



DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICO NUMERARIO,
CELEBRADA POR LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 26 de abril de 2018

Discurso de ingreso
del

Ilmo. Sr. Dr. D. Rafael Pacheco Guevara

‘Hacia la competencia médica desde las evidencias científicas y los valores éticos’

Discurso de contestación
por el

Ilmo. Sr Dr. D. Tomás Vicente Vera
Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

Edita:



*Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia*

Realización y producción:

Juana Alegría

Depósito Legal:

MU-492-2018

Índice:

• Hacia la competencia médica desde las evidencias científicas y los valores éticos	7
– Preámbulo	13
1. La medicina: una ciencia social.....	15
2. Sin ética no es medicina	17
3. Profesión y profesionalidad	18
4. Ética, bioética, deontología y ley	18
5. Dualidades médicas	20
6. Principios bioéticos	22
7. Derechos y deberes de los enfermos. Autonomía del paciente.....	23
8. Respeto a la privacidad.....	25
9. Justicia, Equidad y «SOSTenibilidad»	26
10. Riesgo de navegación en círculo	27
11. Responsabilidad profesional y medicina defensiva	28
12. Calidad, seguridad del paciente y excelencia: imperativos éticos.....	29
13. Cronicidad, terminalidad y ética de la contención	30
14. Valores propios del Sistema Nacional de Salud	32
15. Ética y gestión sanitaria.....	33
16. La trilogía médica	34
17. Humanización de la asistencia sanitaria.....	35
18. Charlatanismo médico.....	35
19. Futuro previsible	36
20. Epílogo.....	36
– Textos consultados.....	39
• Discurso de contestación	45

Discurso de ingreso

**‘Hacia la competencia médica
desde las evidencias científicas
y los valores éticos’**

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Rafael Pacheco Guevara

Agradecimiento:

Mi agradecimiento a esta bicentaria e ilustre institución, que es templo del pensamiento, la reflexión y el conocimiento médico, a los ilustrísimos académicos que me propusieron, a quienes me votaron y a mis padrinos.

Dedicatoria:

*A mis padres y a mi hermano Manolo, ausentes.
A mi esposa, mis tres hijos, mi nieta y mi hermano gemelo.*

*Excmo. Sr. Presidente de la Comunidad Autónoma de Murcia,
Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia, autoridades, académicos, familiares, amigos,
señoras y señores.*

Preámbulo:

Lo que les voy a exponer es reflejo del bagaje adquirido durante una trayectoria profesional (clínica, docente y gerencial), de casi cuarenta años, como médico hospitalario y profesor universitario. Además de sentirme orgulloso de poder cumplir con este reglamentario e inexcusable requisito, pretendo que sea un análisis crítico y útil, con aporte de ideas al debate sociosanitario.

Cinco serán los mensajes fundamentales de este texto:

1. Sin ética, no es medicina.
2. La evidencia científica no debe prescindir de la conciencia humanista.
3. Ser médico es mucho más que ser experto en biología humana.
4. La muerte no es el fracaso de la medicina, tampoco la inmortalidad es su objetivo.
5. La joya de la corona española, el SNS, tiene amenazada su «SOSTenibilidad».

1. La medicina: una ciencia social

La acción curativa es muy anterior a la ciencia médica, casi tan antigua como lo es el *Homo sapiens*. Inmediatamente después de que un primate, debido al desarrollo del neocórtex cerebral, adquiriera la necesaria madurez mental para ser consciente de la temporalidad de la vida, surgieron: el miedo, la incertidumbre y la ansiedad ante la muerte.

Alcanzado mediante un proceso natural evolutivo ese primitivo nivel intelectual, afloran unos sentimientos básicos, junto a los instintos. Conforme se va teniendo certeza de la fragilidad, vulnerabilidad y temporalidad del proceso vital, se empieza a temer por el futuro personal y por el de la prole. Nadie ha demostrado que el resto de los animales tenga esa capacidad: reconocen la muerte de sus congéneres, pero ignoran su propio e irremediable destino.

Desde una perspectiva antropológica y cultural, el empeño por intentar reparar los inconvenientes generados por la enfermedad constituye una constante humana, así como lo es la ingenua atribución a un origen sobrenatural: por castigo, como advertencia o por venganza. Ese primer homínido experimentó el deterioro de su plenitud física como lo que era: una merma en sus capacidades de supervivencia. Comprobando que la enfermedad entorpecía y dificultaba su subsistencia y defensa colectiva, pronto intentó subsanarla.

Contra el pánico provocado por la muerte, surgió la *magia* (que le otorgaba un origen no natural), después el *mito* (como relato para la explicación del mundo) y, finalmente, el *rito* (relacionado con una deidad, generadora del origen y del final). Pronto se vinculó a la sanación con la santidad; solo en esa altísima instancia podría generarse.

Etimológicamente, lo sano y lo santo están muy relacionados (como magistralmente argumentó el médico polaco Andrzej Szczeklik, en un interesante libro, titulado *Catarsis*). De ahí que, antes que ser empírica y científica, durante miles de años la medicina tuviera un carácter mágico-religioso, que aún no ha desaparecido totalmente (todavía hoy, mejoraremos, solo «cuando Dios quiere»).

Se necesitó al sanador (chamán, brujo, hechicero...) y se depositó en él, por sus conocimientos y contactos con el más allá, la esperanza en la curación. Evidentemente, desde los comienzos, el curandero gozó de prestigio, presentándose siempre como un médium de la voluntad de un ser superior. La sanación derivaba de la decisión de Dios, a través de las palabras mágicas del chamán, y por sus conocimientos revelados sobre las plantas, los animales y los designios astrales. La sociedad (antes, la tribu) precisó confiar en quienes conocían y detenían las soluciones a sus problemas de salud, por lo que les otorgó autoridad y una serie de prerrogativas, en función de su importante misión.

Los primeros pasos de la medicina racional y científica se dieron en los siglos VI y V antes de Cristo, en el mundo heleno, donde se hizo de la medicina un saber técnico, basado en el conocimiento científico de la naturaleza. Muy acertadamente, el doctor Soriano Palao, académico correspondiente de esta docta institución, cita en su discurso de entrada a la Academia a varios de los que constituyeron esa gran hazaña humana: Alcmeón de Crotona, los itálicos Hipón y Filolao, Ico de Tarento, Eurifonte, Tesias, Polícrito y el gran Hipócrates de Cos.

2. Sin ética no es medicina

Las licencias no le fueron concedidas al sanador a cambio de nada. Se le permitió entrar en la privacidad y en la intimidad de personas y hogares en beneficio de los propios enfermos, y confiando en su sigilo, discreción, conocimiento y honestidad. La Medicina es un servicio que se fundamenta en una relación de ayuda, y el médico, de manera inherente a su trascendental cometido, ha de comportarse como un *Homo ethicus*.

Homo sapiens y *Homo ethicus* (sabio y honrado):

origen y esencia de la dualidad que caracterizó siempre a la medicina, que es ciencia y es arte. No era concebible, ni admisible, que aquél que perseguía el bien de las personas y lo hacía por delegación divina, albergara intenciones o intereses espurios, alejados de la virtud, la nobleza y la bondad. Por lo tanto, y desde siempre, la ética acompañó e impregnó a la medicina.

