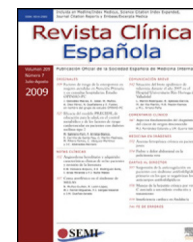


Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



HUMANIDADES EN MEDICINA

La soledad moral del médico de Atención Primaria

The moral loneliness of the General Practitioner

En 1979 analizaba Pedro Laín Entralgo el contenido de la conocida expresión *buen enfermo*^{1,2}. Con su claridad gramatical y perfecto orden expositivo habituales, diseccionaba uno por uno los posibles significados de esta expresión tan frecuente como imprecisa. Pero en los 3 decenios transcurridos, la posición relativa del médico y el enfermo ha variado hasta tal punto que su significado actual merecería un nuevo análisis, tan fino y lógico como el del profesor Laín Entralgo, si existiese alguien capaz de llevarlo a cabo. Por parte de quien esto escribe, sería ridículo incluso expresar semejante pretensión. Sin embargo, todos los médicos de familia podemos aportar nuestro humilde grano de arena a esa empresa perfilando una variedad de usuario de la sanidad pública que, indudablemente, *no* es un buen enfermo.

La señora Rita es diabética. Me honra con su presencia en la consulta con una asiduidad que no merezco, prescinde de la cita previa y parece desconocer que los demás pacientes también existen. Su nulo seguimiento del régimen dietético, su sedentarismo irredento, su utilización demencial de los fármacos y especialmente de la insulina, han logrado que la evolución de su función renal garantice la continuidad laboral del nefrólogo, que su retinopatía prospere frondosa y que su glucohemoglobina se dirija veloz a la estratosfera. La educación diabetológica con que bombardeamos a la señora Rita cae indefectiblemente en saco roto. Desde hace más de un lustro, los esfuerzos combinados del personal de enfermería y de un servidor han fracasado estrepitosamente, como demuestra su irreductible convencimiento de que la determinación domiciliar de la glucemia capilar sirve para saber cómo está «el azúcar» antes de merendar a diario tortitas con nata y mermelada. Esta confusión entre un buen control metabólico y el pito del sereno no solo asegura un futuro espléndido para su diabetes (no para Rita) sino que me garantiza tan tenaces y continuas como cordiales y estériles discusiones con ella, aunque hasta ahora haya sido imposible convencerla de que si utiliza más tiras reactivas de las necesarias se las está quitando a otros pacientes y de que los recursos son, han sido y serán siempre escasos. Sin embargo, mi paciente vuelve una y otra vez a pedirme consejo y seguimiento. Y pese a todo no me desanimo. Pero a veces no puedo sustraerme a la melancolía hamletiana: ¿Qué es más elevado para la deontología médica? ¿Sufrir la

fortuna impía del hiperfrecuentador? ¿Rebelarse contra un mar de desdichas y acompañar amablemente al paciente a la puerta de la calle?

Trabajamos con muchos pacientes crónicos, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, y nuestro punto fuerte es la longitudinalidad de la asistencia, tal como predica la ortodoxia. Nunca nos faltarán casos como el de la señora Rita, a modo de variaciones sobre un mismo tema, interpretadas indistintamente por hipertensos, bronquíticos crónicos o diabéticos. Haz memoria, sufrido compañero que me lees, y pronto comprobarás que las situaciones que describo no te resultan en absoluto desconocidas.

El falso atajo

Las dudas sobre el proceder más justo con los pacientes que no se responsabilizan de su propia salud aparecen en diversos ámbitos. Quizá uno de los más analizados sea el de los drogodependientes a los que se ha llegado a pretender negar la asistencia argumentando que son responsables de sus enfermedades al haber practicado consciente y voluntariamente las conductas de riesgo que las han generado. Alguien ha afirmado que para todo problema difícil existe una solución sencilla... que es falsa. Esta idea se adapta como un guante a la mano en el caso de los toxicómanos. Pero dejemos la carga de la prueba a quienes pretenden negar la asistencia al toxicómano y prodiguémosles nuestra generosidad y los recursos que estén a nuestro alcance sin la menor vacilación.

