

CÓMO EJERCER UNA MEDICINA ARMÓNICA: CLAVES PARA UNA PRÁCTICA CLÍNICA CLEMENTE, SEGURA Y SENSATA¹

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández

Médicos generales, Equipo CESCA, Madrid (España)²

La buena práctica clínica exige revitalizar el “*prium non nocere*” y practicar Medicina Armónica, en la que se busca el equilibrio entre disminuir la morbi-mortalidad innecesariamente prematura y evitable, utilizar habilidades para negar lo innecesario con cortesía, y ejercitar la compasión con el paciente y con uno mismo.

RESUMEN

Lo que guía a los médicos es el sufrimiento del paciente y de sus familiares. Los médicos obtienen un refuerzo positivo, y un aumento de la autoestima, cuando dan respuesta a dicho sufrimiento. Pero lograr una respuesta adecuada al sufrimiento es cada vez más difícil.

La práctica clínica se ha complicado, pues el desarrollo científico y tecnológico permite responder antes y con más potencia a más variados problemas, y por mayor número de diferentes profesionales de salud. A esta mayor capacidad de resolución de problemas corresponde una mayor capacidad de complicaciones, de errores y de daños. Por ello se precisa una Medicina Armónica, del profesional (clínico) y de la profesión (profesionalismo) que combine pruebas, modestia y afectividad.

1 Este texto se ha elaborado para *Docu-ENS*. *Docu-ENS* es una base de datos de unidades didácticas de Salud Pública y Administración Sanitaria en acceso libre y gratuito, que organiza la Escuela Nacional de Sanidad (ENS, de Madrid, España, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III y con la Universidad Nacional de Educación a Distancia) para dar soporte a sus cursos presenciales y a distancia, ofrecer posibilidades de actualización a antiguos alumnos, y contribuir a la difusión del conocimiento tanto a profesionales españoles, como a latinoamericanos o hispanohablantes en general. Este texto es una Unidad Didáctica que se complementa con otro material docente para auto-evaluación. Forma parte del módulo de Salud Pública y Epidemiología Clínica. Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir libremente y reelaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

2 Juan Gérvas es médico general, Equipo CESCA, Madrid (España), Doctor en Medicina y Profesor Honorario de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid, Profesor Visitante en Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid) y Profesor de Gestión y Administración Sanitaria en la Fundación Gaspar Casal (Madrid) y la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona). jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org
Mercedes Pérez Fernández es médico general, Equipo CESCA, Madrid (España), Especialista en Medicina Interna, Responsable de Ética en NoGracias (España) y Presidente del Comité de Ética de la Red Española de Atención Primaria. mpf1945@gmail.com

La Medicina Armónica busca la concordancia con el paciente, de forma que el médico y el paciente analicen las ventajas e inconvenientes de las alternativas posibles (eficacia), y elijan las más adecuadas al paciente y a su situación y que causen menos daño (efectividad), sin olvidar siempre el punto de vista de la sociedad (eficiencia).

En nuestra opinión, hay al menos tres claves para ejercer tal Medicina Armónica:

1. Comprender y aceptar que el objetivo sanitario no es disminuir morbilidad y muertes en general, sino la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE).
2. Promover que los médicos ejerzan con dos éticas sociales fundamentales, la de la negativa y la de la ignorancia. Y
3. Tener en la práctica clínica compasión, cortesía, piedad y ternura con los pacientes y sus familiares, con los compañeros, con los superiores y con uno mismo.

Índice

<u>Introducción</u>	<u>página 3</u>
<u>Redefinir el objetivo de la práctica clínica</u>	<u>página 4</u>
<u>Ética de la negativa y de la ignorancia</u>	<u>página 7</u>
<u>Ternura y compasión, además de empatía y cortesía</u>	<u>página 12</u>
<u>Medicina Armónica, para el profesional y para el profesionalismo</u>	<u>página 18</u>
<u>El contexto de la Medicina Armónica</u>	<u>página 20</u>
<u>Referencias</u>	<u>página 21</u>

Introducción

El desarrollo científico y tecnológico permite responder antes y con más potencia a más variados problemas, y por mayor número de diferentes profesionales de salud. Basta pensar en las vacunas, la anestesia, la asepsia, los antibióticos, la TAC (tomografía axial computarizada), las distintas formas de presentación de la morfina, la terapia psicológica breve y otros mil conocimientos y aplicaciones que hoy hacen posible intervenir con más efectividad y precisión. Esta capacidad de modificar el curso del enfermar se acompaña, como es lógico, de una mayor necesidad de "afinar", de adecuar la respuesta a las necesidades, para ofrecer lo mejor a cada paciente (y al tiempo evitar daños innecesarios) según sus expectativas y problemas.

Al "afinar" la respuesta no hacemos más que cumplir con el viejo y básico fundamento de la Medicina, el *primum non nocere* (en su versión actual, prevención cuaternaria, conjunto de actividades que pretenden evitar o paliar los daños causados por la actividad del sistema sanitario) (1).

Lo fundamental, respecto a la clínica, es la personalización de la respuesta médica, pues cada paciente es ciertamente único, y es verdadero aquello de que "no existen enfermedades sino enfermos". En la búsqueda de esa personalización ofrecemos una Medicina Armónica, en el sentido de equilibrada en su componente científico y humano, y ajustada en su respuesta global a las necesidades del paciente como persona.

