táctico se imponga por encima de las manifestaciones, la quema de banderas y los gritos, y ésta es una lección que también deberán aprender los políticos de los países que obtienen de la radicalización, réditos electorales.

Con todo, en un tiempo en que se han escrito centenares de palabras de enfrentamiento sobre la actitud del diario danés y el gobierno Rasmussen, y en que miles de musulmanes cegados por la ira han causado incluso la muerte, me ha parecido especialmente edificante reflexionar sobre una propuesta filosófica y antropológica, que va más allá de la noticia concreta que comentamos: se pone en peligro la convivencia cotidiana, por las actitudes, a menudo inconscientes, de quienes están acostumbrados a hacer prevalecer las libertades por encima de la sensibilidad de las creencias de los demás, en un contexto de fragilidad global absoluta. Huyamos de las actitudes absolutas, innegociables y universales y detengámonos para replantear los términos de la convivencia en un momento en que una parte significativa de la población piensa y vive de manera diferente a la otra y cualquier imposición será motivo de violencia. Debemos encontrar estrategias para la convivencia que no malogren ni las libertades de unos, ni la identidad de otros.

MÒNICA TERRIBAS
PERIODISTA Y PROFESORA TITULAR
FACULTAT CIÈNCIES DE LA COMUNICACIÓ
UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Aproximación a la empatía en la relación médico-paciente

Edith Stein es autora de una tesis completa y extensa sobre la empatía titulada *"Sobre el problema de la empatía"*. Esta obra, publicada en alemán en 1917, fue traducida al castellano recientemente y se editó en Febrero de 2004 por la editorial Trotta. Pensamos que sería interesante leer su texto para buscar bases o referencias filosóficas de la empatía que puedan ser útiles en la relación médico-paciente.

La empatía, según Edith Stein es la captación de las vivencias ajenas, la percepción y la interiorización de las vivencias del otro

La empatía según Edith Stein es la captación de las vivencias ajenas, la percepción y la interiorización de las vivencias del otro. En el mundo físico existen sujetos con vivencias, individuos vivos que sienten, piensan, padecen, quieren, individuos «psico-físicos» que se distinguen de una cosa física nítidamente porque entablan relación con nosotros. Estos individuos tienen vivencias singulares concretas que nos transmiten de distintas formas. Podemos percibir esas vivencias, interiorizarlas e incluso percibirlas como propias, aunque dudemos de la existencia de quien las genera.

Percepción externa y empatía: determinadas experiencias de la persona no son perceptibles externamente. Por ejemplo, no hay percepción externa del dolor. Se puede percibir o contemplar el semblante conmovido de dolor pero no el dolor mismo, no podemos sentir ese dolor que siente otro. La empatía no tiene pues carácter de percepción externa sólo constata la existencia del sujeto portador de aquel dolor aquí y ahora. Según el concepto de empatía de Stein la vivencia ajena existe para mí. Es una vivencia propia originada por la vivencia de otra persona. La empatía es pues la experiencia provocada en nosotros por el conocimiento de las vivencias ajenas. Nuestra experiencia de los sujetos ajenos debe consistir en entender los actos de voluntad ajenos.

Otras descripciones de la empatía

Otros filósofos hacen también referencia a la empatía introduciendo puntos de vista diferentes que ayudan a comprender la relación empática.

Theodor Lipps: considera que *la empatía es una participación interior de las vivencias ajenas.*

La empatía está emparentada con el recuerdo y la espera. Cada vivencia, recordada, esperada o empatizada tiende a ser completamente vivenciada, sea nuestro yo pasado o futuro, propio o ajeno.

Una alegría pasada, por ejemplo un aprobado en un examen, me recuerda el acontecimiento feliz y me produce una alegría, originaria, por el acontecimiento recordado. Pero la alegría y el yo recordados han desaparecido, yo no soy exactamente el mismo que entonces.

Este filósofo describe distintas formas de empatía:

☛ **Vivencia empática paralela**: mi amigo tiene alegría por aprobar un examen, yo aprehendo su alegría, me transfiero a ella, tanto que me provoca una alegría propia, originaria propia. Puede que no aprehenda esa alegría y sólo me alegro por el resultado del examen. Aquello por lo que su alegría es la nuestra, no es ni la alegría originaria por el resultado (no es original, ni propia, ni nuestra) ni la alegría por su alegría, sino aquel acto originario que designamos como empatía.

☛ **Empatía supuesta**: cuando la empatía falla podemos ponernos en lugar del yo ajeno, suplantarlo, envolvernos con su situación y llegar a una vivencia correspondiente a esa situación, es una empatía supuesta, sucedánea.

