

## BIOÉTICA Y VERACIDAD. CUANDO LA PALABRA DEL MÉDICO PUEDE LLEGAR A PROFUNDIZAR EL DESVALIMIENTO DEL PACIENTE<sup>1</sup>

Felipe Arturo Rilova Salazar<sup>2</sup>

**Resumen:** Las reflexiones en este artículo consideran el modo en que el médico general puede interpretar y aplicar la regla referida al derecho del paciente a conocer la verdad, con base en sus esquemas de asimilación y comprensión, estrechamente emparentados con la filosofía implícita en el modelo teórico de la medicina contemporánea. Se considera la necesidad de que la regla que prescribe el “derecho del paciente a conocer la verdad” se adecue al grado de desvalimiento de cada caso, con el fin de no convertir a este derecho en una obligación que contradiga el principio de responsabilidad que señala la corriente bioética personalista. Se hace referencia a la “fobia al médico” —iatrofobia— como expresión del daño psíquico específico que resulta de una inapropiada aplicación de la “veracidad”. En orden a una praxis que ha dejado de ser “asistencial” (derivada del latín “*assistere*”: estar al lado de) para convertirse en estrictamente terapéutica, se hace referencia al desafío de desenvolverse por fuera de las férreas matrices positivistas en las que el modelo médico actual persiste instalado, señalando los obstáculos que seguramente han de sortear los comités de bioética a la hora de instar el cumplimiento responsable de la regla de veracidad.

**Palabras clave:** iatrofobia, daño psíquico, bioética, desvalimiento

### **Bioethics and truthfulness: When the doctor’s word can deepen the patient’s helplessness**

**Abstract:** The reflections recorded in this article consider the way in which the general practitioner can interpret and apply the rule referring to the patient’s right to know the truth based on their assimilation and understanding schemes, closely related to the philosophy implicit in the theoretical model of contemporary medicine. The need is considered that the rule that prescribes the “right of the patient to know the truth” be adapted to the degree of helplessness of each case, in order not to make this right an obligation that contradicts the bioethical principle of responsibility that it indicates the personalistic bioethical current. Reference is made to “doctor’s phobia” -iatrophobia- as an expression of specific psychic damage resulting from inappropriate application of “truthfulness.” In order to a practice that has ceased to be “assistance” (derived from the Latin “*assistere*”: *to be next to*) to become strictly therapeutic, reference is made to the challenge of coping outside the iron positivist matrices in which the medical model is installed, pointing out the obstacles that the Bioethics Committees must surely overcome when it comes to urging responsible compliance with the truth rule.

**Keywords:** iatrophobia, psychic damage, bioethics, helplessness

### **Bioética e veracidade. Quando a palavra do médico pode chegar a aprofundar o desamparo do paciente**

**Resumo:** As reflexões neste artigo consideram o modo com que o médico generalista pode interpretar e aplicar a regra que se refere ao direito do paciente de conhecer a verdade, com base em seus esquemas de assimilação e compreensão, estreitamente relacionados com a filosofia implícita no modelo teórico da medicina contemporânea. Se considera a necessidade de que a regra que prescreve o “direito do paciente em conhecer a verdade” se adeque ao grau de desamparo de cada caso, com o fim de não converter este direito em uma obrigação que contradiga o princípio de responsabilidade que aponta a corrente bioética personalista. Se faz referência à “fobia ao médico” —iatrofobia— como expressão do dano psíquico específico que resulta de uma inapropriada aplicação da “veracidade”, e uma ordem a uma praxis que deixou de ser “assistencial” (derivada do latim “*assistere*”: estar ao lado de) para converter-se em estritamente terapêutica, se faz referência ao desafio de desenvolver-se por fora das férreas matrizes positivistas nas quais o modelo médico atual persiste situado, apontando os obstáculos que seguramente irão de sortear os comitês de bioética, na hora de obrigar ao cumprimento responsável da regra de veracidade.

**Palavras chave:** iatrofobia, dano psíquico, bioética, desamparo

<sup>1</sup> El “desvalimiento” alude al estado de aquel que no cuenta con los recursos suficientes para afrontar una situación.

<sup>2</sup> Oficina de Violencia Doméstica, Corte Suprema de Justicia de la Nación, República Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1637-734X>

**Correspondencia:** [feliperilova@gmail.com](mailto:feliperilova@gmail.com)

## Introducción

Atentos a que los enunciados, las expresiones discursivas, las proposiciones y las representaciones en general son de una naturaleza diferente a la de las cosas mismas, a la hora de referirnos al tema de “la verdad” es preciso establecer, como paso preliminar, que la verdad no habita primariamente en los enunciados o en las proposiciones lingüísticas sino en sus referentes, o sea en aquellas realidades, exteriores a la lengua, a las que las que los enunciados de la misma aluden; esto es, las cosas. “La verdad no habita originariamente en la proposición” (1:155).