Pedro Laín Entralgo estableció magistralmente la esencia del acto médico, como un encuentro entre dos agentes:

el uno, dotado de saberes, habilidades y destrezas y, el otro, que ha sufrido una pérdida.

La enfermedad siempre lo es:

no solo es flaqueza de la salud, también es disminución de libertad, movilidad, capacidad y, con frecuencia, de autoestima.

Para que ese encuentro sea útil y productivo, tendrá que estar presidido por la confianza, que solo surgirá en el estricto entorno de la esfera de privacidad. El médico se constituye en un confidente necesario para el paciente.

3. Profesión y profesionalidad

Merece la pena detenerse en el significado y contenido de la palabra profesional. Entiendo que lo es quien, además de acumular conocimientos y competencias, es capaz de profesar un específico código de valores morales.

Con la evolución de algo tan vivo como es el lenguaje, la palabra profesional ha adquirido tanta importancia que, en la actualidad, es tenido por tal, todo el que desempeña bien su cometido laboral. Pero no siempre fue así; solo era considerado profesional aquel al que, paralelamente al dominio de su oficio, se le exigía una irreprochable conducta ética. Por ello, los primeros profesionales fueron sacerdotes, magistrados y médicos. Así fue la universidad medieval europea: teología, derecho y medicina.

Eran inconcebibles unos ministros eclesiásticos que no vivieran con arreglo a la doctrina que predicaban, unos magistrados que no siguieran y aplicaran la ley con justicia y objetividad o unos médicos que no ejercieran su profesión con absoluto respeto y dedicación a los enfermos. La profesionalidad será el distintivo que les caracterizará a todos ellos. Lo que hacen, por su enorme interés y repercusión social, han de hacerlo con capacidad, rigor y limpieza moral.

Para la Organización Médica Colegial, *«la profesión médica es la ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades, aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente, antes que el propio»*. Nadie duda acerca de que al médico se le tenga por un profesional.

4. Ética, bioética, deontología y ley

Considero imprescindible, para una óptima recepción de mi mensaje, aclarar las diferencias fundamentales entre los distintos mun-

dos (ética, bioética, deontología y ley) que conforman este específico universo conceptual.

Cuando nos referimos a la **Ética**, hablamos de los valores, de esas intangibles abstracciones que, sin embargo, son esenciales para todas las personas y todos los grupos humanos. Sin ellos, no existe sociedad. Hasta tal punto es así, que son estos los que diferencian a unas de otras. Más importancia, aún, tiene su jerarquía. Al respecto, solo es necesario cruzar el mediterráneo y constatar el respeto concedido en otros países a la discrepancia política, la libertad religiosa o la crítica social. Los valores más relevantes de nuestra sociedad occidental tienen origen grecolatino y judeocristiano: dignidad, libertad, responsabilidad y justicia.

La **Bioética** (ética de lo biológico) pretende el acercamiento a determinados dilemas vitales, desde la óptica de los valores morales. Estos, los valores morales, son sus herramientas. Es muy importante en medicina, pero no es exclusiva de las ciencias médicas. El descriptivo vocablo se debe a un bioquímico estadounidense, profesor de oncología: Potter (1970). Una disfunción puede enfocarse desde una mirada anatómica, bioquímica, fisiológica, histológica, psicológica, etc. Cuando el análisis se hace desde la óptica de los valores éticos, nos movemos en el ámbito de la bioética. Es mediante la reflexión y el debate como se alcanza alguna conclusión. El Prof. Diego Gracia Guillén, principal referente nacional de esta disciplina, recomienda ante los dilemas éticos optar por cursos o soluciones intermedias. Imprescindible citar el documento de consenso denominado Convenio de Oviedo (*Convenio del Consejo de Europa sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina*), suscrito el 4 de abril de 1977. Es reconocido como uno de los más importantes textos de la bioética europea. La Bioética ha adquirido un importante protagonismo por determinadas circunstancias sociales, como son el gran avance de la medicina desde la aparición de los antibióticos y la importancia adquirida por los derechos individuales de las personas. Además, el sida constituyó un importantísimo catalizador para su avance.

La **Deontología** (etimológicamente tratado de los deberes) es la

ética específica de una determinada profesión. Por eso, siempre va acompañada del apellido correspondiente: deontología médica, farmacéutica, enfermera, etc. Es unánime considerar al *Juramento Hipocrático* (Siglo V, antes de Cristo) como el texto deontológico más antiguo, regulador de las obligaciones básicas del médico. Se sabe con certeza que no fue escrito por Hipócrates, sino por algunos de sus discípulos, siguiendo sus enseñanzas. Herederos de ese primitivo escrito son los actuales códigos de ética y deontología médica, elaborados por los colegios profesionales y actualizados periódicamente, según dicta el avance sociocultural y el de la ciencia médica.

Finalmente, la **Ley** es la norma escrita y de obligado cumplimiento, imprescindible para la convivencia ciudadana y la paz social. Se suele fundamentar en la moralidad social más imperante, hasta tal punto que podemos afirmar que la ética legitima a la ley. Basta ojear los preámbulos de nuestros principales textos sanitarios para comprobar cómo el legislador ha justificado el articulado en principios de carácter moral. Cuando un concepto ético adquiere un importante arraigo social, evoluciona a precepto legal; lo que venía siendo respetado y reconocido, pasa a ser, además, de obligado cumplimiento. Sucede así con el secreto, que siendo muy valorado por la sociedad en general, adquiere la connotación de exigible para los médicos y el resto de profesionales sanitarios.

5. Dualidades médicas

Según Aldo Pellegrini, «*la medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades*». La sociedad nos confía el importante cometido de la ciencia médica y nos dota de autoridad, poder y prestigio. Nos respeta y, como contraprestación, nos exige competencia, responsabilidad y decencia.

Para ser médico es imprescindible aunar armónicamente un conjunto de aptitudes y actitudes. Hasta tal punto es así que, sin esa conjunción, muy difícilmente se logrará ser un buen profesional de la

medicina. El buen médico ha de ser magnánimo, lo que literalmente significa poseer grandeza de alma. Siempre se ha mantenido que nuestro ejercicio responde a esa dualidad: arte y ciencia. El genial Leonardo da Vinci simbolizó la unión, dejando escrito que para desarrollar una mente completa era conveniente estudiar la ciencia del arte y el arte de la ciencia. Esto está rigurosamente vigente, en lo que a la medicina respecta. Al estudiante de medicina, desde que ingresa en la Universidad se le deben transmitir los valores éticos que nos son propios. Estoy convencido de que si no logramos esa impregnación, no estaremos generando un óptimo médico.

Expuesto recientemente en esta Academia, por el cirujano murciano don Marcelino Méndez Martínez, lo que entendemos por medicina moderna, se gesta durante el siglo XVIII y se termina de configurar en el XIX, con el positivismo. Se fijó como paradigma formativo y profesional el modelo biomédico racional y científico, olvidándose del humanismo, lo que produjo tres efectos: separación de científicidad y bondad de sus efectos, medicalización indefinida y consideración de la salud y la enfermedad como fenómenos económicos.

Si lo que se pretende es lograr buenos médicos, habrá que añadir a las certezas y a las evidencias, los inexcusables valores morales. Autenticidad, respeto, servicio, tolerancia, empatía, asertividad, congruencia, altruismo, generosidad, entrega, honestidad y compasión son tan importantes como formación reglada, competencia clínica, habilidad técnica, rigor y conocimiento científico.