En lo que respecta al conocimiento científico, lo importante es valorar ventajas e inconvenientes de las alternativas posibles (eficacia), y elegir las más adecuadas al paciente y a su situación, las que causen menos daño (efectividad), sin olvidar siempre el punto de vista de la sociedad (eficiencia).

Se trata, pues, de ejercer con moderación, sin hacer daño (o el mínimo posible, en cumplimiento del *primum non nocere*) y con sentido común. Es decir, el objetivo es ofrecer una atención clínica clemente (moderada), segura (decente, con prevención cuaternaria) y sensata (sentido común). En conjunto, se trata de ejercer una Medicina Armónica, que dé respuesta a las necesidades de los pacientes con lo mejor del conocimiento científico, técnico, y de relaciones humanas.

¿Cuáles son las claves para tal ejercicio profesional? En nuestra opinión, hay al menos tres:

1. El objetivo sanitario no es disminuir morbilidad y muertes en general, sino la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE).
2. Los médicos tienen dos éticas sociales fundamentales con las que trabajar, la de la negativa y la de la ignorancia. Y
3. En la práctica clínica se precisa compasión, cortesía, piedad y ternura con los pacientes y sus familiares, con los compañeros, con los gestores y políticos y con uno mismo.

1 Primera clave: Redefinir el objetivo de la práctica clínica

El objetivo sanitario no es disminuir morbilidad y muertes en general, sino la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE).

Los humanos somos seres complejos destinados a morir. Dijo el clásico: "¿Murió? No. Acabó, que empezó a morir cuando nació".

La Ley de Hierro de la Epidemiología establece que todo el que nace muere. Y en el tránsito es inevitable que nuestra complejidad individual y social provoque tanto placeres como disgustos. Por ello, las satisfacciones y los sufrimientos acompañan inevitablemente este vivir para morir.

Respecto a los sufrimientos, pueden ser consecuencia de inconvenientes vitales y/o de enfermedades agudas y crónicas, leves o graves. Ante los inconvenientes de la vida diaria (el contratiempo sin mayor importancia o hechos trascendentales como la muerte de un ser querido, por ejemplo), todo lo que cabe es evitarlos en lo posible, aceptarlos finalmente si son/han sido inevitables, y superarlos personal y socialmente.

Los médicos no tienen la misión de eliminar el sufrimiento y la muerte. Su cometido es más modesto y simple, disminuir la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Es decir, trabajar de forma que eviten el sufrimiento y la muerte que pueden disminuir con su actividad. Es ejemplo de MIPSE el sufrimiento y la mortalidad por tétanos, pues podemos vacunar y evitarlo (2).

La misión de los médicos es evitar el sufrimiento y ayudar a bien morir. Pero "evitar sólo el sufrimiento médicamente evitable"; es decir, el que se puede prevenir, curar, aliviar o sencillamente en el que debería "acompañar y consolar". No es su misión evitar la muerte, sino evitar las muertes médicamente evitables, y ayudar a bien morir (3).

Los médicos no "salvan" vidas, sino solamente las prolongan. Este cambio de perspectiva, de salvadores a "prolongadores" es clave para ejercer una Medicina Armónica, para actuar con moderación, sentido común y sin hacer daño. Lo importante no es evitar la muerte, sino la calidad de vida con la que se contará al prolongarla.

Sabemos que la salud depende básicamente del "yo y mi circunstancia". Es decir, de la carga genética y del desarrollo fetal y en la infancia, y del entorno cultural, económico y social. Lo más importante en salud es el suministro de agua potable y la depuración de las aguas, y en segundo lugar la educación formal. Lo más importante de la intervención sanitaria, es la vacunación contra las enfermedades infecciosas tipo poliomielitis, sarampión y otras. Pero hay muchas más actividades médicas importantes, como por ejemplo la extirpación de un cáncer de piel en los estadios iniciales, el uso de antibióticos en la neumonía, el consejo contra el tabaquismo, la escucha terapéutica ante el paro, o el emplear la sedación en la fase terminal de la agonía.

Es fundamental que los médicos sean humildes y que se ciñan a las MIPSE pues en la persecución de lo imposible (evitar morbilidad y mortalidad no MIPSE) pierden la moderación y el sentido común, y pueden hacer mucho daño.

Caso clínico.

Asiste a la consulta María, abogada, soltera de 35 años que vive sola. Se ha cambiado de domicilio hace poco y visita por primera vez a su médico de cabecera. Ni fuma ni tiene ningún problema de salud pero quiere hacerse un chequeo de "todo-todo, por favor, análisis, tensión, ginecólogo y más, que me agobia vivir pensando que tenga alguna enfermedad".

El médico inicia la historia clínica, y al preguntar por la salud de los padres conoce que

ambos han fallecido "por errores médicos", "por retrasos en el diagnóstico", la madre de cáncer de mama muy agresivo y el padre de infarto de miocardio fulminante. La única hermana de la paciente tiene 43 años y padece un lupus eritematoso, de diagnóstico complicado que conllevó lesión renal irreversible. De la entrevista clínica y de la exploración física completa se deduce que María goza de buena salud. Aporta, además, los resultados normales de una revisión en el trabajo, con análisis, audiometría, ECG y demás.

El médico desarrolla una consulta ordenada, de forma que se centra en los temores de María al enfermar y al morir. La escucha empática resuelve gran parte de las dudas de María, que se ve obligada a enfrentarse a la incertidumbre del vivir, y al cumplimiento de la Ley de Hierro de la Epidemiología.