☛ **Empatía y cosentir**: si la empatía (aprehender la alegría del otro) persiste junto a la alegría originaria por el feliz resultado podemos definir el acto en cuestión como «cosentir». La alegría cosentida y la empatía no son lo mismo: una es vivencia originaria y la otra no es originaria. La primera, la de aquel más cercanamente implicado, será en general

más intensa y duradera que la de los demás.

Cuando todos oímos algo que nos produce júbilo, entusiasmo o alegría sentimos un mismo sentimiento pero se mantienen los límites que separan al «yo» de los demás. Mi alegría y la de los demás, que empáticamente aprehendo, es la misma.

Podemos alegrarnos del mismo acontecimiento pero puede que no sea la misma alegría la que nos invada, quizá es más perceptiva en el otro: empatizando aprehendo esa diferencia del otro, aumenta mi alegría y se convierte en una coincidencia completa con la alegría empatizada.

☛ **Teoría de la imitación**: Theodor Lipps considera que un gesto despierta en mí el impulso de imitarlo, si no exteriormente sí interiormente y además tengo el impulso de exteriorizar todas mis vivencias, porque vivencia y expresión van unidas.

☛ **Teoría de la asociación**: La imagen óptica del gesto ajeno reproduce la imagen óptica del gesto propio. Este sentimiento se vivencia como ajeno porque está ante nosotros, no está motivado por vivencias propias precedentes, no encuentra su expresión en un gesto.

J.S. Mill : *Teoría de la inferencia por analogía.* En lugar de la empatía Mill establece otra relación con los demás.

Hay una evidencia de la percepción externa y una evidencia de la percepción interna: conozco el cuerpo físico ajeno y sus modificaciones, el cuerpo propio y sus modificaciones que son consecuencia de mis vivencias. En el conocimiento del vivir de otras personas existen inferencias por analogía: una expresión de otro puede recordarme una propia y yo puedo atribuirle en el otro el mismo significado que acostumbra a tener en mí. Tomo al otro como «otro yo» y en lugar de la empatía se establece la inferencia por analogía.

Max Scheler: *el yo ajeno con sus vivencias es percibido igual que el propio.*

Estamos en un mundo de desarrollo psíquico donde experimentamos mucho menos nuestras propias vivencias que las de nuestro alrededor. La reflexión nos permite experimentar completamente nuestras propias vivencias. En las vivencias propias percibidas se manifiesta el propio yo, en las empatizadas se manifiesta el individuo ajeno. Originario frente a no originario.

Transición al individuo ajeno

El individuo es un objeto unitario en el que se unen inseparablemente la conciencia del yo y un cuerpo físico: alma y cuerpo vivo (conciencia y cuerpo). Todo ello es el individuo psicofísico. El cuerpo del otro individuo, cuerpo físico, está en un lugar del espacio, a una determinada distancia de mí y en relación con el mundo espacial restante. Si como cuerpo vivo sensible empatizo con él obtengo una nueva imagen del mundo espacial y un nuevo punto cero de la orientación. El mundo percibido y el conseguido según la empatía son el mismo visto de diferente forma. El mismo mundo se representa de las dos maneras al mismo tiempo y diferente según el respectivo punto de vista y de la condición del observador. Cuando traspaso los límites de mi individualidad mediante la empatía llego a una segunda y tercera apariencia del mismo mundo con independencia de mi percepción, mediante la experiencia intersubjetiva.

Empatía y enfermedad

La distinción de los múltiples tipos de enfermedad que constituye el fundamento de todo diagnóstico proporciona al médico su don de empatía cultivado por adaptación a este tipo de fenómenos y por un largo ejercicio de amplia diferenciación. La mayoría de las veces se queda aquí en el primer grado de empatía sin progresar dentro del estado patológico. Cuando empatizamos procuramos una explicación sobre cómo se encuentra el otro, se investigan las causas de ese «encontrarse» y conseguimos medios para influir en él.

Cuando empatizamos procuramos una explicación sobre cómo se encuentra el otro, investigamos las causas de ese «encontrarse» y conseguimos medios para influir en él

El cuerpo físico del individuo ajeno es también cuerpo vivo, padece y ejerce efectos diferentes a los puramente físicos: la mano siente dolor si se pincha y empatizando nos transferimos dentro de ella y comprendemos

como una acción física provoca un efecto psíquico.

Cuando alguien tiene una herida y su cara expresa un semblante alegre mi empatía con el dolor está siendo engañada, ya sea porque aquél reprime el dolor o porque sintiéndolo tiene una perversión en ese sentir de manera que lo disfruta. Mediante la corrección de los actos de empatía se puede distinguir entre una expresión auténtica y una falsa.