Distinto sería si, como a veces erróneamente se piensa, la sociedad demandara solo buenos expertos en biología humana. Mientras se pretenda mucho más de lo anterior, en medicina estaremos a la inexcusable complementariedad del arte y la ciencia, porque ser médico de personas es mucho más que entender y saber de biología humana. Solo el auténtico compromiso con los valores y con las conductas que los reflejan nos hace ser buenos profesionales y, además, sentirnos satisfechos de serlo. El lema de los profesores de medicina, podría ser:

«Dadnos buenas personas y nosotros los haremos buenos médicos».

Algunas dualidades:

ARTE	CIENCIA
Actitud	Aptitud
Cuidado	Curación
Compasión	Resolución
Complicidad	Capacidad
Afectividad	Efectividad
Entrega	Destreza
Paciencia	Experiencia
Calidez	Calidad
Emoción	Razón
Acercamiento	Conocimiento
Comunicación	Información
Conciencia	Evidencia
Talante	Talento
Trato	Tratamiento

6. Principios bioéticos

En línea con lo expuesto, los estudiantes, desde su ingreso en las facultades, deberán aprender a asumir como propios los cuatro principios bioéticos (**beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia**) establecidos en Estados Unidos, con el *Informe Belmont* (1978), titulado: «*Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación*». (Comisión Nacional para la Pro-

tección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento) y, posteriormente, recogidos en su libro, por Beauchamp y Childress.

Debemos intentar beneficiar a nuestros pacientes, cuidando de no hacerles daño (*primum non nocere*), teniendo muy en cuenta su criterio (autonomía) y atendiendo a todos con equidad (justicia). Es de capital relevancia que seamos capaces de asumir esos principios como las guías básicas de nuestro comportamiento profesional, desde los primeros pasos en los estudios de los distintos grados sanitarios. Los más importantes derechos de los enfermos derivan directamente de ellos.

Considero preciso aclarar que la ética de los principios y de los valores pierde su sentido cuando no es capaz de generar conductas. Solo nuestras actuaciones cotidianas nos definen e individualizan. Siendo muy humano mantener un buen discurso, después hay que ser coherente con lo defendido. El mérito del médico ha de fundamentarse en trayectoria, dedicación, prudencia, acierto, preparación, esfuerzo y entrega. Sin ellos, de poco vale la defensa de los valores éticos.

7. Derechos y deberes de los enfermos.

Autonomía del paciente

Constituyen la objetivación legal de los citados principios. Cuando proclamamos que los pacientes tienen derecho al respeto, al secreto, a la intimidad y a la información, estamos concretando intenciones que se fundamentan en el principio de beneficencia. Entiéndase que, cuando me refiero al derecho a la información, lo hago al derecho a la información/no información. Informar es un arte y el paciente es el que ha de marcar la pauta, estableciendo cuándo y cuánto quiere saber.

Para informar correctamente es muy conveniente manejar con habilidad ciertas competencias basadas en las actitudes: autenticidad, congruencia, autoestima, empatía y asertividad. Al establecerse la obligatoriedad del consentimiento informado para cualquier actua-

ción diagnóstica o terapéutica que implique un riesgo para el paciente, actuamos según el principio de autonomía. De igual manera, al defender la adecuación del esfuerzo terapéutico, rechazar la futilidad y practicar una ética de la contención, obramos según el principio de no maleficencia. Respetamos el principio de justicia cuando asumimos la obligación ética y legal de tratar a todos de manera equitativa.

Oportuno es aclarar que, mientras que la igualdad es un término matemático, la equidad es un concepto ético; a todos por igual, pero a cada cual según su necesidad. Se dice con frecuencia que la medicina actual ha entrado en la era de la autonomía, y es verdad. Una asistencia sanitaria exclusivamente basada en la beneficencia y en la no maleficencia, hoy sería tildada de paternalista. Una suerte de despotismo ilustrado: «*Todo para los enfermos, pero sin los enfermos*». La importancia del individuo y el respeto a su dignidad y libertad nos conducen a asumir que solamente él es el dueño de sus decisiones y de su destino. Aceptándose que, para poder decidir, ha de estar previamente bien informado.

Ya en el artículo 10 de la *Ley General de Sanidad* se establece que esa información ha de ser veraz, entendible y todo lo amplia que demande el interesado, incluyendo las ventajas esperadas y los riesgos a asumir. El enfermo capaz, tras reflexión y ponderación, será quien decidirá. La *Ley de Autonomía del Paciente* define el consentimiento informado como

«la conformidad, libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades y después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud».

Evidentemente, ante la negativa a autorizar una determinada prueba invasiva o terapia, no está justificado decaer en el interés y esfuerzo por lograr el mejor diagnóstico y tratamiento, pero, excluyendo lo específicamente rechazado.

Otra manifestación de la autonomía se produce cuando se cumpli-

menta un documento de instrucciones previas o de últimas voluntades (*testamento vital*). Al hacerlo, estamos proyectando nuestra voluntad actual, a etapas posteriores de nuestro itinerario vital, en las que la capacidad cognitiva podrá estar muy disminuida o haber desaparecido. Es fundamental la figura del representante, quién, llegado el caso, será el mejor intérprete de nuestra intención ante el equipo terapéutico que nos asistirá. Parece obvio recordar que, debido a su función, es conveniente que el elegido como representante sea menor que nosotros y comparta nuestros más arraigados valores: éticos, ideológicos o religiosos.

8. Respeto a la privacidad

La esfera de la privacidad de una persona es algo tan importante que, de hecho, viene contemplada en nuestra carta magna como un derecho fundamental: el derecho a la intimidad. Por otro lado, resultará inútil el intento de ayudar a un paciente, si este no nos confía las posibles claves que han podido estar en el origen de su enfermedad. Por lo tanto, desde un firme compromiso de confidencialidad, y amparado por la necesaria confianza del acto médico, el médico pregunta y conoce datos y antecedentes biográficos del enfermo, siempre que él no se oponga y con el exclusivo objetivo de llegar al mejor diagnóstico para un correcto tratamiento.

Desde mi experiencia clínica, lo que a la confidencialidad es el secreto, es el pudor a la intimidad. Entre nuestras prerrogativas profesionales está la de acceder a la desnudez de nuestros pacientes para la exploración semiológica, pero, hágase cuando sea necesario, con exquisita sensibilidad y enorme respeto: el que no sea capaz de asumir esto, no puede ejercer la medicina.

Ya en el *Juramento Hipocrático* está contemplado el sagrado compromiso del médico, respecto al silencio y respeto con las dolencias de su paciente. El secreto es un valor social, también es valor ético y deber deontológico para los médicos. Además, para nosotros, es un precepto legal.

9. Justicia, Equidad y «SOStenibilidad»

El principio bioético de Justicia, también llamado de terceros o de la sociedad, constituye un importantísimo logro de las sociedades democráticas avanzadas. Cuando la protección de la salud y la tutela de la asistencia sanitaria de la población son asumidas por los poderes públicos, han de existir garantías para que alcancen a todos con equidad. Procede reflexionar sobre la enorme trascendencia de este serio compromiso estatal en un contexto de recursos limitados y de enorme gasto en Sanidad.