Seguramente hemos leído más de una vez que el enunciado “Está lloviendo” solo es verdadero siempre y cuando efectivamente “esté lloviendo” en el momento en que alguien enuncia esa proposición. En un sentido muy distinto, alguien puede gritar, por ejemplo “¡Fuego, fuego!”, ya no por advertir el comienzo de un incendio, sino para que quienes se encuentran en determinado lugar huyan, porque quien se ocupa de expresar esa falsa alarma se propone perpetrar allí un robo y no quiere enfrentar la resistencia de quienes permanecieran en el lugar.

Es, por lo tanto, en la presencia o ausencia de la lluvia o del incendio en la que reside la verdad o falsedad de los enunciados referidos. Esta distinción entre las palabras y las cosas se impone para inaugurar esta reflexión referida a la consideración de la regla bioética de la veracidad, en la que meditaremos acerca de algunas palabras y sus efectos en el curso de la tarea médico-asistencial. Amén de establecer cuáles son los enunciados más apropiados para implementar en cada caso, desde el punto de vista bioético importa considerar cuándo y cómo es posible cumplir con la regla de la veracidad, señalando las dificultades específicas que encuentra justamente el médico frente a este tema, de acuerdo con los obstáculos que le crea su propio marco epistemológico de pertenencia disciplinar, en el que las humanidades encuentran un espacio muy exiguo entre sus cánones de formación académica.

En orden al espacio tan pequeño que le otorga la medicina académica a las humanidades, no está de más consignar las distinciones que establecen

las distintas corrientes bioéticas cuando se ocupan de precisar las diferencias entre un “fundamento”, un “principio” y una “regla”, que será la que, en última instancia, intentará normar la modalidad concreta que cada profesional debiera aplicar a cada uno de sus “casos”.

Todo “principio” es un juicio, estrechamente sustentado con los fundamentos que lo respaldan, que expresa una línea conductual a seguir o a evitar, lo que se habrá de lograr mediante las “reglas”, que son las que señalan los modos concretos en los que se pueden plasmar esos principios. Las “reglas”, por lo tanto, son las guías extrínsecas que se emplean para efectivizar los principios bioéticos en el contexto asistencial concreto. Así, la confidencialidad, el secreto médico, el consentimiento informado o la veracidad son todas reglas orientadas a dar cumplimiento a los principios que las animan.

Ahora bien, tras su aparente simplicidad, la aplicación de las reglas bioéticas conlleva dificultades de distinto tenor, algunas de las cuales dependen de las complejidades inherentes a la puesta en acto de esa regla, sobre la base de los requerimientos singulares que demanda cada “caso” y según los distintos momentos por los que va transcurriendo la asistencia.

Estar enfermo es una de las formas de estar vivo, y como la vida nos enfrenta con distintos requerimientos e inquietudes en el decurso de sus diferentes etapas, cualquier pauta bioética deberá encontrar el modo de ajustarse a esta dinámica para no convertirse en letra muerta.

Excede las posibilidades de este artículo considerar los contrastes entre los fundamentos y principios de las distintas corrientes bioéticas con relación al tema de la veracidad. Si se comparan las propuestas de la bioética principialista de Beauchamp y Childress(2), con las de la bioética personalista de Elio Sgreccia(3), al margen de que, en uno y otro caso, la regla en juego reciba la misma denominación, la realidad extralingüística a la que la misma se refiere es distinta. En ese cotejo eventual, también debiera considerarse el lugar que ocupa esta misma pauta de desenvolvimiento en el modelo de la medicina basada en la evidencia (MBE)(4), de acuerdo con el apoyo que recibe de los manua-

les y las bases Cochrane(5,6), sin dejar de lado las coincidencias y disensos que puede presentar la veracidad para los seis fines y objetivos de calidad prescriptos por el Institute of Medicine(7). Ese trabajo comparativo pondría de manifiesto la complejidad inherente a las intervenciones asistenciales, aun cuando se aplicara a considerar solo una de las reglas. Ese mismo paneo por las distintas corrientes pondría de manifiesto el número y la variedad de los aportes bioéticos, como correlato de la complejidad que reviste el ejercicio asistencial concreto.

