

MEDICINA Y PERSONA

Ética y Cirugía

J. Cañadell*

En nuestros días cabe afirmar que, en nuestra profesión, la *ética* ha sido relegada a un plano secundario. Desearía que esta afirmación fuera objetivamente exagerada; pero me temo que la avalan tal cantidad de datos significativos, que resulta casi incontrovertible.

Por ejemplo, paradójicamente, al tiempo que se intentan mejorar las enseñanzas médicas y se destinan ingentes cantidades de recursos y de imaginación a la actualización continua de los conocimientos de los profesionales, una asignatura clave, la *deontología*, ha desaparecido de los planes de estudio o ha sido reducida, "para cubrir formas", a unas cuantas conferencias que son recibidas con indiferencia y hasta con desdén, y que —desde luego— rara vez motivan a abordarlas con la intensidad necesaria para aprenderlas de un modo medianamente serio.

Tal actitud pasiva —cuando no de rechazo— tiene, al menos, dos causas aparentes. La primera, que la ética no se investiga ni se enseña con rigor científico (es decir: fundamentada en la búsqueda tenaz del conocimiento por las causas), sino que es cauce de simples "opiniones", o de "sentimientos" de algún "buen corazón"; lo cual, naturalmente, no es fácil que resulte atractivo para quienes, como es el caso de los estudiantes universitarios, acuden a las aulas en busca de conocimientos "serios".

La segunda causa de la actitud pasiva referida, es el relativismo ético imperante. Pues —claro está— si se comienza por negar la existencia de normas *objetivas*, ¿qué sentido tendría prestar una atención, siquiera mínima, a su estudio? La única actitud lógica es que cada uno actúe al dictado de su personalísimo criterio. Y así ocurre, en efecto: el subjetivismo más tajante arraiga a

la sombra del relativismo, y *la verdad* es desplazada por lo que cada uno llama *su verdad*. Y, puesto que no hay razón ninguna para que la *verdad de alguien* prevalezca sobre la de cualquier otro, se cierra el círculo: el subjetivismo generado por el relativismo realimenta a éste... Luego me detendré en el análisis de este singular fenómeno.

Adelantaré, sin embargo, una consideración que estimo fundamental. La quiebra de la *Ética* objetiva, cimentada en la ontología, se intenta a veces subsanar a base de positivismo: sería "ético" lo permitido por el legislador. Semejante postura es el punto de arribada inevitable en cualquier sociedad ávida de un mínimo de orden pero desconectada del sentido de lo trascendente; pues, si se rechaza la posibilidad misma de que existan normas superiores a la voluntad de cualquier hombre, y se quiere evitar, por otro lado, la anarquía del subjetivismo radical, cabe únicamente erigir en premisa del comportamiento la expresión —real o supuesta— de la "voluntad colectiva", es decir, la ley positiva. Con lo que la anarquía del subjetivismo cede el paso a otro mal, con frecuencia más grave: la tiranía del positivismo. Pues ya Cromwell decía que "el Parlamento puede hacerlo todo, menos cambiar a un hombre en mujer", y es verdad: el Parlamento, la ley positiva, puede —por ejemplo— legitimizar asesinatos (al despenalizar el aborto o autorizar la eutanasia) y penalizar, como rebeldes a la Ley, a quienes se niegan a aplicarlos.

La intención de estas páginas es exponer algunas ideas que ojalá sirvan de estímulo y norte a nuestro quehacer profesional. Dividiré mi exposición en tres partes: la primera, sobre la génesis del relativismo, causa central —a mi entender— del deterioro de la *ética*; en la segunda, recordaré tres principios que considero decisivos para la orientación de los quehaceres médicos; en la tercera, en fin, intentaré deducir conclusiones prácticas de diverso tipo.

* Jefe del Departamento de Cirugía Ortopédica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

I. La génesis del relativismo

Decía Niemeyer que nuestra época es "la era del hombre autónomo", como otras fueron "la era de la razón" o "el siglo de las luces". La autonomía es entendida como rechazo de cualquier norma objetiva superior; arrumba el principio aristotélico según el cual es bueno "lo que se ajusta a la naturaleza", y el socrático que ve en Dios "la medida de todas las cosas"; así, la autonomía deifica la arbitraria voluntad del hombre.