La medicina, y por ende la atención sanitaria de calidad, es muy cara y cada vez lo será más (basta citar los fármacos antirretrovirales contra el sida, los que combaten la hepatitis C o los nuevos antineoplásicos), así como la eficaz y muy costosa tecnología de los equipamientos electromédicos para el diagnóstico por imagen: tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RNM), tomografía por emisión de positrones (PET), etc. También cuestan mucho los trasplantes de órganos y la hemodiálisis. Sucede que, dada la desmesurada fascinación ante la tecnología y los avances médicos, la expectativa de los ciudadanos es muy alta, lo que irremediablemente genera un umbral de frustración fácilmente alcanzable.

Todo se espera de la atención sanitaria pública porque a todo se tiene derecho, confundiendo el derecho a la asistencia con el derecho a la salud, que no existe en nuestro país ni en ningún otro del mundo, dado que la vida es limitada e irreversible, al menos, de momento. En palabras del doctor Méndez Martínez:

«Hemos llegado a confundir salud con bienestar absoluto y calidad de vida con plenitud vital, lo que conduce a exigencias ilimitadas hacia el sistema sanitario. El riesgo es la pérdida de la dimensión humana de la enfermedad, detrás de su dimensión científico-técnica y sociocultural».

Creo adecuado manifestar mi opinión sobre la corresponsabilidad

en el gasto sanitario: pienso que, además de financiarlo mediante los impuestos y las cotizaciones laborales, deberíamos ayudar con el pago de una cantidad cuasi simbólica, en el momento de recibir la prestación, en un intento de disuadir del mal uso y del abuso. Lo que propongo, que reconozco está sujeto a controversia, sería algo parecido al sello postal: con el franqueo no pagamos lo que cuesta Correos, pero esa colaboración nos hace valorar el servicio y no mal utilizarlo.

Asunto distinto sería que gozáramos colectivamente de una extraordinaria educación sanitaria, capaz de generar un uso absolutamente comedido y racional. Esto solo llegará a través de la escuela, por lo que será muy lento y, dadas las actuales premuras presupuestarias, me temo que solo por esa vía no llegaremos a tiempo.

10. Riesgo de navegación en círculo

Quienes de ustedes tengan a bien leer posteriormente este discurso, podrán observar mi manera de escribir la palabra «SOSostenibilidad». Ello se debe a que albergo importantes dudas sobre la continuidad a medio plazo del actual servicio público sanitario y si será posible mantener su contrastada calidad. Es indemorable pasar desde un sistema sanitario (SS), a un sistema sanitario sostenible (SSS).

Como consecuencia de no habernos atrevido a afrontar con valentía soluciones contundentes y eficaces, el servicio público sanitario puede entrar en una fase de progresivo deterioro, que lo haga languidecer, siendo cada vez menos utilizado por quienes puedan costearse otra asistencia de mayor calidad. El empobrecimiento de todo el sistema de salud, el envejecimiento de los equipamientos diagnósticos y del resto de las instalaciones, así como la huida de los mejores profesionales de la medicina pública, nos harían retroceder al antiguo sistema de cobertura sanitaria (Beneficencia), superado y olvidada desde la vigencia de la *Ley General de Sanidad*.

En definitiva: de nuevo estaríamos ante una medicina para los más pobres y otra para los que disfruten de una buena situación económi-

ca. Las alarmas están encendidas desde hace años. La primera gran advertencia vino con el llamado Informe Abril, que data de 1991.

11. Responsabilidad profesional y medicina defensiva

La responsabilidad constituye una cautela social irrenunciable, además de un elemento fundamental de autoexigencia profesional. ¿Alguien se imagina una sociedad que no exija a sus profesionales responder de sus actuaciones? Precisamente porque lo que le caracteriza al profesional es la enorme trascendencia social de su trabajo, este está limitado a quienes han acreditado la necesaria formación, que es la principal garantía de su adecuada actuación. Según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo: «El título presume competencia». Si existe el delito de intrusismo, justo será exigir responsabilidad a los facultativos. Asumido lo anterior, también es cierto que asistimos a una verdadera paradoja social: cuando más medicina se sabe y más enfermedades se combaten con éxito, más litigiosidad existe.

Lo anterior se debe a una serie de características propias de la Sociedad del Bienestar: gran avance de la ciencia médica, exacerbado hedonismo social (con rechazo de la enfermedad, el dolor y la muerte), gratuidad de la asistencia sanitaria y de la justicia y, también, un cierto mercantilismo colectivo (todo el mundo sabe que, tras el error o la negligencia médica, puede obtenerse una indemnización por vía judicial).

Aunque resulte paradójico, la realidad es que la medicina y el Sistema Nacional de Salud, actualmente son víctimas y rehenes de su propio éxito. Contra esa gran presión sobre los médicos, algunos recomiendan la práctica generalizada de medicina defensiva como estrategia de huida, lo que es totalmente rechazable porque desnaturaliza el acto médico y arruina el sistema público de salud. Es necesario combatir este fenómeno con buena formación, seguridad, asesoramiento y profesionalidad.

Al respecto, valga esta oportunidad para declarar cada vez más necesarios los servicios hospitalarios de medicina legal. Su existencia en las instituciones sanitarias traslada sosiego y tranquilidad a los clínicos, ante su arriesgada actuación profesional. Lo ideal de estos servicios es que estén dotados con algún médico especialista en medicina forense y con un letrado, experto en derecho sanitario. Ante un determinado problema, la cobertura y tutela dispensada por ambos profesionales, desde sus respectivas ópticas (la clínica y la jurídica), incorporan serenidad y disminuyen la incertidumbre generada por el suceso. Además, es muy valorable, la formación que emana de estos servicios: sobre derechos de los enfermos, responsabilidad sanitaria, protección de datos, ética biomédica, deontología, comités éticos, consentimiento informado, últimas voluntades, información a los pacientes, rechazo de la futilidad, etc.

12. Calidad, seguridad del paciente y excelencia: imperativos éticos

Si bien la calidad es exigible en cualquiera de los ámbitos laborales y de servicios, en lo referente a la atención a la salud adquiere relevancia de imperativo ético. No es tolerable una asistencia sanitaria que no sea de calidad. Ocurre igual con la excelencia, solo que, mientras la primera es medible y cuantificable, la segunda es un auténtico desiderátum, algo que constantemente se pretende y que es, por su esencia, casi inalcanzable. Practicamos una praxis más resolutiva que nunca, pero también más agresiva y arriesgada. Dicho lo anterior, téngase muy en cuenta que la vida es limitada, la incertidumbre siempre está presente alrededor de la medicina y que, entre sus objetivos reales, no está la inmortalidad.

Para poder hablar de calidad y excelencia, la seguridad del paciente ha de ser un objetivo absolutamente prioritario: el enfermo debe salir del hospital mejor que entró, nunca peor (salvo en el caso del óbito). Errar es humano y lo nuestro no es una ciencia exacta. De ahí

que el riesgo derivado de la actual práctica médica haya de ser minimizado al máximo. El respeto al enfermo y el compromiso con su salud nos obligan a prevenir, detectar, comunicar, analizar y evitar la repetición de cualquier error que haya producido un evento adverso. Ha de crearse cultura de seguridad en la totalidad de las organizaciones asistenciales, con exigencia del cumplimiento de buenas prácticas. Es interesante saber que, ante la equivocación, la víctima no es, exclusivamente, el paciente. Existe una segunda víctima: el profesional que, sin pretenderlo, causó un daño.