Estas líneas se proponen considerar el tema referido al “derecho del paciente a conocer la verdad”, señalando la inclinación de algunos galenos que —acaso movidos por la prisa, la sobrecarga de pacientes o los automatismos dependientes de su marco epistemológico de instrucción— tienden a considerar la regla de la veracidad en términos literales, sin considerar matices ni sopesar el momento particular que atraviesa el sujeto que recibe esa información. Sin incurrir en encubrimientos, una de las tareas de los comités de bioética asistencial frente al acto de comunicar situaciones clínicas complejas, estriba en instar a los asistentes a conciliar la veracidad con la responsabilidad de no avasallar las posibles esperanzas de aquellos a quienes estos asisten.

“El término responsabilidad implica a su vez el concepto de «valoración» (*rem ponderare*, sopesar una cosa) de los bienes en cuestión ante la elección libre, e implica igualmente la exigencia de «tener que responder» (responderé) ante la conciencia.

La conciencia representa el estar consciente del valor ético de una determinada acción es el lugar y el momento en que se resalta la conveniencia o inconveniencia del acto en el marco de referencia moral propio del sujeto y presente en el sujeto” (8:145,146).

Después de la Segunda Guerra Mundial, para prevenir la reincidencia de los experimentos practicados por los nazis, fue el Código de Nuremberg (1947) el que propuso, por primera vez, organizar comités orientados a evaluar los proyectos de investigación sobre seres humanos, para velar por la dignidad de las personas que fueran objeto de los mismos. Posteriormente, hacia 1964, la Asocia-

ción Médica Mundial aprobó, en Helsinki, un protocolo por el cual pasó a exigirse, en todos los casos, la constitución obligatoria de estos comités independientes del experimentador para la aprobación de cualquier proyecto de investigación, comprometiéndose con el seguimiento de los proyectos que aprobara, contando con el poder de veto o de cese de la investigación ante lo que pudiera ir revelando alguno de sus pasos. Recién a mediados de los años 70 se inician los comités de bioética clínico asistenciales, ya no ligados a supervisar investigaciones, sino a orientar las mejores intervenciones frente a los casos que son elevados a su consideración.

Sin ser obligatorios, desde su inicio hasta hoy se ha ido extendiendo la conformación de los comités de bioética asistencial, por el momento presentes sobre todo en las instituciones de salud dotadas de alta tecnología, donde la actividad se orienta a resolver los conflictos valorativos generados ante la prestación de servicios médicos de mediana y alta complejidad.

La medicina es una de las actividades en las que los conflictos entre los aportes de la ciencia y los de la ética alcanzan su tensión máxima, generando conflictos de magnitud en la relación entre el médico, su propio marco teórico de referencia, el paciente, su enfermedad, el estado subjetivo en el que este se encuentra, la cualidad del entorno que eventualmente lo acompaña y el estado de la institución en la que desarrolla el drama asistencial.

“Las ciencias particulares como la química o la física se dedican a delimitar su objeto abstrayéndolo (“abstraer” significa separar). En tales condiciones —legítimas para muchos propósitos— lo que se procura es aislar conceptualmente al objeto de esas ciencias, manteniendo desconexiones que permitan su estudio al margen de las perturbaciones que pudiera introducir su inserción en el mundo real. Pero en el ámbito de la medicina el problema estriba en que su objeto es siempre un sujeto que, como tal, sólo existe mientras está sujetado a sí mismo, a los otros y al mundo con el que amasa su existencia, siendo esos puntos de sujeción los que le infunden a cada ser humano su condición específica. Si las técnicas cuantitativas de investigación procuran descontextualizar a su objeto para estudiarlo, en el caso de las téc-

nicas cualitativas no existe un límite que separe a su objeto de lo demás, por cuanto no hay tal demás” (9:20).

Lo consignado en la última cita da cuenta del viso científico que está llamado a afrontar la bioética médica asistencial, con miras a evitar las consecuencias que de esa inclinación dependen.

Ante esto es necesario recordar que las orientaciones de los comités de bioética asistencial no son vinculantes; esto es, sus recomendaciones no son obligatorias. Cuando surgen demandas por “mala praxis”, muchas de las cuales dependen de la modalidad mecánica en la que se ha desarrollado la asistencia, no se recurre habitualmente a las recomendaciones del comité como amparo judicial, porque su fuerza probatoria es relativa frente a las demandas que puede recibir la institución o el profesional de la salud.