A partir de ahí, se derrumba inevitablemente la universalidad de cualquier norma; pues, como antes decía, no hay ninguna otra razón para que *mi* voluntad deba subordinarse a cualquier otra: la voluntad *individual* y su despliegue máximo constituye el único principio aceptable para la ordenación de la conducta.

En buena parte ha contribuido a esta situación el menosprecio de la ontología, que sistematizó los hallazgos de casi dos mil años de esfuerzo intelectual en busca de la comprensión del ser, de las realidades esenciales, de las claves para la interpretación del mundo, de los fundamentos de la ética objetiva. Todo eso es visto hoy como un "pasado muerto", un horrendo bagaje de normas apriorísticas que frenan el avance del hombre y de la sociedad. Y entonces el objeto de la pesquisa intelectual ya no es "el ser", sino los sentimientos, emociones, tendencias y reacciones observables en los planos individual y colectivo. Al convertir las ciencias que tratan de estos aspectos en "clave del arco", como sustitutivas y no simplemente como complementarias de la ontología y de la metafísica, se desencadena un fenómeno que mina fácilmente las asignaturas normativas: *el Derecho y la Ética*.

Puede verse así, que el actual arrumbamiento de la ética no es un simple accidente más o menos casual. Tiene un origen claro, de solución no fácil. Afortunadamente, nada de esto ocurre cuando el ánimo está pronto para la búsqueda de las verdades esenciales, y es receptivo a ellas y a las exigencias que comportan.

II. Tres principios básicos

Ante todo, enunciaré tres principios que, a mi modo de ver, dan sentido a nuestra profesión y tienen continuas repercusiones prácticas en ella.

Primer principio

Ninguna acción médica es éticamente indiferente, *realizarla mal es inevitablemente un atentado a la ética*.

Por eso, es obligación grave de cualquier médico *trabajar bien*. El trabajo mal hecho contradice en todo caso las exigencias más elementales de la ética; pero, en nuestro caso, la contradicción adquiere tintes especialmente graves, porque afecta de modo muy directo a seres humanos. En consecuencia, y puesto que los saberes médicos no se improvisan ni se intuyen, éticamente es obligatorio adquirir —durante los años universitarios— una formación técnico-científica adecuada, y preocuparse luego de actualizarla permanentemente. Sólo así se puede ser "un buen profesional". Pero conviene aclarar que la formación técnico-científica no basta: la deontología, que también tiene dimensión

científica, debe ser estudiada con profundidad bastante para que sus principios se hagan connaturales a quien debe aplicarlos; de lo contrario, habrá ocasiones (luego volveré sobre este tema) en que quedará bloqueado en su actuación.

Ya Ambrosio Paré, el cirujano del Renacimiento, señala en su apología que ciencia sin conciencia es la ruina del médico. Y Gregorio Marañón, de buen talante liberal, se manifestaba en igual sentido en su ensayo "Vocación y ética".

Segundo principio

La actuación médica no es simplemente "arte". Lo recordaba hace poco. La obra de un artista se valora por su perfección objetiva; el cuadro, la escultura, la pintura o el poema que un artista realiza pueden ser magníficos, con absoluta independencia de las cualidades personales o del comportamiento ético del artista mismo. En el caso del médico, cuya obra es acción sobre seres humanos, la valoración no puede limitarse a la calidad técnica (es decir, a la *techné*, al "arte") de lo realizado. Porque la consideración del médico como simple "artista" termina siendo un atentado contra su dignidad y contra la del enfermo.

Una de las razones que suelen esgrimirse en favor de la legalización del aborto es la siguiente: si no es legal, lo realizan —en la clandestinidad— embaucadores sin "arte", sin dominio de la técnica, lo que conlleva riesgos evidentes para la embarazada; es así que el cirujano posee "arte" y podría, por tanto, practicarlo si el aborto se legalizara; luego debe ser legalizado. Eso es tanto como pretender la instrumentalización del médico en función de su saber "artístico", por una sociedad que se cree facultada para exigir que lo ponga a su servicio del modo que la propia sociedad estime conveniente, ignorando la dignidad humana de los miembros de la clase médica. El que se incluya en la legislación la cláusula de conciencia, no aminora el insulto (a la profesión entera). Otro problema parecido se plantea, por ejemplo, cuando el médico se presta a la esterilización de parte de la población, por orden del gobernante, por motivos socioeconómicos o parecidos.

