

**Dr. Juan Martínez Hernández**

**I Jornada de Humanización en Cuidados Paliativos**

**Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid, 29 de noviembre de 2016**

## **El compromiso de los profesionales con la Humanización**

Para no remontarnos hasta Hipócrates de Cos, padre de la Medicina tal y como la entendemos aun hoy, permítanme que lea, a modo de mi personal introducción al tema, fragmentos de la Declaración de Ginebra, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Suiza en 1948 y enmendada posteriormente.

*“En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica: Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideración que merecen; Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia; Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente; Guardar y respetar los secretos a mí confiados, aún después de que hayan muerto; Hacer caso omiso de credos políticos y religiosos, nacionalidades, razas, rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente; Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aún bajo amenaza y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Solemne y libremente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho.”*

Queda claro que el respeto por el ser humano en su conjunto, por la acción humanitaria y por lo que llamamos asistencia humanizada, está en el código genético de la profesión, es nuestra principal fuente de inspiración y es nuestra esencia.

Pues bien, ahora veamos con ejemplos y datos, si esto es realmente así, si el compromiso es fuerte o si es solo meramente cosmético.

Para empezar quizá por lo más llamativo, nunca destacaremos lo bastante que, hay más de 2.788 profesionales españoles trabajando en Cooperación Internacional, con los datos de la AECID de 2015 y que el 77% de los Colegios Oficiales de Médicos mantienen hoy programas activos de Cooperación Internacional.

Asimismo, no podemos olvidarnos de que este año 2016 ha sido especialmente duro en lo que se refiere a la masacre de personas en lugares de guerra y que específicamente han sido destruidos hospitales y centros sanitarios con más ahínco que nunca anteriormente. La tragedia de Aleppo, de dimensiones épicas, se ha llevado por delante hospitales de alto nivel y centros universitarios, pero también simples centros de apoyo gestionados por ONGs siendo quizá la primera vez que los sanitarios han sido tratados como objetivo de guerra, masacrados con detenimiento y minuciosidad asesina, contraviniendo todo el derecho internacional y la costumbre generada en décadas y siglos anteriores. Los médicos están siendo asesinados en acto de servicio humanitario y la comunidad internacional resulta espectadora impotente sin soluciones al respecto. A día de hoy quedan en la ciudad de Aleppo, que recordamos que tuvo varios millones de habitantes, solo 30 médicos, según informa ABC hace pocos días. Los últimos héroes que aguantan bajo las bombas curando a los heridos casi solo con sus manos desnudas.

Más allá de la guerra humana, el médico siempre ha estado vinculado a la guerra del tiempo, de la enfermedad, de la vida y la muerte. En época reciente hemos asistido de nuevo al fallecimiento inevitable de médicos, concretamente de médicos que atendían a pacientes afectados por el virus Ébola. En el caso español, los hermanos Pajares y García Viejo, de la OSJD infectados por el virus en Liberia y en Sierra Leona; no en vano, el Ébola presenta un riesgo entre 21 y 32 veces mayor de afectar a profesionales sanitarios que a la población general de las regiones afectadas por un brote epidémico.

Pero existe también el caso silencioso de centenares de médicos más que mueren dando su vida allá donde se les necesita, allá donde la obligación profesión los ha llevado, por tuberculosis, por hepatitis, por accidentes, por tantos problemas que solo aquejan a aquellos que hacen su trabajo de cerca, en contacto, dando la mano al que sufre, como decía hace poco su Santidad el Papa, en audiencia privada a los médicos latino-iberoamericanos.

En la reciente crisis de la hepatitis C, en la que la codiciosa mano de algún laboratorio farmacéutico estrangulaba el acceso de la población a su derecho a la salud, a través de los medicamentos antivirales innovadores, quizá no se destacó lo suficiente que un contingente fundamental de ese colectivo de afectados portadores del virus C es de profesionales sanitarios. Hombres y mujeres infectados en acto de servicio, como accidente laboral en su mayor parte no reconocido, no indemnizado y ahora por lo que parecía, también desatendido.

Por otra parte, al margen de las situaciones críticas de vida y muerte aquí expuestas, hay muchas otras realidades cotidianas que demuestran el alto grado de implicación humana del médico con la sociedad, con las personas. Imaginemos las condiciones de trabajo de las guardias de 24 horas en los hospitales abarrotados de la post-crisis. Médicos en España y de otros lugares del mundo que atienden en zonas rurales a sus pacientes, con gesto de ánimo, con palabras de cariño, en condiciones difíciles y además pobremente retribuidos. Médicos, que como tantas veces se dice de los actores y artistas y jamás de un médico, han perdido a su padre o han parido a su hijo hace poco, y ahí están, por puro profesionalismo, al pie del cañón, en la carretera de noche, camino de la casa del valle donde alguien los necesita, o en la puerta, como llamamos nosotros a la urgencia, de ese hospital que supone el destino final común de todo doliente urbano. Esto es real, sucede cada día y nadie habla de ello. Esto es también Humanización.