Por el momento, los comités de bioética clínica asistencial existen prevalentemente en las grandes instituciones, proponiendo recomendaciones sobre los casos complejos que se les presentan, sin ser un recurso de primer orden frente a reproches legales ulteriores. El primer lugar en este punto lo ocupa la historia clínica, cuyo valor estriba en que compila los registros en el momento en el que ocurren los pormenores que luego se juzgan. Ahora bien, la firma de los “consentimientos informados” o la presentación de las actas que haya labrado el Comité cuando ha sido consultado *a priori* de los acontecimientos que más tarde se juzgan, adquieren “valor para demostrar la prudencia y cuidado con que fue realizada una determinada intervención médica, reflejando fielmente la influencia de la incertidumbre existente bajo la cual actuó” (10:71).

A la hora de pensar en los esquemas de asimilación del encargado de asistir enfermos, se impone reiterar que la mentalidad médica típica no suele estar entrenada para considerar los aspectos específicamente humanos de sus asistidos, siendo este el punto en el que las pautas y principios bioéticos pueden venir a saldar esa deuda formativa.

Sin los elementos que le permitirían reconocer a quién asiste en orden al singular momento que atraviesa, exento de la exigencia de reconocer las

cualidades y capacidades del entorno socioambiental de sus pacientes, y acosado por los plazos impuestos por el tercero pagador, son las reflexiones y propuestas bioéticas las que se consagrarán a mitigar estas limitaciones. No hace falta aclarar que las palabras y enunciados que profiere un profesional de la salud, de acuerdo con el lugar que este ocupa ante aquel al que asiste, impone las mismas precauciones y miramientos que habilitan el uso de los filosos instrumentos que utilizan las especialidades quirúrgicas.

De acuerdo con su modelo conceptual de instrucción, el médico está invitado a limitarse a identificar anomalías funcionales o materiales de carácter estrictamente biológico (etapa diagnóstica de la enfermedad), concluyendo su labor cuando propone y custodia la evolución de las medidas terapéuticas (no asistenciales) que el consenso establece como adecuadas para esa entidad genérica que se ha logrado identificar.

Frente esta consideración canónica, la bioética se ocupa de multiplicar los puentes que permitan comunicar a la medicina con las humanidades (ya se trate de las humanidades teóricas o bien de las encarnadas, esas que se presentan a los profesionales de la salud, en términos palmarios, en la realidad concreta de cada persona que lo consulta, o en la de ese ser anónimo que llega a una guardia o a una terapia intensiva movido por alguna emergencia).

Apremiado por estar al día con los estudios científicos que prevalecen en la prensa médica y con la vaga noción de que hay algo esencial que no está cumpliendo en su quehacer, el médico tiene el dudoso privilegio de conocer una información confidencial que el mundo bursátil consideraría objetable, por estar al tanto de que una de las pocas industrias pujantes del momento no es otra que la de la “mala praxis”, tanto más próspera cuanto menor es la confianza en la medicina como institución social por parte del mundo de los legos, situación que se traduce, por ejemplo, en las agresiones físicas —otrotra impensables— que los familiares de pacientes descargan a diario sobre los profesionales de salud (11:43).

Retomado el eje de estas líneas, orientadas a establecer los dilemas que afronta el médico frente a

lo que le propone la regla bioética de la veracidad, podemos pasar a consignar, a modo de inventario, algunos de los interrogantes que la veracidad puede despertar en quienes ejercen la práctica clínica concreta:

¿A qué realidad extralingüística (cosa) se habrá de referir esa verdad que el paciente tendría derecho a conocer?

¿Aludirá exclusivamente al pronóstico de la entidad genérica que cada paciente presenta?

¿Se habrá de referir a la enunciación de todo el repertorio de las complicaciones posibles?

La “enunciación de la verdad”, ¿habrá de tener en cuenta el estado emocional del receptor antes de comunicar ciertos datos posibles, aun cuando se trata de eventualidades posibles pero muy poco probables?

¿Podemos llegar a saber, en una o dos consultas breves, a qué se refiere un paciente cuando nos hace una pregunta en la que nos propone una respuesta veraz?

¿Pueden resultar cruentos o contraproducentes los enunciados referidos a la “veracidad” planteada “a reglamento”?

¿Puede ocurrir que el cumplimiento de la regla de la veracidad, según el modo en que sea planteada, cuente con la capacidad de producir efectos somáticos adversos?

¿Concierne a la bioética develar los fundamentos epistemológicos de la medicina como institución social?

Sabemos que hay una filosofía implícita en toda práctica y en todo cuerpo teórico. ¿Se suelen tener en cuenta cuántas intervenciones médicas bioéticamente objetables constituyen la puesta en acto de los cánones epistemológicos implícitos en la medicina?