La medicina tiene como objeto seres humanos. Y éste es un hecho que jamás puede olvidarse sin que la medicina pierda caracteres sustanciales. No puede olvidarse, ni siquiera cuando el médico percibe que el paciente le contempla como a un simple "técnico de mantenimiento" de esa compleja maquinaria que es el organismo humano y no espera ni exige más de él. Jamás el médico puede hacer el juego a este planteamiento y mirar al enfermo como un simple mecanismo biológico averiado.

¿Por qué no? Pura y simplemente, porque no lo es. El hombre es algo tan valioso, que resulta de todo punto incompatible con su dignidad el olvidarlo al atenderle. Naturalmente, esta afirmación comporta una determinada concepción antropológica, de acuerdo con la cual el ser humano es criatura de Dios con un destino trascendente; porque de lo contrario —es decir, si yo creyera que el hombre es sólo una máquina biológica inmanente— carecería de fuerza moral para apuntar exigencias como las que apunto. No ignoro que cualquier materialista podría argüir que parto de un "prejuicio", y que esta concepción del hombre no es universalmente

compartida. Es verdad. Pero el hombre es "lo que es", y no "lo que cada uno piense que es"; y si se acierta a conocerlo, las exigencias objetivas deducibles del concepto contribuirán, si se respetan, a la perfección del hombre mismo; si, por el contrario, no se acierta en esa exploración antropológica, destruiremos al hombre inevitablemente, por excelente que sea nuestra voluntad. Este desafío de la naturaleza a la humanidad pensante es de importancia radical. Y en temas de tamaña envergadura sería gravemente irresponsable adoptar posturas que repercutieran desfavorablemente en el trato del enfermo, invocando como coartada que "el asunto es discutible y discutido". Porque, a la pregunta "¿y si el hombre no es más que un trozo de materia, con el que no hay por qué andar con especiales miramientos?", cabe preguntarle, al menos: "¿Y si lo es?". La respuesta es sencilla: "Si lo es y lo hemos ignorado en la práctica, no hemos hecho medicina sino otra cosa que quizá tiene en cierto modo su apariencia.

Tercer principio

La actuación deontológica debe ser connatural al médico. La razón es sencilla: en muchos casos, el médico se ve forzado a tomar decisiones importantes, sin posibilidad de consultar a quien pudiera valorar éticamente cada una de las actuaciones que se le ofrecen como opciones. Por lo tanto, él mismo debe estar hondamente impregnado de los principios deontológicos informadores de su conducta, para poder aplicarlos efectivamente, incluso en situaciones en que el apremio y la gravedad turben el ánimo e impidan la reflexión pausada.

Para que afloren en el momento necesario debe haber atesorado previamente estos principios, pues como decía nuestro poeta Antonio Machado: "Para que el vaso rebose hay que llenarlo primero". Por otra parte, no hay ningún caso que fuerce necesariamente a adoptar conductas éticamente reprobables. Siempre existe una solución correcta, aunque a veces no sea fácil encontrarla. La equivocación es siempre un riesgo que pesa sobre quien actúa, y reducir su margen de posibilidad es una obligación grave para él. Tal reducción es fruto, entre otras cosas, de la compenetración "connatural" del médico en la ética.

III. Implicaciones éticas de la acción quirúrgica

Sería empeño inútil intentar agotar la casuística ética de las intervenciones quirúrgicas. Pero es posible e interesante repasar algunos de los factores que han de tenerse en cuenta en nuestro quehacer, para garantizar su integridad moral. Voy a referirme, en concreto, a los siguientes: la naturaleza de la intervención misma, las peculiaridades del enfermo, algunas actitudes esenciales del médico, y, en fin, la relación con los colegas.

La intervención quirúrgica

Cada intervención quirúrgica tiene una *finalidad*, una *importancia* y un *grado de riesgo diferentes*. Todas estas variables han de sopesarse cuidadosamente en cada caso. Por supuesto, se presentan fundidas en la



vida real, y su ponderación será conjunta en ella. Pero, conceptualmente, se pueden analizar por separado. Pondré algunos ejemplos:

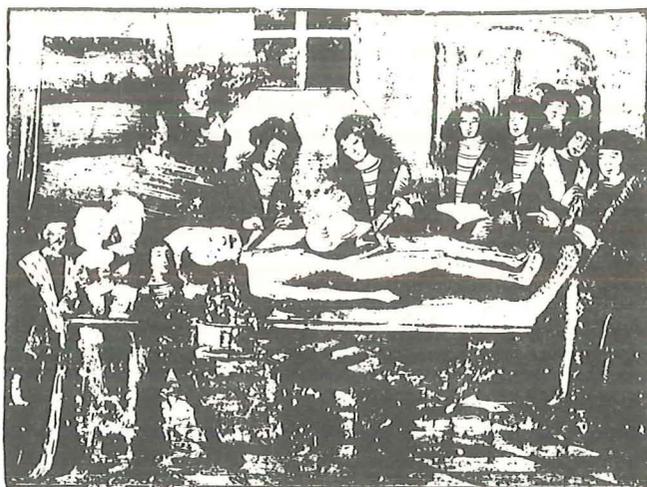
La finalidad

En un caso será salvar la vida, en otro la salud. En otras ocasiones, se pretende la simple mejora de una función determinada, que puede afectar al desarrollo armónico global de un individuo, como es el caso de la corrección de defectos que comportan minusvalías físicas o laborales. Y, en fin, el objetivo de otras intervenciones es mejorar la estética, en beneficio del equilibrio interior y de las relaciones interpersonales del paciente.

Todos estos fines bien distintos tienen como común denominador ser fines honestos, pero otros pueden no serlo, como la petición de esterilización para fines egoístas u otras peticiones más sofisticadas.

Valga de ello un ejemplo:

El hecho ocurrió por ser presentada, en un juzgado inglés, la petición de matrimonio de un varón y de uno que decía que había dejado de serlo debido a una intervención plástica en genitales externos con vaginoplastia, prótesis mamaria subpectoral de aumento y depilación eléctrica de vello. De esto hace tres años, y el Parlamento británico sometió a legislación la posibilidad de casarse dos hombres. La posibilidad de contraer matrimonio fue aceptada, así como la de cambio de sexo de un varón a hembra, sin presentar previamente trastornos cromosómicos, hormonales, ni de intersexo, solamente por motivos llamados psicológicos.



Ya veis, pues (y perdonad el inciso), que el Parlamento de hoy se atribuye poderes que ni soñó Oliverio Cromwell.

Otro factor a valorar en la decisión de una intervención es que la importancia de cada una de las intervenciones es evidentemente distinta. Como lo es, por ejemplo, la de la extirpación de una pequeña área de piel para un injerto, la de una prótesis total de cadera y la de una cuartectomía en un tumor maligno de iliaco, por ejemplo.

Y, por supuesto, no es lo mismo —por lo que al *grado de riesgo* se refiere— una operación que requiere una leve anestesia local, que la que exige someter al paciente a largas horas de anestesia.

En la valoración del riesgo, es indispensable ponderar —además— otros factores tales como la formación teórica y práctica del cirujano, los medios técnicos de que dispone, las condiciones higiénicas del local, el estado físico del paciente, etc., que por sí mismos pueden matizar el riesgo operatorio.

La combinación de estos tres factores (*naturaleza, importancia y riesgo* de la intervención) da lugar a un número inmenso de situaciones, que sería imposible recopilar exhaustivamente para la orientación ética del médico.

Ante tamaño cúmulo de posibilidades, la casuística resulta inoperante: el único remedio es —repito una vez más— que el médico cuente con una formación ética seria.

El enfermo

Son varias las cuestiones que pueden plantearse en relación con el enfermo. Me referiré a las que considero más importantes desde el punto de vista que ahora nos ocupa.

Primera: el derecho que el enfermo tiene a someterse a una intervención quirúrgica ¿es absoluto, es decir: puede imponerse al médico como exigencia en cualquier caso? Evidentemente, no. Lo contrario supondría que el médico tendría que operar al paciente que se lo pidiera, incluso cuando la intervención contradijera sus principios éticos o los de la Ciencia médica.

Segunda: ¿hasta qué punto está obligado un paciente a someterse a una intervención quirúrgica aconsejada

por un cirujano de reconocida valía profesional? Aquí nos topamos con el tema de los medios ordinarios y los extraordinarios. Cualquier persona está obligada —como es sabido— a utilizar los medios ordinarios necesarios para conservar su salud; y esa obligación no se extiende a los extraordinarios. En ocasiones, sin embargo, no resulta fácil distinguir unos de otros, porque son conceptos relativos, y habrá que juzgar según las circunstancias: las ya referidas al hablar de la naturaleza de la intervención, las también citadas a propósito de la formación del médico y de la calidad y condiciones de instalaciones y los medios, y —por supuesto— las relativas a la persona que ha de someterse a la operación, puesto que lo que podría ser ordinario para una, sería extraordinario para otra: no es lo mismo un anciano que un joven, o que un padre o una madre con hijos menores, por citar solamente unos cuantos ejemplos.