Pero profundicemos en el nivel de compromiso. Veamos hasta donde llegan los médicos en su apuesta por las personas y por su dignidad.

La actividad profesional del médico del siglo antepasado era eminentemente liberal, por cuenta propia y retribuida directamente por el paciente, por tanto claramente elitista. Hacia los años 20 del siglo pasado, la atención había evolucionado hacia los igualatorios en los pueblos. En la España de 1920, aquejada del mal endémico de las “sociedades de médico, botica y entierro”, se sufría con frecuencia el desamparo de familias que no pudiendo pagar el igualatorio, quedaban al albur de la salud/enfermedad, enfrentándose a la bancarrota y al desahucio, para poder subvenir las facturas de la clínica. ¿Quién querría ver morir a un hijo de apendicitis? Esta situación fue vencida progresivamente por los sistemas de SOE y de Seguridad Social y posteriormente por la universalización o casi de nuestro Sistema Nacional de Salud, que solo en época muy reciente ha tenido tentaciones de retorno al olor a naftalina del extinto Instituto Nacional de Previsión.

¿Qué puede haber más deshumanizado que la ausencia completa de auxilio profesional, por impago de la póliza? Pues bien, esa es la situación actual en los EE UU para muchos millones de americanos sin seguro, amenazados por la inminente destrucción del Obamacare, por la nueva administración del electo presidente Trump. Esa es la situación también de muchos otros países del mundo, en particular de todos aquellos que carecen de atención primaria de cobertura universal, es decir, la mayoría, donde el sesgo de acceso al sistema de los más pobres y de la gente del campo, está garantizado.

Nuestro país goza del privilegio de este prerequisite humanizador por excelencia: la existencia del sistema, del acceso universal y gratuito al primer escalón y a los siguientes. Y este hito no cayó del cielo. Esta construcción piramidal de hecho puede desmoronarse en cualquier momento, ha estado a punto de hacerlo, por ejemplo en zonas de España, donde se decidió arbitrariamente suprimir servicios de urgencias rurales, con el argumento de que a ellos iba poca gente, sin darse cuenta de que por poca que sea, si no existe el dispositivo, cerrarán la puerta a los hombres y mujeres del campo de España a su derecho a la salud.

Pues bien, con la excepción de los EE UU, donde como digo quizá tampoco cuaje la reforma conocida como Obamacare, el resto del mundo desarrollado ha evolucionado a sistemas de seguridad social o de sistema nacionales de salud, en el que el agente provisor es el propio Estado, bien con estructuras propias o bien concertadas y los médicos son profesionales funcionarios o contratados a tal fin.

Cuando hacia 2012 una comunidad autónoma quiso de modo pionero malbaratar sus estructuras sanitarias públicas, urgida por la crisis económica, cientos de médicos salieron a la calle con sus batas blancas, en una de las iniciativas sociológicas más extraordinarias de la historia reciente de nuestro país. Los médicos podrían haber ganado más dinero en ese nuevo sistema concertable, movido por el motor aritmético del ánimo de lucro, pero decidieron apostar por la gente, por las personas, por los pacientes. ¿Cómo habrían quedado los más débiles del sistema, los inmigrantes sin seguro, los ancianos y los pacientes terminales? ¿Qué posibilidad real de cuidados de calidad tendrían en un sistema de pago por acto médico, gobernado por los nuevos poderes de la sanidad, tiburones financieros y fondos de inversión?

Quede claro que nada se objeta en estas líneas al enorme trabajo de las organizaciones clásicas, expertas en cuidados, ni de la estructura que se diseñó y produjo ad hoc para la red sociosanitaria vigente. Es un caso diametralmente opuesto: ahí las estructuras privadas auxiliaron a las públicas allá donde estas no llegaban, haciendo de la colaboración público-privada un paradigma de lícita cooperación y buen entendimiento. Aquello era bien distinto, era la destrucción interesada del sistema sanitario público, universal y gratuito que habíamos recibido y alguien se proponía hurtar y enajenar.

Las “mareas” reivindicaron al médico como líder de la sociedad en la defensa de los valores de todos, de la cosa pública, que bien gestionada será siempre más eficiente que la empresa privada al tener ésta un respetable y lícito ánimo de lucro. Porque entre otras cosas, el sistema sanitario asistencial público será siempre superior al privado en equidad y accesibilidad.

Llegando ya al motivo de la reunión que nos ocupa, ¿Cuál es el papel del médico allá donde no puede curar? Pues aliviar y consolar. Acompañar. Estar y Ser. Estar como persona siendo médico. Qué fortuna poder contar con la lengua castellana para poder distinguir ese matiz de los dos verbos que se complementan, ser y estar.