Cuando nos referimos al derecho del paciente a conocer la verdad: ¿se considera la posibilidad del agravamiento de “su” estado como “reacción” a estímulos “verbales” que trastocan aún más su equilibrio y amenazan con destruir su homeostásis?

Cuando nos referimos al derecho del paciente a conocer la verdad, ¿estamos haciendo referencia a un derecho, o se trata también de una obligación que todo paciente está llamado a cumplir, incluso contra su voluntad, en la que la incidencia del “factor humano” en la evolución de las patologías está excluida deliberadamente, de acuerdo con un paradigma que asienta sus bases filosóficas en férrreas matrices positivistas?

Lo que la medicina académica propone no es la relación entre el médico y el paciente, sino entre el médico y la enfermedad, ante lo cual resulta ocioso aclarar que, en tales casos, no se puede dar curso cabal a ninguna regla de veracidad, por cuanto las enfermedades por sí mismas no oyen ni establecen planteos.

Más allá de las limitaciones impuestas por el paradigma vigente, la persona que ejerce la profesión médica intenta, con marcada frecuencia, sobrepone a su modelo de instrucción, con el fin de establecer algún contacto real con la persona a la que asiste. En un ejercicio que no debiera ser tan solitario —por el momento son todavía insuficientes los espacios para abordar estos temas en las instituciones de salud sin pactar con la mentira—, no faltan quienes se afanan por cumplir con el *primum non nocere* hipocrático, procurando encontrar los matices que les permitan cumplir con la veracidad sin provocar el desaliento.

“La verdad”, en medicina, no puede reducirse a ser una traducción fiel de lo que consignan los textos médicos. En los textos, los acápites referidos al pronóstico de las patologías suelen resultar de un “mix” entre las estadísticas y los hechos biológicos aislados, como si se tratara de la degradación que ha de sufrir cierto cultivo de tejidos en la unidad de tiempo cuando está expuesto a determinadas condiciones. Como resultado de esta mezcla de disciplinas, ayunada de humanidades, la regla de la veracidad se suele plasmar comunicando al paciente estimaciones paramétricas a través de planteos similares a: “El cuadro que usted presenta tiene un porcentaje de sobrevida del 20% a los 2 años si sigue el tratamiento que le propongo”.

Este enunciado tiene sentido siempre que la pregunta que lo preceda esté planteada por el pacien-

te en términos tales como: “Dr./ra., necesito que me diga la verdad: ¿qué expectativa de vida tengo; qué dicen los tratados de medicina sobre el trastorno que presento?”. De no ser estrictamente así, de no mediar esa pregunta previa, antes que el “derecho del paciente a conocer la verdad” estaríamos frente a otra figura que, con todo rigor, debiera llamarse: “La obligación del paciente a conocer la verdad”, en cuyo caso, quedaría todavía un saldo deudor a aclarar, porque para establecer los términos precisos de esa obligación la misma tendría que establecer ciertas precisiones y pasar a dividirse en varios términos, a saber:

Art. 1) “Se establece la obligación del paciente a escuchar todo lo que yo (su médico) le planteo en base a mi experiencia, fundada en los casos similares al suyo que presumo haber atendido, añadiendo lo que consigna la literatura canónica con relación a la patología genérica que este presenta”.

Art. 2) “Si el paciente infringe las normas estadísticas y su cuadro remite no recibirá por ello el paciente sanción alguna”.

Art. 3) “Se considerará que ya ha tenido bastante con haber soportado el farrago de datos funestos que como médico cabal le habré comunicado respecto a su salud”.

Art. 4) “Yo, su médico, habré actuado conforme a las normas de la medicina académica y mereceré por lo tanto el aplauso de mi comunidad de pertenencia”.

Hacia el año 2000 cobraron celebridad los trabajos de investigación de la Dra. Bárbara Starfield, codirectora del Departamento de Política y Gestión Sanitaria de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de los EE.UU., quien estableció un relevamiento nacional, por el cual demostró que la 3ª causa de muerte en USA era debida a los excesos médicos (sobreprescripción de fármacos, indicación abusiva de estudios diagnósticos y complicaciones dependientes de cirugías innecesarias). Aquella investigación se publicó(12) dejando en claro que la investigación había consignado solo los fallecimientos. Los registros habían dejado deliberadamente de lado los millares de ciudadanos de los EE.UU. que habían pasado a sufrir deficiencias, discapacidades y mi-

nusvalías vitalicias por los mismos excesos médicos.