Tercera: ¿hasta dónde llega el derecho del paciente a conocer su situación? La prudencia dictará la respuesta adecuada a cada caso. Pensemos, por ejemplo, en el enfermo que ha manifestado su propósito de suicidarse si se le diagnostica un cáncer incurable; decirle que lo tiene, equivaldría a ponerle en la mano una pistola... Lo que no puede hacerse es engañar al paciente sobre la gravedad de su situación, o del riesgo que afronta al someterse a una intervención. Hay siempre formas de decir la verdad sin destruir, si se ejerce la delicadeza; y conviene recordar que —en muchos casos— la verdad se concreta pura y simplemente en que el médico *no sabe*.

Cuarta: se refiere al derecho del enfermo incurable al alivio y consuelo. El tema tiene repercusión práctica constante. *La Medicina es un servicio a los que sufren; no un medio de satisfacción de la variedad de quien la ejerce, o de autoafirmación por el éxito*. Por eso, los enfermos incurables son acreedores de la solícita atención del médico.

Respeto a la vida, respeto a la muerte

Quisiera, llegado aquí, referir unas anécdotas bien aleccionadoras sobre el respeto a la vida y el respeto a la muerte que asiste al enfermo agonizante, una es de Ambrosio Paré contada por él mismo en su apología.

“Entramos en tropel en la ciudad y pasamos por encima de los cuerpos muertos y de algunos que no lo estaban, oyéndoles clamar bajo las pezuñas de nuestros caballos; lo cual me llenó el corazón de lástima y de veras me arrepentí de haber ido desde París a ver espectáculo tan luctuoso. Entré en un establo en busca de alojamiento para mi caballo y el de mis asistentes, y allí me encontré con cuatro soldados muertos y tres que estaban arrimados a la pared, con el rostro completamente desfigurado; y no veían, ni oían, ni hablaban; y todavía les llameaban los vestidos por la pólvora que los había quemado. Estándoles yo mirando con lástima, llegó un soldado viejo, el cual me preguntó si había modo de curarlos. Respondíle que no. Al punto se acercó a ellos y los degolló de buen talante y sin enojo. *Viendo yo esta gran crueldad, le dije que era un mal hombre*. Me replicó que rogaba a Dios que, de hallarse él en tal coyuntura, pudiese dar con alguien que hiciera por él otro tanto, para no tener que agonizar miseramente.”

Como señalaba a propósito de esta historia el prof. Herranz: no se puede trazar mejor el contraste entre la finura de un espíritu y la *callosidad endurecida de un*

ambiente que, al igual que en siglos pasados, podemos por desgracia detectar en nuestros días.

Hace sólo una semana, el corresponsal de un prestigioso diario londinense daba noticia de que, en un hospital norteamericano, varios empleados de la unidad de cuidados intensivos habían estado apostando sobre qué enfermos morirían antes; el periódico señalaba que existían serios indicios de que en alguna de estas apuestas se había "hecho trampa", acortando la vida de varios pacientes. Al tenerse noticia de esto, los miembros del "staff" fueron suspendidos de sus cargos. Otra periodista, hace unos meses, comenzaba su crónica con el siguiente titular: "Los moribundos estorban. En ciertas clínicas alemanas reciben un tratamiento indigno y brutal", y pasaba la periodista a describir algunas situaciones realmente dantescas que revelaban la nula consideración que para algunos médicos y enfermeras merece la muerte.

Estos son, sin duda, dos casos límite: precisamente por eso aparecen en los periódicos. Es obvio que lo cotidiano, lo habitual, es atender con el respeto y la delicadeza que merecen los enfermos incurables, los moribundos. Pero no está de más que cada uno se replantee el tema, porque —para no llegar a situaciones aberrantes— hay que esmerarse constantemente.

Algunas actitudes esenciales del médico

Repetidamente he hecho referencia a la obligación de adquirir los conocimientos técnico-científicos y éticos precisos para el ejercicio de la profesión, y a la de actualizarlos permanentemente.