De nada sirve la aceptación teórica de los valores éticos y deontológicos si, acaecido un hecho desafortunado, se reacciona con engaño, soberbia, simulación y ocultamiento. Todo lo contrario; inmediatamente a su detección, ha de aceptarse, compartirse y analizarse, en evitación de su repetición y sin temor a la estigmatización. Tras el rápido empeño en la subsanación, se debe informar al enfermo o a los familiares, pidiendo perdón cuando proceda. Suele ser más aceptado un error admitido, que el fraudulento intento de su ocultación.

13. Cronicidad, terminalidad y ética de la contención

Sabemos que el futuro será el de la genómica, la proteómica, la robotización, la digitalización, el Big Data, la inmunoterapia y la medicina de precisión, pero también y, en parte, gracias a todo lo anterior, será el de la geriatría, la cronicidad y la terminalidad.

Afortunadamente, los avances sociales, económicos, tecnológicos y científico-médicos han logrado un gran aumento de la expectativa de vida: ingentes cantidades de personas vivirán más de 80-90 años. Eso trastoca absolutamente todas las coordenadas de la sociedad del siglo XX y las propias del sistema público de pensiones y el de asistencia sanitaria. Habrá que hacer un esfuerzo institucional para lograr incorporar a la totalidad de los equipos de atención primaria, trabajadores sociales, psicólogos clínicos y fisioterapeutas domiciliarios. El médico

dispondrá de un impresionante arsenal diagnóstico-terapéutico, capaz de prolongar la vida durante muchos años, pero tendrá que saber actuar con sensatez, para acompañar las posibilidades que le brindan los adelantos técnicos y la ciencia médica, con la cordura, el sentido común y el deseo real de sus pacientes. A pesar de la mayor longevidad y del mayor número de longevos, la vejez seguirá siendo, en la mayoría de los casos, un compendio de deterioro, demencia y dependencia: D+D+D.

Es muy defendible, y quien les habla está en esa línea, la asunción de una ética de la contención. No es racional utilizarlo todo con todos lo enfermos. El facultativo bien formado, sabio y honesto, ha de ponderar las ventajas y los inconvenientes de cualquier prueba o nueva terapia, y llegar al pleno convencimiento de su idoneidad para cada enfermo. La futilidad es siempre rechazable. Es urgente adquirir un adiestramiento suficiente, capaz de detectar aquello que, no siendo útil, pueda resultar maleficente. Es indispensable adecuar el esfuerzo terapéutico a lo lógico y realmente beneficioso para cada una de las personas enfermas.

El médico ha de luchar contra la muerte, pero esta no es el fracaso de la medicina. Sí que lo es la muerte a destiempo o razonablemente evitable. La muerte es el final de la vida. Morirse es el último de los actos vitales, pero también es un acto vital, de ahí que el verbo morir sea reflexivo: los seres vivos nos morimos. La dignidad y la voluntad de la persona deben prevalecer sobre el ciego y soberbio empeño en su supervivencia sin calidad de vida y, también, sobre el interés de la industria farmacéutica y tecnológica, respecto al excesivo uso de fármacos y terapias.

Nos enfrentamos a un nuevo fenómeno social: la consideración de la muerte como nuestro principal tabú. En unas cuantas décadas, hemos pasado desde el tabú *eros* (comienzo), al tabú *tánatos* (final). A los niños se les aleja del fenómeno de la muerte, no se les deja incorporar a su bagaje personal el hecho del final de la vida. Después, ante algo que nos resulta extraño, reaccionamos con temor y rechazo.

Un médico bien formado, no decide solo en función de su sabiduría o

su reconocimiento social, ha de hacerlo armonizando coherentemente sus conocimientos y competencias con lo mejor para el enfermo y con sus anhelos, expectativas y valores, respetando siempre, por encima de todo, su voluntad. Hay que huir del sobrediagnóstico y del sobretratamiento. Parafraseando al profesor Luna Maldonado, mi maestro, «no somos los señores de la vida y la muerte de nuestros pacientes, solo sus administradores en el orden terapéutico».

14. Valores propios del Sistema Nacional de Salud

Nuestro sistema público sanitario es, sin ningún género de dudas, la verdadera joya de la corona española. Y es así, porque se fundamenta en un importante conjunto de valores éticos: altruismo, solidaridad, universalidad, equidad y gratuidad. Todos ellos estuvieron en el origen de la *Ley General de Sanidad* del año 1986, así como en otras posteriores, siendo muy digna de destacar la conocida como *Ley de Atención al Paciente* (2002), que vino a otorgar carta de naturaleza a la bioética en nuestros hospitales y centros de salud.

En un ejercicio de autocrítica colectiva, es oportuno incidir en cuáles son las actitudes ciudadanas más generalizadas, respecto al Sistema Nacional de Salud que, como he señalado, se construye sobre sólidos pilares éticos. Frente a ellos, con demasiada frecuencia utilizamos las prestaciones sanitarias con cierta frivolidad y comodidad, pretendiendo la mayor seguridad, con grandes exigencias y hábitos marcadamente consumistas. Solo será la educación cívica, la que conseguirá un uso racional, ponderado y prudente de estos servicios que, por ser de todos, a todos han de llegar con calidad, y de todos es el esfuerzo necesario para poderlos mantener. Es imprescindible una mayor implicación de la escuela y de la familia.

Hay que desterrar el fenómeno de las agresiones a los profesionales sanitarios, que constituyen un claro índice de déficit colectivo de civismo, así como un exponente del peor de los efectos causados por una

exagerada expectativa, unida a un torpe manejo de nuestros derechos como ciudadanos.

15. Ética y gestión sanitaria

Habiendo vivido la experiencia de dirigir algunos hospitales, parece obligado detenerme brevemente en cómo creo que debe ser la buena gestión de la salud. Es tan importante la labor de los responsables sanitarios, que estos deberían seleccionarse de entre los más capaces, honrados y diligentes. El principio de justicia obliga a la equidad, y esta, a la total transparencia. No se pueden administrar recursos públicos, si no es con la mayor honestidad y fiabilidad. El gerente más idóneo es aquél que añade a su formación, una alta capacidad de comunicación y resolución, un liderazgo natural y una intachable trayectoria.

La gestión de los recursos que la ciudadanía destina a la salud es tarea harto difícil y complicada. Hay que aunar conocimientos económicos, sociológicos, psicológicos, legales, éticos y médicos. Además, saber gestionar con otras personas, trabajando en equipo. Es imprescindible saber delegar y, simultáneamente, ser capaz de controlar. El buen gestor público no tiene por qué ser, siempre, el amigo de la autoridad política que lo designa. Ha de ser capaz de asumir compromisos y de responsabilizarse de su cumplimiento. Ha de gozar de confianza y de cierta libertad de actuación. Sin ambas, difícilmente tendrá éxito en su complicada misión. El gerente hospitalario está situado en el centro de un intrincado triángulo: los pacientes, los profesionales de la salud y las autoridades políticas (que son quienes ostentan el poder legítimo).