En el país que ocupa el segundo lugar mundial en orden a las disponibilidades de tecnología médica, la posibilidad de verse perjudicado por esa misma capacidad tecnológica demostró ser altísima. Aquella investigación despertó en su momento perplejidad, pero hasta el momento no ha habido revisiones orientadas a establecer la incidencia del divorcio entre la medicina y las humanidades en la génesis de este fenómeno. Han pasados más de 20 de años de la investigación referida y hasta el momento esos guarismos persisten inalterados. En términos estadísticos estrictos, estos excesos médicos conllevan más muertes que los accidentes de tránsito, situados estos últimos en el 4º lugar como causa de mortalidad en ese país.

Cierto prurito antipatriarcal invade hoy el campo de la bioética, por cuanto no puede permanecer impermeable a los signos de los tiempos, y desde esta perspectiva el paternalismo médico —“eficiencia sin autonomía”(13:36)— ocuparía el lugar de un vicio atávico que la medicina contemporánea estaría llamada a evitar. Sin embargo, ante las emergencias y frente a ciertas cirugías hay idealizaciones transitorias que debieran ser respetadas.

Ante los desamparos e imprevistos en los que se asiste a un riesgo de vida cierto, son muchos los pacientes que buscan en quienes los atienden a la figura del héroe mítico que departe con los dioses y que, en consonancia con ellos, puede devolverles la salud. Desde hace años se han desarrollado extensos trabajos en los que se comprueba que los pacientes que llegan a una intervención quirúrgica con miedo o desconfianza presentan, desde el punto de vista estadístico, peores perspectivas pronósticas en cuanto a la posibilidad de presentar complicaciones postoperatorias. Por el contrario, los que llegan a la cirugía al amparo de una idealización del equipo tratante, donde el paciente se encuentra en la etapa prequirúrgica con un estado de ánimo “eufórico” o “hipomaníaco”(14), presentan la incidencia de complicaciones postoperatorias más baja.

Si la “idealización” y la exaltación exagerada de las virtudes de un semejante es un tema de con-

sideración psiquiátrica, si se presenta en un adulto en términos habituales, en el contexto de una intervención quirúrgica inminente la situación es distinta.

Por supuesto que, superada la emergencia, lo deseable es que los dioses desciendan del Olimpo y soliciten incluso a sus pacientes recién operados que cooperen activamente en su propia recuperación, una vez que han superado la etapa postoperatoria crítica.

En orden al cumplimiento de la regla bioética de la veracidad, también es cierto que existen comunicaciones dolorosas, cuya enunciación resulta impostergable, por ser el medio que disuelve las inquietantes “conspiraciones de silencio” que presentan muchos pacientes a quienes esos mismos enunciados dolorosos son los que les devuelven la paz y consolidan la confianza con aquel que los asiste.

Tal como ocurre con todo lo importante, demanda tiempo establecer cuáles son los enunciados apropiados a cada paciente según las circunstancias que atraviesa, para no desalentarlo cuando las posibilidades de restablecimiento existen. Cumpliendo con la veracidad a ultranza se puede rendir culto al principio de autonomía, pero cumpliendo con esa regla en términos automáticos se actúa en detrimento del principio de beneficencia, con el de la no maleficencia y también al de la responsabilidad. Lo que demuestran estos temas es que la “prudencia” no ha perdido el lugar de privilegio del que sigue gozando entre las virtudes cardinales, aun después de 26 siglos.

Sin poder ampararme en estadísticas, la realidad de mi consultorio psiquiátrico me permite afirmar que resulta preocupante el número creciente de quienes desarrollan una fobia al médico —“iatrofobia”—, como “daño psicopsiquiátrico” grave y persistente susceptible de una demanda médico-legal(15), a partir de comunicaciones temerarias que fueran planteadas, en su momento, con absoluta irresponsabilidad. Recuerdo para el caso lo ocurrido hace bastante tiempo con una paciente a la que llamaré Esther. Después de visitar a una profesional que la había entrevistado por primera vez solo unos minutos, al verla por segunda vez, mientras leía los resultados de un laboratorio de

rutina que le había solicitado y constatar que las cifras de prolactina de Esther estaban poco elevadas, sin siquiera levantar la vista del papel la doctora no habría vacilado en comunicarle: “A lo mejor usted tiene un tumor en la cabeza”. La mujer había concurrido a esa consulta para realizar un control de rutina, la profesional que la recibió era desconocida para ella y, una semana antes de esa primera visita, Esther había tenido la desgracia de presenciar, desde la calle, el instante preciso en que su hermano se defenestraba desde un cuarto piso, en lo que resultó ser un intento de suicidio grave que no llegó a consumarse. Abundan las publicaciones que indican que los eventos estresantes recientes pueden provocar aumentos moderados en los dosajes de prolactina(16), pero quien leyó aquellos estudios de laboratorio, aun cuando el incremento de esa hormona era leve en aquel caso, no se había demorado en averiguar por el momento personal que Esther venía atravesando. “Meterse en el desocultamiento de lo ente no es perderse en él, sino que es un retroceder ante lo ente, a fin de que este se manifieste en lo que es y tal como es, a fin de que la adecuación representadora extraiga de él su norma”(1:158).