Sacar conclusiones sobre los demás a partir de uno mismo no se puede utilizar para alcanzar el conocimiento de la vida anímica ajena, es lo que se llama «engaños de empatía»

Los engaños surgen cuando al empatizar ponemos como base nuestra condición individual. Sacar conclusiones sobre los demás a partir de uno mismo no se puede utilizar para alcanzar conocimiento de la vida anímica ajena. Es lo que se llama «engaños de empatía». Se requiere pues una conducción permanente de la empatía por la percepción externa: el alma y el cuerpo vivo se manifiestan en actos de empatía en individuos psicofísicos del mismo tipo.

Debemos intentar vernos como vemos al otro y no como el otro nos ve. Todo lo que hacemos lo hacemos sin ninguna consideración sobre ello, no lo hacemos objeto de atención ni de observación ni de ulterior valoración, por lo que no vemos qué clase de carácter manifiesta. Sí lo hacemos con la vida anímica ajena y así llegamos a comprender la imagen que el otro tiene de mí o las apariencias en las que yo me represento ante él. Así puedo tener tantas variedades de apariencia como sujetos capaces de percibir existan. En estos actos de empatía reiterada puedo llegar a la conclusión de que todas las comprensiones de mí mismo que llego a conocer están tergiversadas. Entonces debo valorar mi vivencia mediante la percepción interna y no por la empatía.

La empatía como comprensión de personas espirituales

Cada sujeto tiene su propia visión del mundo por lo tanto existe una caracterización individual de los sujetos espirituales. Identificarlos así como personas queda incompleto. Los actos espirituales precisan una motivación que da un sentido que, a su vez, delimita un dominio de posibilidades de expresión que están subordinadas a una legalidad racional general.

Para el pensar pero también para el sentir, el querer y el obrar hay leyes racionales. La legalidad esencial es la esencia del querer, sólo se puede querer lo que es posible (sentido del querer).

Sin embargo, la vida anímica patológica muestra que hay quien considera posible aquello que contradice las leyes racionales: es la enajenación mental, aunque en las anomalías psíquicas no está perturbada del todo la comprensión de la vida anímica ajena. El sujeto espiritual está sometido por esencia a leyes racionales y sus vivencias están en entramados comprensibles. En las anomalías espirituales la comprensión está suprimida y sólo se puede empatizar una sucesión causal.

Relevancia de la empatía para la constitución de la propia persona

La personalidad ajena empatizada nos ayuda a conocer mejor la nuestra cuando ambas son naturalezas semejantes y la empatía, con estructuras personales diferentes, nos ayuda a conocer lo que no somos. Favorece el autoconocimiento y la autovaloración.

La personalidad ajena empatizada nos ayuda a conocer mejor la nuestra, cuando ambas son naturalezas semejantes y la empatía, con estructuras personales diferentes, nos ayuda a conocer lo que no somos

La empatía abre la mirada a valores desconocidos en la propia persona, nos ayuda a apreciarnos de forma correcta y a valorarnos con mayor o menor validez en comparación con otros.

Consideraciones sobre la relación médico-paciente

Sólo hay una referencia a la relación médico-paciente en todo el texto de E. Stein, y menciona, de pasada, el don de la empatía del médico cultivada por un largo ejercicio. Parece evidente que el planteamiento de la tesis de Stein se orientaba más al estudio del vínculo interpersonal, de la relación humana, de teorizar sobre las relaciones entre las personas sin entrar en el campo de la relación de ayuda que preside el trato entre médico y paciente.

El estudio de E. Stein sobre la empatía se mantiene siempre en

ese plano filosófico, sólo en algún punto muy concreto de la obra hace referencia a un plano más mundano, más popular, más conectada a los aspectos médicos. Se refiere entonces a los fenómenos vitales, cuyo conocimiento permite al médico, mediante su don de empatía, aproximarse a la consideración del individuo que los sufre, desde un punto de vista físico y psíquico. Esta consideración que el cuerpo físico del individuo ajeno es un cuerpo vivo que padece y ejerce efectos diferentes a los puramente físicos coincide con la concepción de **Laín Entralgo**: *«la relación con el semejante necesitado de ayuda debe estar encuadrada en una relación no meramente objetivante que considere al otro como un puro objeto, sino considerando al otro como persona, ser individual de naturaleza racional»*. La relación médica estaría encuadrada en una relación interhumana de ayuda.

El médico debe poder objetivar la vida anímica del otro (así lo hace el psiquiatra cuando diagnostica un enfermo mental), los actos propios del otro. Esta situación es calificada por E. Stein como «vida anímica patológica»: enajenación mental, en la que la comprensión ha sido suprimida y sólo se puede empatizar una sucesión de actos. Vuelven a tener puntos coincidentes en aquellos aspectos que tratan el fenómeno de la expresión. E. Stein habla de los sentimientos y de su forma de expresión, de cómo un sentimiento motiva actos de voluntad y acciones, expresiones que se traducen en percepciones corporales reproducibles. L. Entralgo hace referencia a la expresión como medio de comunicación. Comunicación que permite establecer la relación entre el médico y el paciente: la mirada, la palabra, el silencio, de uno o del otro.