El hallazgo más extraordinario del oficio de médico fue poner las manos encima del paciente. Su beneficio es inmediato. El contacto del médico que explora minuciosamente en busca de un signo que le ayude a interpretar la enfermedad mejor y a controlar los síntomas produce ya en sí mismo consuelo y alivio. Los médicos lo sabemos. Merece la pena que las generaciones futuras de médicos no lo olviden: por mucha tecnología que se ponga en juego, por muchas medicinas innovadoras que lleguen, la escucha atenta, la palabra oportuna y el ritual clínico de exploración constituyen nuestro patrimonio profesional inmaterial universal y así debe ser reconocido.

El avance en los últimos años en la generalización de los cuidados paliativos profesionales, en los que la OMC ha influido tanto en la esfera promotora e institucional, como desde su Fundación para la Formación, en donde se han formado 1.825 profesionales en las sucesivas ediciones de los cursos de Cuidados Paliativos, gracias a sus múltiples profesores expertos, alguno de los cuales está hoy aquí, junto con el interés creciente de la sociedad, ha dado un vuelco notable a la lamentable situación previa. Hoy cada vez son más los pacientes que terminan sus días de modo confortable, en un entorno adecuado, con privacidad y acompañamiento, en una agonía medicada de modo prudente para evitar sufrimiento adicional al paciente y sus familias. Hoy no es preciso el dolor, ni para parir ni para morir. El dolor, no es necesario.

Le preguntaban hace días a un conocido referente de los cuidados paliativos en España en un programa de televisión, cuál era la diferencia entre los cuidados paliativos y la eutanasia. El maestro respondía que dos fundamentales. En primer lugar, los paliativos se aplican solo a pacientes en condición de enfermedad incurable en sus últimas fases, Y dos, la intención de los mismos es estrictamente controlar el dolor y otros síntomas de la agonía. El periodista parecía no entender. En particular se sorprendía del concepto de “intención”. Parecía desconocer que incluso en nuestro código penal y en toda la justicia moderna, la intención es lo que verdaderamente cuenta. Más allá incluso del daño objetivamente demostrable, a un imputado (o investigado) se le va a juzgar por la intención del daño que quería causar. En el caso de la eutanasia la intención es completamente opuesta a nuestro código de deontología y por tanto hace esta práctica ajena a nuestra conducta profesional.

Pero aún hay más. La totalidad de los médicos saben hoy que el final de la vida no es el momento de abandonar al paciente.

Existen en la vida dos modos extremos y opuestos de abordar el problema, con carácter general. Por un lado está el ejemplo del Capitán Francesco Schettino, quien en la noche del 12 de enero de 2012 abandonó la nave Costa Concordia con 4.200 personas a bordo, 32 de las cuales fallecieron. Salió el primero, en un bote neumático para entrar por la puerta grande en la historia de la infamia. En el extremo opuesto está el Capitán Chesly Sullenberger, que amerizó el vuelo 1549 de US Airways en las gélidas aguas del Hudson el 15 de enero de 2009, salvando a todo el pasaje y la tripulación y abandonando la nave aterido en último lugar después de verificar varias veces que no quedaba nadie a bordo.

Pues bien, entre estos dos extremos posibles, los médicos somos los que quedamos al final. Ya no hay terapia útil posible, incluso hemos logrado el confort del paciente en esas últimas horas, pero continuamos acudiendo a la cabecera del paciente, a completar el rito antiguo del control de las constantes, de la auscultación de los ruidos cardiacos, de la presencia de pulsos periféricos y de edemas, porque ese gesto clínico transmite algo inmaterial que conforta, que quizá perciba aun el paciente, pero que desde luego llega muy hondamente a sus familiares. El médico estará con actitud serena, profesional y cercana; confirmará con gestos y palabras que el paciente no sufre, reafirmará que se hizo todo lo posible, hasta el último momento, y será un discreto y afectuoso acompañante más del último viaje, sin traspasar la frontera sutil del afecto filial, que solo compete a los allegados. Sabrá ser médico y estar como tal, respetando el último momento, solo propiedad de los seres queridos de la persona que va a morir.

Y lo haremos por el paciente, un ser humano idéntico a nosotros, en un trance que todos pasaremos. Pero lo hace también y aún más por la familia, no en vano 35.000 médicos en España son médicos de familia, y van a recibir a esos familiares después, y los van a atender en el duelo y en sus propias enfermedades somáticas, por lo que esa atención respetuosa en el final de la vida es un componente más de los cuidados continuos que se dan a toda la familia.

E incluso aunque no fuera ese el caso, al final es posible, que semanas después, esté el propio médico en la fila del cine justo antes de ver la gesta del Capitán Sullenberger (Sully), y alguien susurre a su lado: “mira, ese es el médico que tan bien atendió a papá, hasta el final”.