Parafraseando a mi amigo, el doctor Mariano Guerrero Fernández, académico correspondiente de esta institución, «ni las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos, ni el envejecimiento poblacional, ni la creciente utilización de los servicios sanitarios, ni el incremento del gasto a nivel mundial, ni la dificultad de seguir

financiando tal como ha venido siendo hasta ahora, ni el importante consumo de medicamentos, ni la ausencia de estudios que evalúen el impacto de los fármacos en la salud, ni el déficit de adherencia de los pacientes a los tratamientos, ni la necesidad de autocuidarse o la posibilidad de automedicarse se resuelven aportando solo dinero al sistema sanitario y social, sino también aportando valores sobre la salud y su protección».

16. La trilogía médica

Aunque la Medicina se articuló siempre alrededor de la dualidad, en la actualidad responde a una nueva trilogía, que está conformada por el arte, la ciencia y la tecnología.

La extraordinaria y valorable contribución que aportan a la ciencia médica la informática, las matemáticas y la ingeniería, hacen que el médico, además de artista y científico, tenga que ser un buen técnico. Hoy no se concibe el ejercicio profesional, ni el buen funcionamiento de la estructura sanitaria en general, sin esos importantes complementos. El médico español del siglo XXI tendrá que saber comunicar, buscar información, dominar la lengua en la que se mueve la ciencia (el inglés), ser ético y respetuoso a carta cabal, hábil con la electromedicina y la informática y, por supuesto, profundamente conocedor de la patología médico-quirúrgica.

Nuestra profesión siempre estuvo sacralizada y, aún moviéndose en el contexto de la autonomía, no deberá perder del todo el halo mágico que siempre la acompañó y la hizo ser depositaria de confianza y esperanza. Los enfermos nos lo demandan, por su propia seguridad y tranquilidad.

Es de destacar la importante responsabilidad de la Universidad española en la adecuada formación de sus futuros médicos. Hay que empezar a seleccionar a los alumnos, no exclusivamente por sus méritos académicos, también por las actitudes derivadas de sus valores personales.

17. Humanización de la asistencia sanitaria

A pesar de lo ingrata y dura que, con frecuencia, es nuestra profesión, siempre hay que evitar caer en el metafórico «síndrome del impermeable blanco», cuadro que afecta a algunos profesionales de la medicina, caracterizado porque llega un momento en el que, al afectado, parece resbalarle absolutamente todo. Su blanca bata ha devenido en un impoluto impermeable del mismo color: ya no se interesa, tampoco se implica ni se compadece del otro (del paciente), porque está total y absolutamente «quemado» y de vuelta de casi todo. Esta situación de *burnout*/desgaste profesional aparece, con relativa frecuencia, en el ámbito de la medicina como reacción indeseable, pero humana, frente a la presión, la exigencia y la desmesurada expectativa de curación de la población.

La humanización de la asistencia médica tiene mucho que ver con la recuperación de la atención centrada en la persona y la asunción de responsabilidad social corporativa por parte de todas las instituciones sanitarias. Es muy de tener en cuenta la feminización de nuestra profesión y la necesidad de favorecer la conciliación laboral y familiar.

18. Charlatanismo médico

Habiendo habido siempre buenos médicos y otros no tan buenos, ha de tenerse en cuenta que, aun sin pretenderlo, somos un referente para los enfermos, sus familiares y la sociedad en general. Dado que se le reconoce al médico una alta cualificación, tanto técnica como ética, la figura del charlatán de la medicina es especialmente rechazable y despreciable. Se trata de aquel que, pretendiendo fama, prestigio y dinero, dice, promete y obra sin atenerse a condicionamientos de carácter científico.

En el mundo de la telemática es fácil adivinar el grave daño que personajes de este bajo nivel moral puede provocar en enfermos que,

sintiéndose desahuciados, depositan en ellos tan altas como falsas expectativas.

19. Futuro previsible

Los grandes avances de la genética, la farmacología, la informática y la ingeniería biomédica, entre otras ciencias, nos permiten vislumbrar una medicina altamente tecnificada, eficaz, personalizada y resolutive. Por ello, constituye una obligación la potenciación y financiación de la investigación. Pero la investigación biomédica también ha de estar sujeta a la ética, con criterios de objetividad, veracidad, responsabilidad, imparcialidad, transparencia, sistemática, rigor y utilidad social. Sus resultados deberán estar sometidos a la crítica de la comunidad científica, y dirigidos al logro del bien común.

El futuro es apasionante. Pero tendremos que ser capaces de racionalizar, respetar y distribuir con la mayor equidad posible, procurando garantizar una asistencia médica de calidad a todos.

20. Epílogo

Nadie nos garantiza que el desarrollo científico y tecnológico vaya a estar acompañado de un paralelo avance cívico, ético y social. Son muchas las amenazas que cuestionan y dificultan la continuidad del Estado del Bienestar. Es muy lógico albergar serias dudas, por lo que intelectuales, científicos, autoridades y ciudadanos deberemos estar muy atentos, sin bajar la guardia, en lo concerniente a la armonización del logro científico-técnico con las imprescindibles cautelas éticas, porque nunca todo podrá ser válido y aceptable.

Quiero terminar, citando al Dalai Lama, quien dijo:

«Tener un cerebro inteligente no es suficiente, también es necesario un corazón cálido».

Justamente, esa es la síntesis perfecta de lo que, respecto del buen médico, he pretendido transmitirles.

He dicho.

Gracias.

Textos consultados:

- **Juan Antonio Gómez Rubí.** «*La prolongación artificial de la vida ¿Riesgo, lujo o posibilidad?*». Discurso de entrada en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Abril, 1985.
- **R. Pacheco, E. Osuna, M. Gómez Zapata & A. Luna.** «*Attitudes of Medical Personnel (Doctors and Nurses) Toward Informing the Terminal Patient*». *Medicine and Law*. Vol. 8, Nº 3. 1989.
- *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*
- **Pedro Laín Entralgo.** *La curación por la palabra en la antigüedad clásica.* Edit. Anthropos (2ª Edición, 1987).
- **Aurelio luna Maldonado y otros (coautor: Rafael Pacheco Guevara).** *Los derechos del enfermo.* Consejería de Sanidad y Consumo y Universidad de Murcia. ISBN: 84-505-4969-8 (1987).
- **Diego Gracia Guillén.** *Fundamentos de Bioética.* Eudema Universidad. ISBN: 84-7754-045-4 (1989).
- **Rafael Pacheco Guevara.** *Tesis Doctoral: «Estudio de actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ayudantes técnicos sanitarios con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia».* Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Murcia. ISBN: 84-7684-368-2 (1993).
- **R. Pacheco, E. Osuna, M. Gómez Zapata & A. Luna.** «*Medicolegal Problems Associated with Do No Resuscitate Orders*». *Medicine and Law*. Vol. 13, Nº 5/6. 1994.