Sin embargo no he encontrado ninguna referencia expresa de L. Entralgo a la empatía, en ningún momento nombra esa palabra para definir o describir la relación entre médico y paciente. Habla de intención objetivante cuando se refiere a la mirada con la que el médico examina al paciente, intentando entrar en el fondo de su alma, a lo que contiene la conciencia del otro. El modo de ser del médico tiene que ver con el modo de ser persona y aboga por la existencia de una "*personalidad médica*" con tres rasgos principales que lo caracterizan como *temperamental, mental y ético*:

1. *Simpatía vital y optimismo natural.*
2. *Capacidad de observación y sensibilidad para la coejecución de la vida anímica ajena: dotado de sutileza para penetrar en el alma de los demás.*
3. *Buena disposición para la práctica de lo lícito y lo beneficioso.*

La empatía nos permite, de forma no originaria propia, percibir las vivencias de otros sujetos. No se trata de ponernos en su lugar y suplantarlos, tampoco de contagiarnos de sus sentimientos, sí de conocerlos y saber cómo se expresan. Debemos corregir los actos de empatía para no ser engañados a pesar de que los actos espirituales y su expresión están, en general, subordinados a una legalidad racional general que sólo se trastorna en la enajenación mental.

No podemos sacar conclusiones sobre los demás a partir de uno mismo (engaño de la empatía) y debemos reflexionar sobre nosotros mismos, viéndonos como nosotros vemos a los demás. Sólo mediante esta reflexión podremos llegar a entender a otras personas.

Personalmente me parece mucho mejor la visión de E. Stein en cuanto a la concepción de la empatía como intento de llegar a conseguir interiorizar la vivencia de otra persona. Posiblemente esa empatía es de "superior calidad" que todos los términos empleados por otros autores consultados. Sin embargo creo que en la relación médico-paciente no es preciso aspirar a entablar una relación tan profunda como la descrita por la autora. Tampoco es la misma relación que describe Laín Entralgo. Los tiempos han cambiado.

Los profesionales sanitarios deben recibir una formación específica sobre la relación interpersonal, sobre la manera de comunicarse con las personas con las que van a tratar

Los profesionales sanitarios deben recibir una formación específica sobre la relación interpersonal, sobre la manera de comunicarse con las personas con las que van a tratar. Esta formación no está siendo impartida en los cursos de ninguna carrera sanitaria, aunque sí en psicología. Pero de la relación interpersonal a la empatía hay una gran distancia, incluso dudo que enseñar a «empatizar» sea posible.

Actualmente la empatía es considerada una cualidad indispensable para lograr una adecuada comunicación con el paciente, tanto

por parte de los médicos como los psicoterapeutas. También se ha investigado cómo identifica el paciente la empatía del médico. Se considera empático al profesional que posee una elevada productividad y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer concentrado ante los mensajes del paciente; por el contrario, se estima que carece de esta virtud el facultativo que abusa del silencio, interrumpe las intervenciones de los enfermos o prolonga demasiado sus respuestas. Se debe tener en cuenta la perspectiva del paciente, del usuario, del posible empatizado. ¿Algún paciente quisiera compartir sus vivencias tan profundamente o de una forma tan diáfana como describe Stein?. Francamente creo que no. Tal como entiendo o interpreto el texto, como paciente no aceptaría una apertura de mi «propio yo» de esa magnitud y como médico nunca pretendería llegar tan al fondo del «yo» de un paciente. ¿Pero es necesaria esta relación tan íntima y profunda en la actuación del profesional sanitario?. Igualmente creo que no.

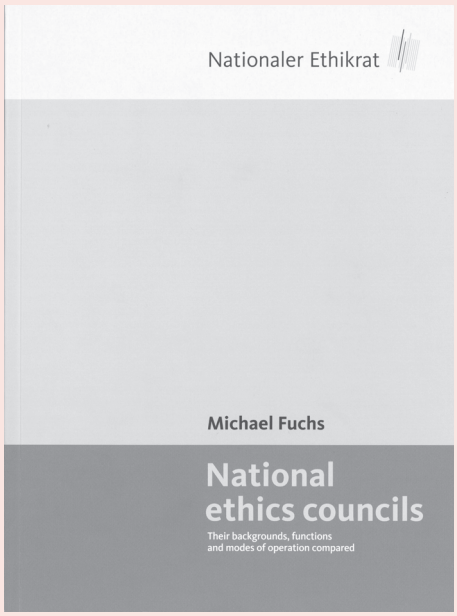
Hoy en día es posible que el freno a la relación empática venga por ambas partes: el paciente quiere ser atendido en el menor tiempo posible y que él considera necesario, utilizando las técnicas que sean precisas, con la información suficiente sobre su proceso a la que, según el nivel, habrá tenido acceso personal, si bien matizada y moldeada por el médico que le atiende. Este va a ser el prototipo de enfermo más común ya que, aunque se trate de una persona con poca formación o en una situación más vulnerable siempre aparecerá un acompañante, familiar o no, que establecerá esta relación tal como se ha descrito. Además el trato con el médico debe ser correcto y educado. Puede que varíe en algún aspecto dependiendo del paciente, pero los elementos que he descrito son, según mi punto de vista, los requerimientos mínimos que el paciente exigirá y que debemos garantizar.