En primer lugar, muchos consumidores de sustancias psicoactivas con fines recreativos pueden haberse iniciado en el consumo por mera curiosidad, para después ser incapaces de retroceder en el hábito. ¿Por qué no? Pero desde la irrupción de las drogas de abuso en España en los difíciles años 70, una generación completa ha nacido y crecido en una sociedad en que esas sustancias y sus efectos no son desconocidos. Además, si estando al tanto de sus riesgos y de sus a menudo funestas consecuencias han entrado en el mundo de la drogodependencia, entonces... ¿cambiaría algo? Absolutamente nada, pues el sistema sanitario público está también para eso. Ya nos lo ha dicho Fernando Savater reiteradamente³: «En último término, sea como fuere,

¿qué autoridad puede arrogarse nadie para prohibirle a otro un riesgo mortal asumido con conocimiento de causa?» Pero puntualicemos: este filósofo defiende que cada uno haga los disparates que quiera sin dañar a los demás, no que los disparates que haga tengan que pagárselos los demás⁴. Lo malo es que a veces esto último es inevitable⁵. En efecto, digámoslo abiertamente: uno puede agenciarse su infección por VIH o su esquizofrenia residual pudiendo haberlo evitado y no por ello deja de ser acreedor a la asistencia sanitaria. No hay aquí ironía alguna.

Pero claro, siempre habrá quien sostenga que no deben pagar los vidrios rotos quienes no han querido arriesgar su salud con esas conductas de riesgo. No deben pagar justos por pecadores. Pero quizá los justos no lo sean tanto. Veamos. Purita siempre fue una chica estudiosa. Mientras sus compañeros de bachillerato se divertían, ella no tenía más mundo que los libros. Era una repelente empollona. Sin embargo, este ratón de biblioteca no abandonaba las obligaciones para con la familia, de muy humilde extracción. Una vez cumplidos sus deberes escolares, ayudaba en casa y dejaba para el final el esparcimiento y jolgorio propios de los adolescentes, pese a que le gustaban como a la que más. Terminados sus estudios superiores, no cejó en su empeño hasta conseguir por oposición un empleo estable en la Administración del Estado. Solo entonces decidió tener familia. Con unos críticos 39 años. Obviaremos los riesgos de las técnicas especializadas que al final lograron una futura mamá añosa y la amenaza de aborto que la obligó a permanecer en reposo absoluto durante meses. No hablaremos de la falsa alarma de que el anhelado retoño padeciese un síndrome de Down. Y todo porque Purita apuró hasta el final el reloj biológico. Los enormes costes que supuso su gestación para la sanidad pública en forma de tratamientos, pruebas complementarias e incapacidad temporal probablemente habrían sido innecesarios si la hoy feliz madre lo hubiese sido cuando lo fueron sus poco aplicadas compañeras de bachillerato. Como los toxicómanos, *pudo evitarlo y no lo hizo*.

A ningún médico se le habría pasado por la cabeza negar la asistencia a Purita, sin reparar en medios. Sin embargo, ¿por qué hay reticencias en el caso del toxicómano? ¿No estaremos mezclando la consideración *moral* que nos merece la actitud de ella frente a la que le concedemos a él? Negar la asistencia a este último sería como hacerlo a un veterano minero silicótico, argumentando que era culpa suya haber trabajado 20 años a 600 m de profundidad. Para acabar de demostrar lo inaceptable de este falso atajo, consideremos el caso del suicida frustrado. Aquí no hay lugar a dudas. Indudablemente, ha buscado su propio perjuicio. ¿Vamos a dejar de asistirle? Bajo ningún concepto. ¿Debe el médico hacer su trabajo prescindiendo de consideraciones morales, por muy injusto o éticamente repulsivo que sea lo que ve? Evidentemente sí.