- «*Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*». Consejo de Europa. Oviedo, 4 de abril de 1997.
- **María Casado**. *Bioética, Derecho y sociedad*. Editorial Trotta. ISBN: 84-8164-249-5 (1998).
- **Pablo Simón Lorda y otros**. *La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España*. Edit. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. ISBN: 84-923165-2-7 (1999).
- **Carlos García Gual**. *Tratados Hipocráticos*. Edit. Gredos. ISBN: 84-249-2481-9 (2000).
- **Javier Gafo; Diego Gracia y otros**. *Ética y gestión sanitaria*. Universidad Pontificia Comillas. ISBN: 84-89708-82-7 (2000).
- *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.
- **Rafael Pacheco Guevara**. «*Medicina legal, ética clínica y gestión sanitaria*». Actualidad del Derecho Sanitario (ADS), n° 98. 2003.
- **Albert R. Jonsen, Mark Siegler y Wiliam J. Winslade**. *Ética clínica*. Edit. Ariel. ISBN: 84-344-3719-5 (2005).
- **Margarita Iraburu**. *Con voz propia*. Alianza Editorial. ISBN: 84-206-7751-5 (2005).
- **Diego José García Capilla**. *El nacimiento de la bioética*. Editorial Biblioteca Nueva. ISBN: 978-84-9742-584-1 (2007).
- **Tomás Vicente Vera**. «*El silencioso latir de la Catedrab*». Discurso de entrada como Académico Numerario en la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. 2007.
- **Salomé Adroher Biosca, Federico Montalvo Jaaskelainen y otros (coautor: Rafael Pacheco Guevara)**. *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*. Edit. Thomson Aranzadi. ISBN: 978-84-8355-804-1 (2008).
- **Rafael Pacheco Guevara, Elena García Quiñones, Ascensión Sánchez Martínez, Juana M^a Guirao Sastre y M^a Paz Ramos Hernández**. «*Cartera de servicios de la Unidad de Me-*

- dicina Judicial y Ética Médica del hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*». Revista de la Escuela de Medicina Legal. Nº 8. 2008.
- **Rafael Pacheco Guevara**. «*Medicina basada en la evidencia y también en la conciencia: trato y tratamiento*». Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Volumen 9 (2). 2008.
 - **José Soriano Palao**. «*La medicina pre-técnica en la antigua Grecia*». Discurso de entrada, como Académico Correspondiente, en la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. Marzo, 2009.
 - **Rafael Pacheco Guevara**. «*Acercamiento antropológico a la medicina y a la religión en la génesis del poder y del derecho*». Actualidad del Derecho sanitario (ADS), nº 161. 2009.
 - **María Anunciación Tormo Martínez**. «*La sostenibilidad del sistema nacional de salud y las (denominadas) nuevas fórmulas de gestión*». Discurso de entrada como Académica Correspondiente en la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. Junio, 2009.
 - **Franklin G. Millar, Roberto D. Truog and Dan W. Brock**. «*Moral fictions medical ethics*». Bioethics. Vol. 24, nº 9. 2010.
 - **Alfredo cano Sánchez**. «*Sida y mujer. Tres décadas de lucha*». Discurso de entrada como Académico Correspondiente, en la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. Febrero, 2011.
 - *Código de Deontología Médica*. Organización Médica Colegial de España, 2011.
 - **Victor Cellarius**. «*Early Terminal sedation is a distinct entity*». Bioethics. Vol. 25, nº 1. 2011.
 - **Nathan Emmerich**. «*Literature, History and The Humanization of Bioethics*». Bioethics. Vol. 25, Nº 2. 2011.
 - **Carlos María Romeo Casabona y otros**. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Biblioteca Comares de Ciencia Jurídica. ISBN: 978-84-9836-788-1 (2011)
 - **Joan Monés Xiol y otros**. *Manual de Ética y Deontología Mé*

- dica*. Organización Médica Colegial de España. ISBN: 978-84-616-0252-0 (2012).
- **Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya**. *Bioética, de la globalización a la toma de decisiones*. ADENAS Comunicación Gráfica. ISBN: 978-84-939918-2-1 (2012).
 - **Rafael Pacheco Guevara**. *Trato y Tratamiento*. Edit. Diego Marín. ISBN: 978-84-15429-62-3 (2012).
 - **Rafael Pacheco Guevara, Elena García Quiñones y Domingo Delgado Peralta**. «*La tasa sanitaria no es forzosamente insolidaria*». Actualidad del derecho sanitario (ADS) N° 190. (2012).
 - **Rafael Pacheco Guevara**. Artículo Editorial: «*Deontología y colegios de médicos*». Gaceta Médica de Bilbao (Gac med Bilbao) Volumen 109 (4). (2012).
 - **Mariano Guerrero Fernández**. «*El paciente activo ante su salud, el envejecimiento poblacional y la ética en el sector sanitario*». Discurso de entrada como Académico Correspondiente, en la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia. Diciembre, 2012.
 - **Ricardo de Lorenzo y Montero**. *Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para médicos de Atención Primaria*. Saned Ediciones. ISBN: 84-86241-84-7 (2013).
 - **José Ramón Salcedo Hernández y otros (coautor: Rafael Pacheco Guevara)**. *Derecho y Salud/Estudios de Bioderecho*. Editum (Ediciones de la Universidad de Murcia). ISBN: 978-84-15463-78-8 (2013)
 - **Rabel Pacheco Guevara**. *La Trilogía médica*. Edit. Diego Marín. ISBN: 978-84-16165-26-1 (2014).
 - **Andrzej Szczekik**. *Catarsis*. Editorial Acantilado. ISBN: 978-84-92649-32-7.
 - **Rafael Pacheco Guevara**. *Sin ética, no es medicina*. Ediciones Iuris Universal. ISBN: 978-84-941878-5-8 (2014).
 - **Benjamín Herrero Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya**. *Historia ilustrada de la Bioética*. Edit. ADEMÁS Comunicación Gráfica. ISBN: 978-84-939918-9-0 (2015).

- **A Cura di Lorenzo Cheffi, José Ramón Salcedo Hernández y otros (coautor: Rafael Pacheco Guevara).** *Questoni di Inizio Vita*. Mimesis Edizioni. ISBN: 9788857532028 (2015).
- **Rafael Pacheco, Juana M^a Guirao y Ascensión Sánchez.** «*Modelo formativo en bioética y deontología médica del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*». Médica (Educ. Med), Volumen 16 (3). (2015).
- **Mariano Guerrero Fernández.** «*Pacientes, médicos y ciudadanos ante el nuevo siglo. De los servicios sanitarios a la salud*». Discurso de recepción como Académico Correspondiente en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. Febrero, 2015.
- **María Pilar González Serret y otros (coautor: Rafael Pacheco Guevara).** *Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud*. SE AUS. ISBN: 978-84-617-5973-6 (2^a edición, 2016).
- **María del Carmen Sánchez Álvarez.** «*Reflexiones de una intensivista*». Discurso de entrada como Académico de Número en la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. Abril, 2016.
- **Organización Médica Colegial de España.** *El buen quehacer del médico*. ISBN: 978-84-695-9875-7. 2016.
- **Rafael Pacheco Guevara.** Artículo Editorial: «*La formación en valores del futuro médico*». Educación Médica (Educ. Med), Volumen 18 (2). (2017).
- **Aurelio Luna Maldonado.** «*Relaciones entre ciencia y política. Las líneas prioritarias en la investigación médica. Problemas éticos*». Discurso doctrinal en la Real Academia de Medicina de la Región de Murcia. Febrero, 2017.
- **Marcelino Méndez Martínez.** «*La medicina y el arte*». Discurso de entrada como Académico Correspondiente en la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. Febrero, 2018.