En un momento dado María rompe a llorar pues reconoce que le supera el pánico al enfermar y al morir, que su vida es un vacío que nada llena, y que sobre todo le desequilibra el no lograr una unión estable con ningún hombre, y su impacto sobre sus ansias de ser madre.

El médico deja llorar a la paciente, que acaba pidiendo excusas por su conducta. La entrevista acaba con el compromiso para una consulta monográfica sobre los riesgos de las actividades de la vida diaria y de las distintas enfermedades. El médico le da varios enlaces (links) para que pueda obtener información por sí misma sobre su expectativa de vida libre de enfermedades, del absurdo de la búsqueda de la juventud eterna, del nulo valor de los chequeos, y sobre las grandes dudas del rendimiento de las pautas médicas preventivas.

María se despide afablemente de su médico, por más que éste bromee al decir "¡...y nada de pruebas en la farmacia!" en alusión a una de las reclamaciones de la paciente, la realización de una densitometría "de verdad", pues ya se la había hecho del calcáneo en una farmacia.

Comentario: Los médicos no son dioses, ni evitan muertes. Los pacientes no pueden aspirar a la juventud eterna, sino ser ayudados a enfrentarse a la inevitable morbilidad y mortalidad de forma que se soslaye aquel sufrimiento médicamente evitable.

Por supuesto, es humana la búsqueda del cumplimiento imposible de la vida sin riesgos ni problemas. Pero el médico no debería caer en la trampa si su objetivo es ejercer una Medicina Armónica y ofrecer una atención clínica clemente (moderada), segura (prevención cuaternaria) y sensata (sentido común). Conviene la moderación en las pruebas clínicas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras. Conviene seleccionar las pruebas clínicas de forma que sean adecuadas a los problemas, evitando las innecesarias y el daño de las necesarias (prevención cuaternaria). Y conviene la práctica sensata, pues el sentido común ayuda a no rechazar a los pacientes cuando hacen peticiones extrañas y tienen aspiraciones excesivas.

Somos humanos y ser médico es justo establecer relaciones entre humanos (uno que sufre y otro que puede ofrecer alternativas para evitarlo). Sin perder de vista que no los médicos no son dioses y que los pacientes tendrán inconvenientes vitales, enfermedades agudas y crónicas, leves y graves, y que finalmente todos moriremos (el reto del buen médico es intentar que sus pacientes lleven mejor vida que él, y que mueran con el menor sufrimiento posible, y a ser posible después de que él mismo haya fallecido).

2 Segunda clave: Ética de la negativa y de la ignorancia

Los médicos tienen dos éticas sociales fundamentales con las que trabajar, la de la negativa y la de la ignorancia.

Es raro el ejercicio exclusivo por cuenta propia; es decir, es rara la figura del médico como profesional independiente al que paga directamente "su" clientela, por acto, en el momento. Lo más frecuente es el médico que trabaja por cuenta ajena, con dedicación parcial o plena.

En estos casos, el médico tiene, al menos, "dos cabezas" (4). Una atiende a la organización sanitaria (y a toda la sociedad) y otra al paciente concreto en su consulta. La decisión médica tiene que encontrar un óptimo entre la irracionalidad técnica (todo para la organización) y la irracionalidad romántica (todo para el paciente) (5).

En todo caso, parece que los médicos son capaces de encontrar ese óptimo, ese punto en el que los pacientes se sienten "casos personales" mientras que la sociedad reconoce su valía como profesionales. Es decir, el enfermo no siente que los intereses de la sociedad se sobrepongan a los suyos propios, al tiempo que la sociedad percibe que los médicos hacen un uso adecuado de los recursos puestos a su disposición.

Pero los tiempos están cambiando y las intervenciones médicas son cada vez más poderosas, más precoces, más variadas y aplicadas por más profesionales distintos. Se precisa establecer un nuevo compromiso con la sociedad y los pacientes para ofrecer sólo lo que "vale la pena" en el caso considerado y para la sociedad. Es decir, hay que ejercer una Medicina Armónica, con la ética de la negativa y con la ética de la ignorancia (6).

Trabajar con la ética de la negativa supone decir "no" de forma apropiada y justificada, con suavidad y cortesía, ante las solicitudes excesivas de pacientes y familiares, compañeros y superiores. Hay quien quiere imposibles, y conviene saber decir "no", sin acritud, y con la tolerancia que conviene al acto clínico, a la necesaria amabilidad imprescindible para mantener la buena relación médico-paciente. A veces, por ejemplo, el paciente quiere una baja laboral injustificada, otras una prueba innecesaria, o un tratamiento excesivo, o una citación absurda...Otras veces son los gestores y políticos los que pretenden cosas como la colaboración en programas de cribado de cáncer sin fundamento científico, o el uso de tablas de riesgo cardiovasculares absurdas, o la prescripción en contra del mejor interés de un paciente concreto...

La ética de la negativa exige un enorme profesionalismo, un fuerte compromiso con la profesión y con los enfermos, y un caudal inagotable de conocimiento científico.

"En la duda se favorece al reo", y sucede lo mismo respecto a solicitudes en las que el coste-efectividad sea dudosa, o en las que siendo convenientes existen problemas de coste-oportunidad. Por ello no hay reglas ni protocolos aplicables para dar respuesta en todos los casos. Es el médico con su buen juicio clínico el que tiene que tomar decisiones congruentes e inteligentes, apropiadas a cada caso y situación, lo que llaman los jueces *lex artis ad hoc*, y decir "no" cuando es apropiado y está justificado, con suavidad y cortesía.