Debemos tolerar que algunos pacientes nieguen lo obvio, como en el caso del bebedor («Pero doctor, si no tomo alcohol») que nos marea con su fetor etílico y nos alarma con unos indicadores analíticos que no dejan lugar a dudas. Tenemos que consentir que los incumplidores se apropien del tiempo que necesitan otros pacientes disciplinados y rigurosos. Naturalmente no debemos escatimar medios (que no son nuestros) y trabajo (por el que nos paga el sistema público de salud) ante los pacientes incumplidores y rebeldes que, incansablemente, prometen cumplir nuestras indicaciones,

sin que ni ellos ni nosotros creamos por un instante lo que dicen mientras hacen la enésima y falsa declaración de intenciones. *Quosque tandem abutere, querido paciente, patientia nostra?*

Entre la espada y la pared

El médico asistencial parece obligado a moverse entre el Escila de la ética profesional materializada legalmente en el deber de auxilio y el Caribdis de la constatación sistemática de la falta de seguimiento de nuestras indicaciones. Pero cuando el paciente incumplidor irredento nos asegura por enésima vez que sí, «que esta vez sí, doctor», su promesa se parece cada vez más a un insulto voluntario y reiterado a nuestra inteligencia.

No hablamos aquí de eficiencia o de racionalización del gasto. Tampoco es nuestro asunto la falta de proporcionalidad entre necesidades y recursos consumidos a la que llaman ley de cuidados inversos. No es un problema de falta de empatía o de asertividad. La raíz del problema no es la masificación ni la hiperfrecuentación de las consultas en la sanidad pública, a pesar de que ambos factores empeoren el conflicto. Y aunque el título que encabeza esta reflexión alude a los médicos de Atención Primaria, el dilema no es solo nuestro, si bien es cierto que nuestra accesibilidad ilimitada y la dedicación mayoritaria a procesos crónicos nos enfrenta con esta disyuntiva a diario⁶⁻⁸. Es verdad que en la actual situación de dificultades en la financiación sanitaria el problema es más acuciente. Pero cuando vuelvan la vacas gordas –si vuelven– el dilema seguirá ahí, pues posiblemente sea irresoluble por que es consustancial al ejercicio de la Medicina, al igual que lo es la incertidumbre y, como esta, no cabe esperar que desaparezca nunca.

Bibliografía

1. Laín Entralgo P. Qué es ser un buen enfermo. En: Laín Entralgo P, editor. Ciencia, técnica y medicina. Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 248–64.
2. Laín Entralgo P. What Does the Word "Good" in "Good Patient"? Conference on Changing Values in Medicine. Nueva York: Cornell University Medical College; 1979. p. 127–44.
3. Savater F. La izquierda y la droga. En: Savater F, editor. Perdonadme ortodoxos. Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 194–7.
4. Lázaro J. La salud de Savater. Jano. 2011;1770:83–7.
5. Rosado Bartolomé A. Fernando Savater: teoría y medicina. Jano. 2011;1769:78–82.
6. Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Supl. 3:S61–74.
7. De Lora P. Justicia distributiva sanitaria: ¿penalizar al enfermo «culpable» de su condición? Humanitas Humanidades Médicas (Tema del mes on-line). 2007;1–14 [consultado 3 Ago 2013] Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www.humanitas.es_numero22/revista.html
8. Francés Gómez P. Justicia y gasto sanitario. En: García Gómez-Heras JM, Velayos Castelo C. (Coords.). Bioética: perspectivas emergentes y nuevos problemas. Madrid: Tecnos; 2005. p. 163–94.

A. Rosado-Bartolomé

Servicio Madrileño de Salud, Centro de Salud Mar Báltico, Madrid, España

Correos electrónicos: alfredorosado76@gmail.com, alfredo.rosado@salud.madrid.org