Muchas calamidades psicológicas y somáticas dependen de intervenciones médicas en las que prevalece la aplicación automática e irreflexiva de reglas, en las que el “derecho” del paciente a conocer la verdad se confunde con la “obligación” a que este conozca todo el espectro de ocurrencias que pasan por la mente del médico, incluso cuando se trata de eventualidades posibles pero muy poco probables.

La simple contemplación de una radiografía, tramitada como mirada que transparenta la superficie del cuerpo y capta intrusivamente un pedazo de su interior, se puede convertir en una operación devastadora cuando, a partir de allí, se comunican posibles evoluciones ominosas de manera automática, desconsiderando el impacto que habrá de recibir aquel que oficia de receptor de este tipo de enunciados.

La alternativa a esos eventuales arrasamientos subjetivos no es la mentira médica o un retorno al paternalismo, sino la evaluación “meditada” de los enunciados que cada persona que padece necesita ir recibiendo, frente a lo cual resulta más

que oportuno consignar en este punto a la indagación etimológica publicada por el Dr. Carlos A. Segúin:

“Medicar, meditar. El estudio de la raíz etimológica de la palabra médico nos ilustra sobre sus alcances y perspectivas. Viene del latín *medicus* y esta del griego *medos*, cuidado. Se halla estrechamente relacionada con *medeor* y *meditor*, de la raíz *med*, pensar, juzgar, entender, reflexionar, raciocinar y también ser inspirado y estar entusiasmado. El médico es, pues, quien cura, pero, al mismo tiempo, quien medita, razona y está inspirado” (17:60).

A efecto de no incurrir en automatismos “bioéticos” temerarios, conviene tener en cuenta los principios que subrayan la responsabilidad de considerar la capacidad de lo que cada enfermo requiere y necesita saber respecto a su estado, para que la medicina no termine provocando lo mismo que se propone tratar. Desde su enorme experiencia con relación al tema de las comunicaciones referidas a pronósticos funestos, al referirse específicamente al tema de la “esperanza”, la Dra. Elizabeth Kübler Ross no duda en afirmar que la pérdida de la misma resulta incompatible con la prosecución de la vida.

“Al escuchar a nuestros enfermos de muerte siempre nos impresiona el hecho de que incluso los que aceptan mejor las cosas, los más realistas, dejan abierta una posibilidad de curación, de descubrimiento de un medicamento nuevo o de un “éxito” de última hora (...) Se la llame como se la llame, nos encontramos con que todos nuestros pacientes mantenían un poco de ella y se alimentaban de ella en momentos especialmente difíciles. Manifestaban la máxima confianza en los médicos que les permitían tener esperanzas. (...) Si un paciente deja de manifestar esperanza, generalmente es señal de muerte inminente (...) Todos estos paciente murieron antes de pasar veinticuatro horas” (18:180-181).

Son muchos los casos que no dan lugar a dudas sobre cuándo ha llegado la hora de consensuar con el equipo tratante, el paciente, el familiar o su representante legal, su pase a una etapa de cuidados paliativos, en la que se respeten las medidas de soporte vital calmándole el dolor, sin cercenar

su derecho a morir y de hacerlo eventualmente cerca de los suyos. “La suma algebraica de las funciones vitales no siempre es claramente la vida que debemos necesariamente defender” (19:43).

Incurrir en esta etapa en reanimaciones cardíacas implacables a través de martillos neumáticos, hacer uso de la ventilación mecánica invasiva o administrar sustancias inotrópicas para forzar la circulación sanguínea, no son sino medidas desproporcionadas que avasallan un fundamento bioético elemental, orientado a custodiar la dignidad del paciente a quien se le retacea el derecho de morir. En honor a la “veracidad” que la bioética en su conjunto reclama, el encarnizamiento terapéutico no es sino la contracara de una misma moneda, en cuyo anverso se declama por la legalización de la eutanasia a demanda. En ninguna de sus caras se refleja el consuelo, el alivio del dolor y la procuración del “buen morir”, porque el valor de esta moneda es otro. Entre el encarnizamiento que prohíbe la muerte y la eutanasia legalizada se vuelven reconocer las diferencias siempre dudosas que suelen separar a los extremos. Lo que se quiere pagar a través de esa moneda de caras aparentemente antagónicas es el tributo a la omnipotencia. De allí que en su anverso y en su reverso se encuentren simbolizadas las intervenciones de un amo de la vida y de la muerte que no tiene reparos en traspasar cualquier límite con tal de sostener esa ficción.