Lamentablemente, hay poco publicado sobre ética de la negativa y apenas se enseña ni a estudiantes ni a residentes. Sin embargo es clave para una práctica clínica clemente, decente y segura.

Trabajar con la ética de la ignorancia supone decir con franqueza y oportunamente "no lo sé", "no lo sabemos", "no hay conocimiento científico al respecto". Es decir, supone compartir con pacientes y familiares, compañeros y superiores los límites de la Ciencia y de la Medicina. Cuanto más sabemos, más conscientes somos de nuestra ignorancia. Cuanto más ignorantes, más arrogantes e imprudentes. Sabemos mucho más que hace cien o mil años, y nuestras posibilidades de hacer el bien (y el mal) son infinitamente mayores, pero no sabemos todo, ni probablemente nunca lo sepamos. Conviene refrenar las expectativas excesivas.

Las promesas de juventud eterna no son excepcionales en los medios de comunicación. Sobre todo, con el "gen nuestro de cada día", con los telómeros y otros componentes del cromosoma, y con los científicos ansiosos de publicar hallazgos espectaculares. La Ciencia y la Medicina avanzan pero no dan respuesta todavía ni siquiera a preguntas muy simples, como la mejor forma de responder a una pandemia de gripe, o cómo lograr una mejor forma de pago a los profesionales sanitarios.

Los pacientes desearían una píldora para resolver cada problema, pero eso no existe. Los superiores querrían una enorme capacidad de resolución a un coste casi nulo, pero eso es imposible. Los colegas esperan la "transfusión" de conocimientos, para saber sin estudiar, pero eso es absurdo.

Tenemos que aceptar las limitaciones científicas y tecnológicas, al tiempo que deberíamos disfrutar de sus éxitos y progresos. A veces nos sentimos irónicamente inermes y desafortunados, en un tiempo en que la salud de las poblaciones es la mejor de toda la evolución de la especie humana. Esa mejor salud se debe a muy diversos condicionantes, pero uno de ellos clave es la existencia de un sistema sanitario de cobertura universal. Por supuesto, el sistema sanitario "fracasa siempre", y todos los pacientes mueren al final (7). Pero ya hemos dejado claro que los fines del sistema sanitario no incluyen el seguro contra la muerte...

El médico bien formado sabe dónde están los límites de sus conocimientos, y comparte esos límites con sus pacientes y familias, con los colegas y con los superiores. Es la humildad que conviene cuando se quiere ser honrado y práctico, cuando se ejerce una Medicina Armónica, clemente,

decente y segura.

Caso clínico. Juan tiene 12 años. Un mes antes de cumplirlos empezó con hematomas por los golpes, muchos más de los "normales". Al cabo, su madre lo llevó al médico porque lo veía cada día más pálido y agotado. El diagnóstico fue de leucemia linfoblástica aguda por linfocitos B. El pronóstico y la evolución clínica permiten vislumbrar un final fatal.

La familia asedia casi a diario al médico de cabecera, que es más accesible que el oncólogo. Quiere entender todo, el porqué de la enfermedad, de la afectación de su hijo, el uso y probables complicaciones de cada medicamento, la interpretación de los distintos síntomas, el pronóstico, el significado de cada decisión clínica, etc. El médico general mantiene un fluido contacto con el Servicio de Oncología hospitalario, y de hecho colabora para administrar el tratamiento a domicilio. Pero no hay posibilidades de responder a la angustia de los padres, a su ansia de saber y de intentar racionalizar todo el proceso del enfermar y de su atención. A la mayoría de sus preguntas tiene que responder "no lo sé", "no lo sabemos", "no hay conocimiento científico al respecto".

Al responder con honradez y conocimiento el médico tiene cuidado para no hacer perder la esperanza a la familia, que ya piensa en llevar al niño "a Houston", "que allí fue el hijo de un amigo de nuestro cuñado y lo curaron". El caso de su hijo es distinto, y las posibilidades de curación son remotas. Por supuesto, a veces los padres piden medicamentos y pautas esotéricas que "hemos visto en Internet".

El médico de cabecera entiende el agobio de unos padres que ven morir a un hijo, cuando "ahora todo se cura". Intenta reconducir dicho agobio de forma que el niño reciba indirectamente el apoyo de sus padres, y que en el hogar haya algo de la alegría y de la esperanza que se precisa en situaciones tremendas de este estilo. No es fácil. Si lo logra, dura poco. En seguida hay un familiar o un amigo que remueve todo con una promesa leída o vista o conocida en cualquier lugar extraño. Se precisa mucho conocimiento científico y clínico para conservar la confianza del niño y de sus padres, para no perder energías (y dinero) en la búsqueda de imposibles. Las éticas de la negativa y de la ignorancia son muletas imprescindibles para poner orden en el caos sin solución.

Finalmente el niño muere. El duelo es duro, y especialmente la madre no cesa en sus preguntas sin respuestas. Con paciencia y buen saber, el médico de cabecera aprovecha el paso del tiempo para ayudar a que se recomponga la familia, donde queda un hermano menor, y dos adultos (los padres) con una vida entera por delante.

Comentario: Los médicos son ignorantes en muchas cuestiones y situaciones y, sin embargo, se ven obligados a tomar decisiones, muchas veces en condiciones de gran incertidumbre. La ignorancia no es, pues, óbice para la inacción, ni para la imposición sin explicaciones sobre el proceso diagnóstico y terapéutico. Los pacientes, las instituciones y la sociedad precisan de un médico juicioso, con al menos "dos cabezas", gran formación, capacidad para negar, competencia para reconocer su ignorancia, y con un gran corazón.