Ahora quiero decir tan sólo unas palabras sobre algunos rasgos de la actuación médica que constituyen otras tantas exigencias de la ética: me refiero a la rectitud de intención, la delicadeza, la fortaleza, la comprensión, la discreción, la compasión.

Rectitud de intención

Cuantas indicaciones quirúrgicas deban sopesarse antes de hacerlas. Operar cuando hay que operar: ya sea cesárea, o una osteosíntesis.

Delicadeza

Es tanto como finura, atención y exquisito miramiento en las palabras y en las obras, ternura, suavidad. Se manifiesta de mil modos: al preguntar para establecer la historia clínica, al explorar al paciente, respetando su pudor e intimidad; al comunicar el diagnóstico, en el momento y del modo más oportuno; al atender la dolencia, teniendo en cuenta sus circunstancias personales y familiares; al escuchar al enfermo, prestando atención —en ocasiones— a asuntos no estrictamente médicos, sino familiares, personales, laborales, etc. Nada de esto es un *plus* impropio; se trata de exigencias estrictas de lo que objetivamente significa "hacer medicina".

Fortaleza

Porque el médico debe ser capaz de exigir a sus pacientes que cooperen con el tratamiento, aunque les

cueste y hay que reconocer que son costosas muchas de nuestras prescripciones.

Comprensión

Porque es indisociable de la fortaleza. Comprender es entender, penetrar en el ánimo del otro, ponerse en su lugar, sentir con él (lo que, en definitiva, equivale a dolerse con él, compadecerse, *cum pati*). Y eso lleva a atender a cada enfermo de modo diferente, porque diferentes son unos de otros. Las generalizaciones de manual sirven escasamente, si el médico es incapaz de colmar con su disposición afectiva la brecha que en principio le separa de la intimidad profunda del paciente. Por eso, la sonrisa sincera, la palabra amable, el comentario animoso, son inseparables de la profesión médica.

La discreción

En fin, consiste en hablar cuando hay que hablar, callar cuando callar es lo adecuado, decir lo que debe ser dicho, y omitir lo que es prudente omitir. La discreción, así entendible, ha de ejercerse siempre y en relación con todos: el paciente, sus familiares, los colegas, etc. Y esta actitud —mejor, esta virtud— resulta como las anteriormente mencionadas, indispensable en el ejercicio de la profesión médica.

La humildad

Cuando las cosas andan bien y cuando las cosas andan mal, como nos recordaba Ben Eisman en su conferencia al reprobar la actitud del cirujano que frente a un fracaso clínico echa la culpa a su colega, a una información errónea, a la enfermera. Como muy bien señala una deshonestidad tan fundamental, no sólo degrada al cirujano sino que condena a los futuros pacientes de este cirujano a un funesto destino.

La compasión

La compasión es un valor humano que ha hecho más por la medicina que ningún otro. La compasión del médico no consiste solamente en la capacidad de ternura. Es específicamente la capacidad de ayudar con los remedios de la profesión. Y es, además, en la buena medicina, virtud o valor que se ha de ejercitar siempre y con todos. Hay un texto conmovedor que revela su condición universal y permanente, es un fragmento de la apología del gran Ambrosio Paré. La escena transcurre después de una ruda batalla entre franceses y españoles en el norte de Italia. El contraste entre la dureza y la crueldad de la guerra y la delicadeza y temperamento científico del médico están aquí expresados con una frescura inimitable.

"Los españoles mataron e hirieron a muchos de nuestros soldados, con alabardas, arcabuces y piedras, por donde a los cirujanos se les deparó abundante faena. Era yo en aquel entonces soldado bisoño, y no había visto aún heridas de bala en la primera cura. Verdad es que había leído yo en Jaén de Vigo, libro primero, "De