Se impone recordar que el ejercicio de la medicina es una actividad de servicio, en la que la prioridad la tiene la persona asistida. Esta praxis, por lo demás, no se basa en el seguimiento de una teoría sino de una persona, por lo que el médico está obligado a renunciar a la pretensión de que sus conocimientos abstractos puedan cubrir todo el campo de la experiencia porque, “como todos los hombres, el hombre enfermo es inagotable” (20:115).

### Conclusión

“Enunciar la verdad significa un cubrir que aclara” (1:165). Atentos a que los enunciados que se proponen alcanzar la verdad enfrentan el desafío de desentrañar la intimidad de realidades opacas y complejas, es en honor a estas opacidades que, frente a regla bioética que brega por el derecho del

paciente a conocer la verdad, hay muchos enunciados médicos que deben permanecer abiertos, hasta que llegue el momento en que estos se develen, muchas veces por sí mismos.

La regla de la veracidad responde al principio de autonomía, pero si se aplica irresponsablemente puede contrariar los principios de beneficencia y de no maleficencia.

De lo que se trata, en definitiva, es de impedir que la medicina termine provocando aquello mismo que se propone tratar. Frente a la complejidad del enfermar humano, el vestido de los enunciados que comunicamos a nuestros pacientes podrá cubrir algunas partes de su realidad y exaltar otras, pero debiendo dejar siempre algunas partes al descubierto. De lo contrario, de pretender cubrir su realidad totalmente, el vestido de nuestras verdades médicas se puede convertir en mortaja.

## Referencias

1. Heidegger M. *De la Esencia de la Verdad*. Madrid: Alianza; 2000.
2. Beauchamp T, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
3. Sgreccia E. *Manual de Bioética. I: Fundamentos y Ética Biomédica*. 4ª ed. Madrid: BAC; 2007.
4. Muir Gray JA. *Evidence based healthcare*. 2ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2001.
5. Hill GB. A. *Cochrane and his Legacy. An Internal Challenge to Physicians' Autonomy?* J Clin Epidemiol 2000; 53: 1189-92. DOI: 10.1016/S0895-4356(00)00253-5.
6. Cochrane. Centro Iberoamericano Trad. *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones*. Versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
7. IOM. Institute of Medicine. *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes and Innovation: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press; 2010.
8. Sgreccia, E. *Manual de bioética*. México: Ed. Diana; 1996.
9. Rilova Salazar F. *Complejidad, Psicosomática y Transdisciplina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: RV Ediciones; 2020.
10. Manrique Bacca JI. Generalidades de los Comités de Bioética y su utilidad como medio probatorio en los procesos judiciales y éticos. *Responsabilidad Médico Legal*, enero-marzo 2003. Disponible en <https://www.sati.org.ar/files/bioetica/comiteseticarespons.pdf>
11. Vilches Jesús I. y cols. *Violencia en el personal sanitario de urgencias y emergencias prehospitalarias: riesgos para la salud psicológica de los profesionales*. Avances de Investigación en salud a lo largo del ciclo vital. España: ASUNIVEP; 2016.
12. Starfield, B. Is US Health Really the Best in the World? *JAMA* 2000; 284(4): 483-5. DOI: 10.1001/jama.284.4.483.
13. Lolas Spelke F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2000.
14. Giacomantone E, Mejía A. *Estrés operatorio y riesgo quirúrgico*. Buenos Aires: Edit. López; 1994.
15. Castex M. *El daño en Psicopsiquiatría Forense*. Serie: Medicina y Psicopsiquiatría Forense II. Buenos Aires, Argentina: Ad-Hoc; 2003.
16. Levy A. Interpreting raised serum prolactin results. *BMJ* 2014; 348. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3207>
17. Seguín CA. Antropología médica. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1987; XXXIII(1).
18. Kübler Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.; 1993.
19. Gherardi C. *Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2007.
20. Laín Entralgo P. *Historia Universal de la Medicina*, Tomo VII. Salvat Barcelona; 1971.

Recibido: 28 de mayo de 2020

Aceptado: 10 de junio de 2020