Hay médicos charlatanes y negociantes que ofrecen milagros imposibles. Y existe una sociedad y una población deseando ser embaucada para creer en una ciencia sanitaria que llega a ser religión de la salud. La colusión de los intereses de estos grupos se potencia con los de las distintas industrias que hacen negocio (farmacéuticas, tecnológicas, alimentarias, de gestión y otras), de forma que el resultado es explosivo.

A veces cuesta creer lo que dice, propone y hace el médico honrado y bien formado. Su postura ética respecto a la negativa y a la ignorancia puede llegar a ser rechazada. Es humano esperar que la Ciencia y la Medicina logren milagros, puesto que ya hacen muchos; por ejemplo, operar a fetos, vacunar contra la poliomielitis o rehabilitar tras fractura de húmero. Pero tienen límites, no son omnipotentes.

Conviene ejercer con las éticas de la negativa y de la ignorancia, de forma que los pacientes sean conscientes de las posibilidades de las intervenciones médicas. A los propios médicos les conviene ser humildes y evitar la arrogancia. Eso no significa negar los inmensos beneficios de los nuevos conocimientos y técnicas. Al contrario, se trata de estar al día, de valorar en su justo término lo nuevo para adoptarlo, al tiempo que se abandonan las prácticas obsoletas. No es fácil ofrecer lo mejor de lo nuevo y de lo antiguo, pero se precisa conseguirlo si se pretende ejercer una Medicina Armónica, con clemencia, decencia y sensatez.

Habitualmente existe un abismo entre lo que hacen y podrían hacer los médicos. Es decir, hay un abismo entre la eficacia y la efectividad. Los médicos siguen haciendo cosas que sabemos que "no compensan" (por inútiles, por peligrosas y/o por obsoletas al existir mejor alternativa) y no hacen cosas que compensan (por beneficiosas, por tener mejor perfil de daños y de precio que las alternativas y/o por resolver problemas ante los que estábamos inermes).

Pues bien, las éticas de la negativa y de la ignorancia permiten salvar dicho abismo con moderación, seguridad y sentido común. Por ejemplo, no se trata de utilizar el último medicamento aparecido en el mercado sino de apreciar lo que significa en el conjunto de los pacientes y en el paciente individual en que podría mejorar su calidad de vida y/o su pronóstico vital. En general, en este caso concreto, la norma es "no emplear un nuevo medicamento, salvo excepciones, hasta que lleve 10 años en el mercado". Cumplir prudentemente con dicha norma exige mucha ética de la negativa y de la ignorancia; es decir, mucho conocimiento y mucha capacidad de comunicación.

3 Tercera clave: Ternura y compasión, además de empatía y cortesía

En la práctica clínica se precisa compasión, cortesía, piedad y ternura con los pacientes y sus familiares, con los compañeros, con los gestores y políticos y con uno mismo.

Lo que guía a los médicos es el sufrimiento del paciente y de sus familiares. Los médicos obtienen un refuerzo positivo, y un aumento de la autoestima, cuando dan respuesta a dicho sufrimiento (8). La transformación del estudiante de primero de medicina en médico depende del establecimiento de los mecanismos que permiten llevar a cabo tal proceso.

El sufrimiento del paciente y de sus familiares conmueve a los profesionales sanitarios, y a los seres humanos en general. Pero los profesionales sanitarios son los que tienen la capacidad científica y técnica, y la legitimidad social, para dar respuesta al sufrimiento.

El conjunto de la actividad médica, desde la prevención a la rehabilitación, y el acompañar para lograr una muerte digna, tiene por objetivo paliar o evitar el sufrimiento humano. El estudiante de medicina adquiere conocimientos y técnicas, habilidades y capacidades, pero también actitudes para enfrentarse al sufrimiento. Finalmente se convierte en médico, en un profesional sanitario altamente capacitado, que requiere años de formación reglada y precisa de formación continuada de por vida, capaz de tomar decisiones rápidas, en situaciones de gran incertidumbre, y que generalmente acierta.

El médico responde al sufrimiento y, para valorarlo, precisa de una cierta lejanía sentimental, de alguna "distancia". Es lo que llamamos "distancia terapéutica". Por ejemplo, ante los familiares y amigos cercanos, el médico pierde esa "distancia", no puede valorar apropiadamente el sufrimiento y no debería ejercer profesionalmente. La distancia terapéutica no impide el ejercer una Medicina Armónica, con compasión, cortesía, piedad y ternura.

La distancia terapéutica es sólo un "seguro", una forma de lograr serenidad en la respuesta al sufrimiento humano. La diferencia entre el profesional y el lego es justo esa capacidad de ver el problema con objetividad, ese ser capaz de calcular beneficios y daños y de ofrecer alternativas al paciente y a sus familiares. El médico lo hace no sólo por su formación específica, sino también por su "costumbre" de enfrentarse a situaciones semejantes, por su capacidad para verlas en su contexto, sin implicarse con sentimientos tipo amistad o amor, que confunden en la toma de decisiones, especialmente en las condiciones clínicas habituales. Por ello, el médico no debería ser nunca "amigo" de sus pacientes, y si algún paciente llega a ser amigo de verdad, debería cambiar de médico.