las heridas en general", capítulo VIII, que las heridas hechas por armas de fuego tienen venenosidad, a causa de la pólvora, y para la cura de ellas manda que se cautericen con aceite de saúco hirviendo; en el cual se mezcla un poco de triaca. Y, a fin de no errar, antes de usar el sobredicho aceite, sabiendo que tal cosa daría gran dolor al paciente, quise enterarme primero de cómo lo hacían los demás cirujanos en la primera cura; la cual consiste en aplicar el sobredicho aceite lo más caliente posible dentro de la herida, con sedales y lechinos, y viéndolo me animé a hacer como ellos. Al cabo me faltó aceite y me vi obligado a aplicar en vez de él un emplasto hecho con yema de huevo, aceite de rosas y trementina. *Aquella noche no pude dormir con sosiego, temiendo que, por falta de cicatrización, hallaría muertos o emponzoñados a los heridos a quienes había dejado de ponerles el sobredicho aceite;* lo cual hizo que me levantara muy temprano para visitarlos; y he aquí que, al contrario de lo que preveía, me hallé con que aquellos a los cuales había aplicado el emplasto sentían poco dolor, tenían las heridas sin inflamación ni hinchazón, y habían descansado bastante bien durante la noche; y con que los otros, a quienes había aplicado el sobredicho aceite hirviendo tenían calentura, mucho dolor e hinchadas las heridas. *Entonces me determiné de no volver a quemar nunca con tanta crueldad a los pobres heridos de bala.*"

Después de leer estas líneas de Paré, nuestro Decano, Dr. Herranz, nos preguntaba en cierta ocasión:

¿Habrá alguien que piense que las circunstancias exteriores —exceso de pacientes, falta de medios técnicos— pueden justificar una medicina amorfa, desilusionada? ¿Es que un ambulatorio es peor sitio que un campo de batalla?

La ética de la relación con los colegas

Voy a limitarme a destacar algunos aspectos de esta relación.

El respeto a la fama y la reputación de los demás es un principio primordial. Un médico no puede menospreciar la fama o la reputación de los demás, ni ante un paciente ni ante otro colega. La casuística sería inabarcable, porque hay muchas formas de causar tal efecto: desde la sonrisa irónica cuando un enfermo refiere el tratamiento que le aplicó otro médico, hasta la declaración solemne de su incompetencia.

No se me oculta que en ocasiones no es fácil mantener a salvo la fama de algún médico; con todo, hay que esforzarse por hacerlo.

A mis becados, alumnos y residentes les doy dos posibilidades de defender la fama del colega después de un fracaso diagnóstico o terapéutico.

Les explico que nosotros, por lo menos, jugamos con un elemento más, ya que nuestro colega desconocía, al hacer su diagnóstico, la evolución ulterior.

Respecto al socorrido "yo lo hubiera tratado de distinto modo", les recuerdo que no puede ser bueno lo que ni siquiera es real, pues no existe para nosotros la posibilidad de retrotraernos en el tiempo por aquel célebre túnel de la ciencia ficción.

Los otros dos aspectos que quería señalar en nuestra relación con los colegas vienen bien recogidos en la promesa de los Felons del American College.

Una es la de no incurrir en una aberración tal como la retribución a otros colegas por el envío de pacientes para ser quirúrgicamente intervenidos.

El otro aspecto es el de tener la humildad de pedir consejo a otros colegas cuando dude de mi propio criterio. Actitud noble que honra al que lo pide y honra al que lo da con elegancia y generosidad.

Conclusión

Hemos visto cómo las exigencias de la ética se proyectan a veces al ámbito del conocimiento, y otras a la ponderación operativa de las circunstancias definitivas de la situación —de cada una de las situaciones— a que la acción médica se aplica. Se trata, en suma, de imbuirse de los conocimientos, la rectitud de intención, y el "buen juicio" precisos para optar por lo objetivamente conveniente. Pues bien: ese conjunto armónico no es otra cosa que la virtud de la prudencia.

Un clásico del tema, Pieper, dice muy bellamente: "Sólo aquel que sabe cómo *son* las cosas puede considerarse capacitado para *obrar bien*. El principio de la primacía de la prudencia nos enseña que en modo alguno basta la llamada "buena intención", ni lo que se denomina "buena voluntad". La realización del bien presupone la conformidad de nuestra acción a la situación real y, por consiguiente, una atenta, rigurosa y objetiva consideración, por nuestra parte, de tales realidades concretas".

Nos vemos, pues, enfrentados con la necesidad de consolidar una cualidad fundamental, la prudencia, lo que desborda ampliamente la *memorización de prescripciones éticas, o el acatamiento obtuso de unas normas como limitaciones*. La ética no limita: ilumina el camino. Y necesitamos mucha luz quienes tenemos cada día, en nuestras manos, el dolor y la esperanza humana.