JUAN A. CAMACHO
NEFRÓLOGO Y MIEMBRO DEL CEIC
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (ESPLUGUES)
COLABORADOR DEL IBB
EDITOR ASOCIADO DE «*BOLETÍN FÁRMACOS*»

Citas Bibliográficas :

✓ Edith Stein. *Sobre el problema de la empatía.* Ed. Trotta. Madrid, 2004.

✓ Pedro Laín Entralgo. *La relación médico–enfermo. Historia y Teoría*. Revista de Occidente, Madrid 1964.



COMITÉS NACIONALES DE ÉTICA. **Análisis comparado de sus antecedentes y trayectoria, funciones y dinámicas de actuación**
Michael Füchs. Edita: Nationaler Ethikrat, 2005.

Este estudio fue elaborado por iniciativa del Comité Nacional de Ética de Alemania. Se trata del desarrollo y puesta al día de un trabajo de investigación sobre esta misma temática, encargado por la Fundación Conrad Adenauer en el año 2001 y publicado inicialmente en alemán en la colección *Series Arbeitspapiere.*

Su contenido responde al interés por conocer la realidad sobre estos comités en nuestros días. En los últimos años se han creado diversos Comités Nacionales de Ética, no solamente en Europa Central sino también en países de la Europa mediterránea y de los antiguos países del Este. Otros, de los ya existentes, han sido reestructurados y la tendencia es creciente, dado el rápido desarrollo de la ciencia y la biomedicina, generando necesidad de reflexión sobre sus consecuencias y respuestas para las sociedades democráticas y plurales. Creemos que su contenido, sintético, claro, preciso y bien sistematizado será de interés para el lector.

La biblioteca del IBB

En el presente número damos a conocer una selección de las monografías que hemos incorporado a la biblioteca del Instituto desde Enero a Marzo de 2006, y que por su temática pueden ser de interés.

- Amarilla Gundin, Manuel. *Información terapéutica directa al ciudadano (ITDC)*. Grupo Aula Médica. Madrid, 2005.

- Besanceney, Jean-Claude [et al]. *L'éthique et les soignants.* Lamarre, 2001.

- Boixareu, Rosa Maria (ed). *La gestió de la salut, repte ètic*. Cabrils (Barcelona) Prohom, 2005.

- Bouvet, A. de; Sauvaige, M. (ed.). *Penser autrement la pratique infirmière: Pour une créativité étique*. Brussels (Belgium). De Boeck, 2005.

- Busquets, Ester; Mir, Joan. *Infermeria i bioètica* i *Infermeria i comitès de bioètica*. Esplugues de Llobregat: Institut Borja de Bioètica – Universitat Ramon Llull, 2006.

- Castanyé, Josep. *Diàleg interreligiós i cristianisme: Lliçó inaugural del curs acadèmic 2005-2006*. Barcelona: Facultat de Teologia de Catalunya, 2005.

- Díaz de Terán Velasco, Mª Cruz. *Derecho y nueva eugenesia: estudio desde la Ley 35/88, de 22 de Noviembre de técnicas de reproducción asistida*. Universidad de Navarra: Eunsa, 2005.

- Fundació Jordi Gol i Gurina; Generalitat de Catalunya. *Fundació Jordi Gol i Gurina 1996-2006: 10 anys impulsant la recerca a l'Atenció Primaria*. Barcelona, 2006.

- Fundación Universitaria Española. *Bioética, religión y derecho: Actas del curso de verano de la Universidad Autónoma de Madrid*, celebrado en Miraflores de la Sierra del 14 al 16 de Julio de 2005. Madrid, 2005.

- Garrafa, Volnei (coord.), Kottow, Miguel H. (coord.), Saada, Alya (coord.). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: Instituto de Investigaciones Científicas, 2005.

- Generalitat de Catalunya. *Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari,* 2005.

- German National Ethics Council. *National ethics councils: Their backgrounds, functions and modes of operation compared*. Berlin, 2005.