Lamentablemente, la distancia terapéutica puede transformarse en "frialidad terapéutica". Es decir, el estudiante puede aprender a evitar todo sentimiento en la toma de decisiones, como si su trabajo fuera "neutral", rutinario, de robot. Apoyan y refuerzan esta actitud los protocolos, algoritmos y guías clínicas centradas en las enfermedades y factores de riesgo, tomados de uno en uno, sin consideraciones apenas acerca de la complejidad humana. Mal entendida, la distancia terapéutica sirve para transformar al paciente en "cosa", en pura enfermedad. Pareciera que el paciente sólo tiene diabetes, por ejemplo, sin consideración alguna sobre sus otros problemas de salud, ni sobre su situación social, familiar y laboral, sus costumbres, y sus expectativas personales.

Los estudiantes, los residentes y los médicos clínicos pueden verse tentados por esa "frialidad terapéutica" que permite tomar decisiones sin implicaciones, como si ser profesional fuera eso mismo, el ser "insensible" al sufrimiento. Es una actitud que, desde luego, convierte al trabajo en rutina, al paciente en cosa y al profesional en máquina. Se pierden valores clínicos y sociales centrales, como la implicación personal en el trabajo, el compromiso con los pacientes, la compasión, la cortesía, la piedad y la ternura. En conjunto, se resiente la dignidad del trabajo, la dignidad de los pacientes y familiares, y la dignidad del médico. Es decir, con la "frialidad terapéutica" la práctica clínica se vuelve indigna (9,10).

Tener compasión del paciente y de sus familiares es entender su sufrimiento y desear ayudar a resolverlo. La compasión va más allá de la empatía, pues ésta es una forma de inteligencia, de capacidad cognitiva, de "entender inteligentemente", mientras la compasión se refiere a un nivel más básico, de solidaridad ante el sufrimiento. La compasión es un sentimiento, no un conocimiento.

Trabajar con cortesía es respetar las buenas costumbres, según la cultura y situación del paciente (11). Por ejemplo, no es la misma la cortesía con un niño que con un anciano, ni con una adolescente a la que se conoce desde que nació que con una adolescente extranjera en su primera consulta. Pero en todos los casos hay que buscar que el paciente se sienta cómodo y relajado, con libertad para expresarse al ser tratado con la deferencia apropiada. Cortesía es en parte etiqueta, dar la mano o tratar de usted al anciano, por ejemplo, pero como una forma de expresar reconocimiento, no como mecanismo para establecer barreras.

Trabajar con piedad es reconocer el impacto del sufrimiento en el paciente y sus familiares y tener conmiseración. La enfermedad cambia el curso de la vida de los pacientes. Ser enfermo es volverse frágil, es perder la integridad física y/o mental que caracteriza al ser humano. La piedad permite tener clemencia, entender lo que significa la enfermedad en el devenir personal, familiar, laboral y social del paciente. La piedad es también importante con los compañeros, y con uno mismo, pues enfrentarse al sufrimiento, el dolor y la muerte de los pacientes no es fácil, y cambia y afecta a los médicos en formas a veces sutiles, a veces evidentes. Al trabajar con piedad se reconoce ese constante impacto del sufrimiento y se cumplen más fácilmente los deberes, que implican compromiso y exigencia ética y profesional. La piedad se demuestra, por ejemplo, en las consultas

en las que el paciente llora, y en general en las "consultas sagradas" (12).

Trabajar con ternura es tener una actitud de reconocimiento del "otro" (paciente y sus familiares) como humano doliente, que precisa de un afecto y delicadeza especiales. Es, en un ejemplo, dar la mano (por cortesía), pero dar un apretón cálido, que diga "aquí estoy, tengo formación y capacidad para ayudarle a seleccionar la mejor alternativa y, además, para hacerlo con cercanía, sencillez y sinceridad, con el calor de un humano que identifica a otro humano que sufre". Equivocadamente, la ternura sólo suele esperarse y/o exigirse en las relaciones amorosas, pero justo el paciente y sus familiares necesitan ternura a chorro, y negarla es un error. El médico que trabaja con ternura, sin darse cuenta, pone buen cemento que liga sus decisiones clínicas a las expectativas de los pacientes y, por consecuencia, tiene mayor probabilidad de éxito profesional.

Caso clínico. Es domingo por la mañana, 1 de enero, la ciudad está aparentemente muerta. Acaba de morir en su casa Victoriano, anciano de 93 años, con alta voluntaria tras acudir a urgencias al hospital por una fractura de cuello de fémur, por caída. El cuadro se complicó y la familia y el propio Victoriano decidieron la vuelta a casa, a seguir cuidando allí sus metástasis de cáncer de hígado. Andrea, la mujer de Victoriano, llama a la casa de su médico de cabecera, quien le había dejado el número, en previsión de un fatal desenlace a hora "inapropiada". Son las 10 de la mañana, y el teléfono suena y resuena, como algo extraño e insólito. Antonio, el médico de Victoriano y Andrea, descuelga el teléfono esperando la triste noticia. Se viste (la mujer regruñe, todavía en la cama; los chicos no se han despertado) y acude al domicilio. Acepta una taza de café, en el cuarto de estar, y charla con la familia, antes de firmar el certificado. Están presentes Andrea, sus hijos (tres) y esposas, y algunos familiares y vecinos. Sin darle importancia dice a Andrea, en forma que todos le oigan: "Envidio a Victoriano, que ha tenido a una mujer de su fortaleza y bondad en la vida, la enfermedad y la muerte. Victoriano tuvo una vida plena, y una muerte "sana" gracias a usted".

Victoriano fue maestro, y empezó como tal en tiempos de la República, con 18 años, justo antes de empezar la Guerra Civil. Victoriano, hombre de izquierdas, sufrió un calvario en la post-guerra. Se casó con Andrea y pudo mantener la familia con trabajos esporádicos y la

ayuda de la familia, hasta que logró su "rehabilitación". Victoriano fue un hombre sano, de costumbres regulares, con su trabajo que le satisfacía, su peña de amigos para jugar a las cartas y su sociedad de cazadores para llevar el coto del pueblo donde nació. Hasta la jubilación no tuvo más que dolores de espalda ocasionales y catarros varios. Posteriormente empezó con los síntomas hepáticos que llevaron al diagnóstico de carcinoma hepatocelular, sobre una cirrosis hepática por hemocromatosis silente. Con todo, la evolución fue tórpida, de casi 15 años, de forma que Victoriano pudo seguir disfrutando de la familia (especialmente de los siete nietos) y de la vida. En ello fue central el papel de Andrea, su esposa, que le quería, y entre otras cosas rutinarias aseguraba el cumplimiento de las complicadas pautas terapéuticas y de las citas para consultas y pruebas.

Este caso es un ejemplo de excelente cooperación entre el nivel hospitalario y el de primaria. Los tratamientos se ajustaron para ser tolerables, eligiendo los regímenes menos agresivos, y en todo momento Victoriano y Andrea participaron con su médico de cabecera en las decisiones más importantes, como la intensidad del tratamiento y demás.

Hubo participación de los hijos, tanto para apoyar a su padre como por el problema de la hemocromatosis, que al principio creó gran alarma. Además, cooperaban en las tareas para mantener el hogar "funcionando", de forma que no era raro que aprovecharan por turnos un fin de semana para dar un repaso a fondo y limpiar la casa, o pintar la cocina, si se necesitaba.

Antonio, el médico de cabecera, conoció a la pareja muy tardíamente, cuando ya los hijos se habían independizado. Estableció buenas relaciones tanto por su profesionalidad como por su compromiso. Antonio piensa que los pacientes precisan tanto de cariño como de ciencia, y eso se le nota en todo. De ahí su cooperación para lograr una muerte digna, sus visitas domiciliarias diarias para controlar los síntomas de Victoriano y para dar apoyo moral a Andrea. De ahí el dar el número de teléfono, "por si necesita, antes de llamar a urgencias, o por si se tuercen las cosas y hay que firmar el certificado a deshora".

Comentario: El sufrimiento y la muerte del ser humano conmueve a los demás miembros de "la tribu". La respuesta del médico no puede ser puramente científica y técnica; además, debe

ser "humana". Es decir, debe ejercer una Medicina Armónica, con compasión, cortesía, piedad y ternura. La calidad científica y técnica es exigible como básica y necesaria, pero no hay calidad en la atención clínica sin calidad humana. Va en ello la dignidad del paciente y sus familiares y la dignidad del propio médico.

Los médicos tienen una profesión durísima, y simultáneamente maravillosa. A ellos les está permitido traspasar las barreras de la piel y del espíritu, a ellos se les abren las puertas de los domicilios y de las familias. Nadie acumula tantos secretos inconfesables como un médico. Nadie tiene tantas oportunidades de hacer profesionalmente el bien en niveles tan profundos, del cuerpo y del alma.

Para cumplir con su misión los médicos precisan trabajar con compasión, cortesía, piedad y ternura. Los pacientes se enfrentan sin remedio al enfermar y a la muerte, y los médicos sólo pueden ofrecer alternativas que minimicen (en raras ocasiones que eviten por completo) los daños. Pero el asunto no es meramente científico y técnico, sino sobre todo humano. De hecho, no hay calidad en la prestación de servicios sanitarios sin calidad humana; la calidad científica y técnica es sólo condición necesaria, pero no suficiente.

Los médicos tienen un compromiso con sus pacientes. Al aceptar un paciente en la consulta, en urgencias, en la cama del hospital, en el quirófano, en el domicilio del propio paciente o donde sea, se establece una relación que inicia una "conexión" especialísima, que los economistas han estudiado como "relación de agencia". El médico actúa y propone soluciones como si fuera el propio paciente con los conocimientos necesarios para ello.

En realidad, la relación es más que "de agencia". La relación es entre un ser que sufre y un profesional que puede ofrecer alternativas para curar, aliviar o acompañar ese sufrimiento. El médico acepta un compromiso de seguimiento, de ofrecer lo mejor según las circunstancias y las expectativas del paciente. Ese compromiso es mucho más que profesional, es humano, de reconocimiento de la fragilidad del paciente y del impacto de la enfermedad en su vida.

No basta con trabajar según la mejor ciencia, pues cada paciente padece y vive la enfermedad en forma única, cada paciente tiene una "enfermedad rara", tan rara que nadie en el mundo la sufre

igual. Dicen, y dicen bien, que no hay enfermedades sino enfermos. Las enfermedades no existen por sí mismas, por más que en los textos se consideren como entidades autónomas. No hay enfermedades flotando como ánimas en pena, deseando abducir cuerpos y/o almas para hacerse presentes. Existen procesos semejantes, que se pueden abstraer mentalmente y que permiten designar con una etiqueta (diagnóstico) a entidades artificiales, definidas de forma que podemos identificarlas en paciente distintos. Los pacientes son los que padecen y expresan las enfermedades, y al hacerlo reflejan su personalidad, cultura e historia vital. Para dar respuesta adecuada, el médico precisa ejercer Medicina Armónica y trabajar con compasión, cortesía, piedad y ternura.