- Lozano Barragan, Javier. *Metabioética y biomedicina: Síntesis de principios y aplicaciones*. Ciudad del Vaticano: 2005.

- Martorell, M.V.; Sánchez- Urrutia, A. (coords.) *Document sobre el rebuig dels Testimonis de Jehovà a les transfusions de sang*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret, 2005.

- Masiá Clavel, Juan. *Tertulias de Bioética: Manejar la vida, cuidar a las personas*. Ed. Sal Terrae. Santander, 2005.

- Masiá, Juan [ed.]. *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2005.

- Medina León, Antonio; Moreno Díaz, Mª José; Lillo Roldán, Rafael (eds.). *Trato indigno: Encuentros jurídicos- Psiquiátricos.* Badalona: Atrium, 2005.

- Méndez Baiges, Víctor; Silveira Gorski, Héctor Claudio. *Bioètica i dret.* Barcelona: UOC, 2005.

- Montejo González, Ángel Luis. *Sexualidad, Psiquiatría y Cultura*. Barcelona: Glosa, 2005.

- Nuffield Council on Bioethics. *Nuffield Council on Bioethics. Annual report 2004*. London, 2005.

- Pessini, Léo. Distanasia: *¿Hasta cuando prolongar la vida?* México, D.F. Dabar, 2005.

- Sánchez Escorial, Leticia; Verona Humet, Pilar. *Identidad, justicia y vulnerabilidad: Aproximación a la tesis de A. MacIntyre y R. Nozick*. Madrid: Fundación Mapfre, 2005.

- UNESCO. *Guide nº 2. Bioethics Committess at Work: Procedures and Policies*. París, 2005.

¿Deberíamos hablar de una filosofía del médico clínico?

Pienso que sí, y os pido sólo cinco minutos de lectura para explicároslo. Pensaréis que estoy hablando de una filosofía "*de estar por casa*", nada serio, pero me referiré a unos valores y a una manera de razonar que el espíritu de una profesión nos transmite, y al que nosotros a la vez nos adaptamos y o enriquecemos o empobrecemos.

Permanente contacto con el sufrimiento

Ser médico es estar en permanente contacto con el sufrimiento, y una de las cosas que aprendes rápido es que nuestra actividad, aunque muy valiosa, es una gota de agua en un océano. Hay tanto sufrimiento que no nos lo acabaremos. Así que poco a poco el médico clínico va desarrollando una clase de alergia –o al menos de escepticismo– a las utopías que describen mundos maravillosos. Poco a poco también aprendes que tus propios pacientes deberán convivir con el dolor físico y psíquico, y que los maravillosos medicamentos y otras técnicas ayudan, a veces mucho, pero generalmente no evitan que las personas deban afrontar y asumir este dolor. Poco a poco el médico aprende a decir: "*esto no lo curaré, pero procuraremos aliviarlo*". ¡Caramba!, cuando dices esto con sinceridad has dado un gran paso adelante!.

Pragmatismo

Prosigamos... El médico clínico aprende con agrado o a la fuerza la esencia de la filosofía pragmática. Pongamos por caso que debe hacerse una exploración de neuroimagen. ¿Esta prueba aportará algo al paciente? Supongamos que se propongan dos estrategias terapéuticas, ¿qué aporta una en relación con la otra? Todo esto, ¿no es pragmatismo en estado puro?. *William James* decía justamente que el pragmático no es quien *busca oportunidades*, sino aquel que *sabe averiguar la diferencia* entre dos caminos, dos maneras de interpretar la realidad, o de actuar sobre la realidad. El médico clínico debe convertirse en experto.

Independencia de criterio

Un tercer aspecto del médico clínico es una independencia de criterio que a veces le hace parecer antipático. Recibe un informe del radiólogo y no se conforma: debe mirar el escáner, debe meter baza. Supongamos que descubre algo que no había visto el radiólogo, ¿podéis imaginar mayor felicidad? Seguramente lo comentará a sus compañeros como una pequeña proeza. Lo mismo ocurre cuando recibe a un paciente con muchos diagnósticos pero "*nota*" que algo no acaba de "*encajar*". ¡Ah, sí! El médico clínico tiene unos dibujos en la cabeza de cómo debe ser la realidad, de cómo hablan y se expresan la gran mayoría de sus pacientes, y cuando algo no acaba de "*encajar*" se le despierta una inquietud a lo Sherlock Holmes que sólo la pereza o la carencia de tiempo pueden detener. En este aspecto podemos decir que es popperiano: *«no cree en el inductivismo»*, sino que práctica básicamente el procedimiento deductivo. Y estos dibujos o modelos de la realidad los irá perfeccionando. A esto lo llamará "*experiencia clínica*".