Corolario: Medicina Armónica, para el profesional y para el profesionalismo

Puesto que no existen enfermedades sino enfermos, lo clave para el médico es ejercer una Medicina Armónica, en el sentido de equilibrada en su componente científico y humano, y ajustada en su respuesta global a las necesidades del paciente como persona. Esta forma de ejercer es responsabilidad última del médico clínico, pero dicha responsabilidad individual se entremezcla con los compromisos y deberes de profesores, investigadores, gestores y políticos. Es decir, la Medicina Armónica debería "infiltrar" un profesionalismo exigente, capaz de movilizar a todos los médicos en pro de un compromiso clínico y social del conjunto de la profesión.

La Medicina Armónica busca la concordancia con el paciente, de forma que el médico y el paciente analicen las ventajas e inconvenientes de las alternativas posibles (eficacia), y elijan las más adecuadas al paciente y a su situación y que causen menos daño (efectividad), sin olvidar siempre el punto de vista de la sociedad (eficiencia).

Se trata, pues, de ejercer una Medicina Armónica, con moderación, sin hacer daño (o el mínimo posible, en cumplimiento del *primum non nocere*) y con sentido común. Es decir, el objetivo es ofrecer una atención clínica clemente (moderada), segura (decente, con prevención cuaternaria) y sensata (sentido común). Para ello se precisa una formación de pre y postgrado, y continuada, basada en las pruebas, la modestia y la afectividad. La Medicina Armónica es cuestión del médico clínico, pero también del profesionalismo en su conjunto.

En nuestra opinión, hay al menos tres claves para ejercer tal Medicina Armónica:

1. Comprender y aceptar que el objetivo sanitario no es disminuir morbilidad y muertes en general, sino la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Se trata de valorar "lo deseable"; es decir, practicar una Medicina Basada en la Modestia.
2. Promover que los médicos ejerzan con dos éticas sociales fundamentales, la de la negativa y la de la ignorancia. Se trata de valorar "lo posible"; es decir, practicar una Medicina Basada en Pruebas ("en la Evidencia"). Y
3. Tener en la práctica clínica compasión, cortesía, piedad y ternura con los pacientes y sus familiares, con los compañeros, con los superiores y con uno mismo. Se trata de valorar "la espiritualidad"; es decir, practicar una Medicina Basada en la Afectividad.

EL CONTEXTO DE LA MEDICINA ARMÓNICA

<p>Contra la pulsión de buscar vanamente la inmortalidad, juventud y felicidad:</p>	<p>El médico individual debe buscar reducir la mortalidad y morbilidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable</p>	<p>Los médicos debemos reconstruir una hermandad profesional cortés, sensata y responsable: los charlatanes y engreídos no deberían tener altavoz. Trabajemos, por ello, con la Medicina Basada en la Modestia</p>
<p>Contra el acomodamiento a las peticiones del paciente y a los cantos de sirena de las amistades peligrosas y los gestores y políticos desorientados:</p>	<p>El médico individual debe dominar su saber para decir que no cuando corresponde, aunque con cortesía. También debe ser capaz de reconocer su ignorancia o la de la ciencia médica.</p>	<p>Los médicos deberíamos mejorar las habilidades para afrontar un entorno adverso: aprender a endurecer la mano con más ciencia, y a poner el guante de seda de la cortesía. Necesitamos más y mejor Medicina Basada en las Pruebas ("en la Evidencia").</p>
<p>Contra la frialdad terapéutica y la robotización de la práctica clínica:</p>	<p>El médico individual debe ejercer con empatía y cortesía, pero debería reencontrar en su interior la fuerza moral para despertar la piedad, la ternura y la compasión</p>	<p>Los médicos debemos recordar que el plano afectivo no sólo da calidad, sino que evita el que nos quememos, desanuda conflictos profesionales y cura a las organizaciones enfermas de vanidad. Precisamos más y mejor Medicina Basada en la Afectividad</p>

Referencias

1. Kuehle T, Sghedoni D; Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. [Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte]. Primary Care. 2010; 10: 3504.
2. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. Med Clin (Barc). 1988;90:399403.
3. Hasting Center. Los fines de la Medicina. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas; 2004.
<http://www.fundaciogrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/dD10/ / /5v5/11LosfinesdelamedicinaTheGoalsOfMedicine.html>
4. Abrams FR. The doctor with two heads. The patient versus the costs. N Engl J Med. 1993;328:9756.
5. Hampton JR. The end of clinical freedom. BMJ. 1983;287:12378.
6. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. Visión profesional desde la Medicina General. El Médico, 14-2-2005, 1114.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M. Falsas promesas de eterna juventud en el siglo XXI. Gilgamesh redivivo. FMC. 2008;15:13.
8. Gérvas, J. Gobierno clínico de la clínica diaria. En: El buen gobierno sanitario. Ortún, V. (coordinador). Madrid: Springer Healthcare Communicating; 2009. pág. 27-46.
9. Borrell Carrio F. Entrevista clínica. Manual de estrategias y prácticas. Barcelona: SEMFYC; 2004.
10. Gérvas J. La dignidad del trabajo clínico existe allí donde ejerce un médico cercano, científico y humano. 2005. Disponible en: www.imaced.org.uy/digntabajomed.pdf
11. Kahn MW. Etiquette Based Medicine. N Engl J Med. 2008;358:198-89.
12. Gérvas J, Pérez Fernández M, Gutierrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. Aten Primaria. 2009; 41(1): 41-4.