Permanente reinvención de la realidad

Decíamos que esta independencia de criterio le hace parecer antipático. Esta podría ser la cuarta característica, más filosófica que emocional. Digamos que tiene, ya sea hombre o mujer, cierta brusquedad en la emisión de sus opiniones. Sus maestros le han acostumbrado, (mal acostumbrado), a que en general tiene razón, y no se da cuenta de las consecuencias de lo que dice. En este sentido diría que el médico clínico es algo «*nietzschiano*», encara las cosas sin mano izquierda, sin florituras ni ganas de llegar a acuerdos, porque las cosas son o no son. Por eso estudia, (en parte), para tener razón en las sesiones clínicas, y, además, también para ayudar al paciente. Digamos que basa mucho su autoestima, (¿demasiado?), en un saber rotundo, y en ser "*alguien*" en la tribu de los médicos. Alguien ha oído alguna vez a un jefe clínico decir: "*¡estoy muy perplejo!*" Todo el mundo pensaría que no sabe lo suficiente. Alguien ha oído alguna vez a un adjunto decir: "*¡este paciente me ha enseñado mucho!*"... Pero os aseguro que más de uno lo ha pensado.

El médico de cabecera/familia demuestra en este punto cierta diferencia con el hospitalario. Pronto aprende que su especialidad es valorada con una risita, pronto se da

cuenta de que el paciente puede tener en mayor aprecio la opinión de la vecina que la suya, y sobre todo pronto se impone una realidad compleja e imprevisible que desmiente y empequeñece su valía. A pesar de acumular 20 o 30 años de práctica clínica, algunos diagnósticos se le escapan, y también algunos pacientes... Trágico! Claro que también le ocurre al médico hospitalario, pero no se da cuenta. Puede vivir en una torre de marfil. El médico de cabecera, por otra parte, está en contacto estrecho con la comunidad. Es objeto constante de conversaciones en las peluquerías, en el mercado.

Tal vez esta humildad forzosa del médico de cabecera lo lleva a emplear términos como por ejemplo "*principio de pulmonía*", o "*algo de diabetes*", o «*tiene el pecho algo cargado*". Me gustaría pensar, pero no nos engañemos, que estos términos no se originan tanto de un esfuerzo empático como de una *permanente reinvención de la realidad*. El médico de cabecera con el paso del tiempo funciona más y más por intuición, (¿otra diferencia con el médico hospitalario?). Digamos que *«hace teorías»* de cómo funciona la realidad, pero son teorías poco razonadas. Ante la típica paciente fibromiálgica el médico de cabecera ya sospechaba que aquello «*no podía ser artrosis*», «*que los antiinflamatorios no solucionarían nada*», y que en cambio «*algo de Diazepam quizás*», pero le faltaba la valentía para contradecir "*a los entendidos*".

Tenía una teoría pero no tenía discurso.

Esto ha cambiado. Ahora tenemos a una nueva generación de médicos de familia que son algo más "*caraduras*", en el buen sentido de la palabra. Creo que con unos cuántos años más veremos que estos médicos son capaces de vestir teorías, pero no será fácil. No es fácil para ningún médico clínico, porque el día a día no le deja ver el gran valor de las teorías que nacen en un rincón mortecino de su conciencia. El médico clínico siempre debe luchar por desarraigarse de su cotidianidad y «*repensarse*». Esto cuesta un enorme sobreesfuerzo, en medio de tanta guardia o tanta atención continuada ¡qué gran beneficio sería algún año sabático estratégicamente concedido! Pero esto no sería suficiente para salvar una abundancia de ideas y teorías magníficas que cada día pasan fugazmente por las mentes de los clínicos, y que a veces los iluminan, pero otras muchas quedan depreciadas. Y es que el clínico no se hace mucho caso a si mismo por el miedo a que sus ideas sean ridiculizadas por sus colegas, y en este clima es difícil que ningún reumatólogo o internista hubiera definido, pongamos por caso, en los años 70 lo que era la fibromialgia.

Automatización del esfuerzo mental y clínico

Finalmente la gestión que el médico clínico hace de su esfuerzo corporal. Sí, sí, también esto es filosofía, tal y como yo lo entiendo. El clínico aprende a automatizar el esfuerzo mental y físico. Aprende a trabajar con fiebre, (no quiere «*cargar*» al resto de compañeros). Aprende a no quejarse del propio cuerpo, (seria patético un médico hipocondríaco), a no visitar a otros médicos, (no quiere ser pesado y mucho menos mostrarse débil), a no tener tiempo para él mismo. Resultado: hay pocos hedonistas. He visto que algunos colegas en una conmovedora reivindicación hedonista se han apuntado últimamente a la cata de vinos o a cursos de cocina a distancia, etc. Pero todo queda como un postizo. En el fondo cuando rascas algo sale una abundancia de estoicismo que sobrecoge. Recuerdo una memorable sesión de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos donde, incautamente, insinué que las guardias de 24 horas seguidas a la jornada laboral «*normal*» no podían ser éticas. ¡Qué dije! Quedé como un auténtico perezoso. Claro está que eran otras épocas, pero demuestra el talante del colectivo. ¡*Carpe diem*! es una expresión que no está en el diccionario. Se debe estar al pie del cañón. Esto sería muy loable pero también puede ser un punto débil en la conformación ideológica del médico clínico, pues de tanto esforzarse sin complacencias puede llegar a «*quemarse*». Por esto se han inventado los congresos, unos encuentros dónde se ensayan *«formas nuevas y viejas de psicoterapia grupal»*. He puesto mi grano de arena haciendo algunas piezas teatrales dónde la gente puede reírse de si misma. Teatro médico para médicos, para congresos de médicos. Risoterapia. El resultado ha sido magnífico porque no hay nada más sano que reírse de uno mismo. Y también demuestra que los médicos clínicos conservamos algo de salud mental. A pesar de - o ¿a costa de?- nuestra pobre mal pensada filosofía.

FRANCESC BORRELL CARRIÓ

MÉDICO DE FAMILIA. EAP GAVARRA. ICS
PROF. DEL DEPT. DE CIENCIAS CLÍNICAS
UNIVERSIDAD DE BARCELONA

✓ **Jornada de actualización de la medicina,** organizada por la «Academia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears», «Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària» y «Societat Catalana de Medicina Interna» para el día 24 de Marzo en Barcelona. Secretaría: Telf.: 93 203 07 31. E-mail: annajorda@acmcb.es y www.acmcb.es

✓ **XI Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud** ***"Humanización y Bioética"***, organizadas por CEHS, Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen de la Paz" y Hospital de Ronda para los días 23 a 25 de Marzo de 2006 en Ronda (Málaga). Más información: Telf.: 91 806 06 96, www.humanizar.es

✓ **Symposium sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica,** ***V Jornada de Enfermería y Fisioterapia en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica***, organizado por el Servicio de Neumología «Hospital Universitari Germans Trias i Pujol» de Badalona para los días 6 a 7 de Abril en Barcelona. Más información: http://epoc2006.unicongress.com y Telf.: 933672420, E-mail: unicongbc@unicongress.com

✓ **IX Jornadas sobre Alzheimer** para los días 26 y 27 de Abril de 2006 en Tres Cantos (Madrid). Matrícula gratuita, financiado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Más información: Centro de Humanización de la Salud (Religiosos Camilos). Telf.: 91 806 06 96 y www.humanizar.es

✓ **Curso internacional** ***Death Without Suffering,*** organizado por el «Dept. of Ethics, Philosophy and History of Medicine», para los días 27 a 29 de Abril en la Universidad de Medicina de Nijmegen (The Netherlands). Más información: Telf.:+31(0)24-3615320. Fax.:+31(0)24-3540254. E.mail: n.steinkamp@efg.umcn.nl o v.hulsman@efg.umcn.nl

✓ **8th World Congress of Bioethics** ***"A Just and Healthy Society"*** organizado por "Chinese Society of Medical Ethics" para los días 6 a 9 de Agosto en Beijing (China). Más información: E-mail: catherineli@cma.org.cn y www.chinamed.com.cn/IAB2006 o www.bioethics-internacional.org

✓ **XXII Congreso Internacional de la FIAMC** ***"Los médicos católicos y el reto de la pobreza en la era de la globalización"***, organizado por la FIAMC y la Subfederación de Médicos Cristianos de Cataluña para los días 11 a 14 de Mayo en Barcelona. Información:www.fiamcbarcelona2006.org. Telf.: 93/4108646, fiamc2006@reunionsciencia.es

✓ **XII Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios** ***"Ética de la integración y normalización en las personas con discapacidad intelectual: diferentes necesidades, diferentes respuestas"***, organizadas por San Juan de Dios –Provincia Bética, para los días 12 a 13 de Mayo en la Ciudad San Juan de Dios en Alcalá de Guadaira (Sevilla). Información: Telf.: 955 68 74 00. E-mail: csjd-alcala@betica.sanjuandedios-oh.es y www.sanjuandedios-oh.es/betica/

✓ **V Congreso Internacional de Auxiliares de Enfermería** ***"Retos para una atención de calidad"***, organizado por Fundación Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa para los días 25 y 26 de Mayo en Manresa. Secretaría Técnica: Telf.: 93 874 21 12. E-mail: elopez@althaia.org

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE

FUNDACIÓN MAPFRE

CAIXA DE CATALUNYA