Discurso de contestación

por el

Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

*Excelentísimo Presidente de la Comunidad Autónoma de Murcia.
Excelentísimo Presidente de la Real Academia de Medicina y
Cirugía de Murcia.
Excelentísimos, e Ilustrísimos Académicos.
Excelentísimas, e Ilustrísimas Autoridades.
Señoras y señores.*

Esta Institución bicentenaria abre hoy sus puertas para recibir a un nuevo académico; un destacado miembro del gremio médico, que por los relevantes méritos de su práctica profesional, por su meritoria, actividad investigadora y científica y por su destacado desempeño en el ámbito de la gestión sanitaria ha contribuido de manera singular a prestigiar la medicina. Me siento afortunado por el honor de haber sido designado por él y por el excelentísimo presidente de la Academia para pronunciar este discurso de contestación al Dr. Rafael Pacheco Guevara, reconocido especialista en el campo de la Medicina Legal y la Bioética.

El nuevo académico, es un ejemplo de esos insignes lorquinos, con fortaleza, resiliencia y coraje, que han sabido superar las adversidades, construir un presente y diseñar un legado para los médicos del futuro. Algo debe tener Lorca para haber engendrado una saga de tan ilustres hijos en el campo de la medicina. Una lorquina, la Dra. María Huertas Campoy, fue la primera mujer colegiada en Murcia en el año 1934, el Dr. Ramón Arcas Meca, académico de honor de esta institución, ilustre cirujano cardiovascular, tuvo el mérito de ser el

primer médico en intervenir todo el paquete cardiovascular, el Dr. Rafael Méndez, también Académico de Honor, fue reconocido como uno de los más relevantes farmacólogos de su época y ejerció como maestro de muchos cardiólogos murcianos. Más recientemente, el Dr. Carlos Bravo obtuvo el número uno de la prueba para Médicos Internos Residentes, conocida coloquialmente como el MIR y nuestro nuevo académico, que hoy acogemos, ha aportado una nueva visión, un enfoque innovador a la Bioética que lo ha situado como referente regional y nacional en su especialidad.

El Dr. Rafael Pacheco, estudió el bachillerato en el prestigioso Instituto de Enseñanza Media Ibáñez Martín de Lorca, forja de generaciones de brillantes lorquinos. En el citado centro de enseñanza obtuvo las mejores calificaciones. Posteriormente, en 1978, se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Adquirió el grado de Doctor en Medicina por la Universidad de Murcia con la calificación de sobresaliente cum laude en 1987. Se especializó, así mismo, en dos disciplinas, en Medicina Interna (1982) y en Medicina Legal y Forense (2002). Completó su formación diplomándose en dirección hospitalaria por la Escuela de Alta Dirección y Administración de Barcelona, (EADA busines School (1996).

Como docente es uno de los profesores con más experiencia y amplia trayectoria en la Facultad de Medicina de Murcia. Es Profesor Asociado de Medicina Legal desde noviembre de 1979 (38 años). El largo e intenso magisterio ejercido sobre tantas promociones de médicos murcianos merecería un reconocimiento explícito por parte de la Universidad de Murcia, ya que pocos profesionales han desempeñado mejor que él esa decisiva figura académica consistente en vincular la experiencia profesional con la formación universitaria. El Dr. Pacheco ha ejercido también como Profesor Invitado de la Universidad Católica San Antonio desde hace 18 años. La Universidad Europea lo ha acogido en su Claustro con la misma figura de Profesor Invitado desde 2015. Su amplio y fecundo magisterio lo ha desarrollado en diversas áreas de conocimiento: Medicina Legal, Ética Médica, Bioética y Gestión Sanitaria.

Su dilatada labor Asistencial la inició en el antiguo Hospital de San Juan de Dios (Hoy Hospital Reina Sofía de Murcia). En una primera fase, como médico de la Corporación Provincial; posteriormente pasó a formar parte del Cuerpo Superior Facultativo del Servicio Murciano de Salud. Ha ejercido como Jefe de la Unidad de Medicina Legal Hospitalaria del Hospital General Universitario Reina Sofía desde 1999.

En su trayectoria como gestor cabe destacar que ha sido Director Médico del Hospital Los Arcos de San Javier (1994-1996). Director Médico del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia (1997-1999). En este centro asumió, así mismo, la responsabilidad de Director Gerente (2005-2007).

Ha ejercido como Presidente de Comité Ético Asistencial del área VII de Salud de la Región de Murcia desde el año 2009. Es miembro del Comité de Ética y de la Investigación de la Universidad de Murcia desde el año 2012 hasta la actualidad.

Preside la Comisión de Recursos del Ilustre Colegio de Médicos de la Región de Murcia desde el año 2010 y fue secretario de su Comisión Deontológica. Es, desde la citada fecha, miembro del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Murcia y es, también, miembro de CEBES, Centro de Estudios en Bioderecho y Ética Sanitaria.

Su dimensión solidaria la ha dejado de manifiesto a través de su dilatada colaboración con prestigiosas instituciones benéfico-asistenciales y de voluntariado. Prueba de ello ha sido su dedicación a *Medicus Mundi* desde 1998 a 2003, institución en la que ejerció el cargo de Vicepresidente.

Es un prolífico autor que ha alternado la investigación y el ensayo divulgativo. Ha publicado cuatro libros como único autor, de otros siete compartidos y editado más de cincuenta artículos. Desde su perfil, marcadamente humanista ha orientado sus preocupaciones dominantes hacia la formación axiológica de los estudiantes en medicina. Artículos relacionados con este enfoque son: “*La formación en valores del futuro médico*”, en el que destaca que la “evidencia científica” debe ser complementaria de la “conciencia humanista”; hacia la formación

de los médicos en ejercicio, como hace en su artículo “*Deontología y Colegio de Médicos*”, en la que subraya el respeto a la privacidad, confidencialidad, e intimidad; sobre la necesidad y las características de los servicios de medicina legal: “*Existencia y cometido del servicio de medicina judicial y ética del Hospital Reina Sofía*”; hacia la humanización de la gestión sanitaria y la sostenibilidad del sistema, como hace en “*Ética, Derecho y Economía: imprescindible universo conceptual para una correcta gestión sanitaria*” y “*La tasa sanitaria no es forzosamente insolidaria*”; hacia la reflexión filosófica y jurídica, como en “*Acercamiento antropológico a la medicina y a la religión en la génesis del poder y del Derecho*”, en “*Los postulados del pensamiento ético occidental y su influencia en las concepciones bioéticas del siglo XX*”, o en “*Is it possible to define the nature of medicine?*”; hacia la divulgación y difusión de los derechos de los usuarios de la sanidad: “*Organización, atención y asistencia sanitaria murciana*” y “*Derechos y restricciones del enfermo alérgico en el ambiente laboral*”; hacia el estudio de las actitudes frente a la muerte de enfermos terminales, como hizo en su conocida obra del mismo título, o hacia reflexiones éticas sobre nuevas enfermedades: “*Consideraciones éticas y legales ante la enfermedad por el virus del ébola*”, conferencia pronunciada en esta Academia, como todos ustedes conocen. Además de las citadas líneas editoriales y de la selección de obras citadas, hay que destacar la labor del profesor Pacheco como generador de opinión a través de los numerosos artículos que periódicamente publica en Acta Sanitaria, así como el Blog sobre Bioética.

Con respecto a la Bioética, definida como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales, el nuevo académico nos introduce en las reflexiones clásicas de su disciplina, nos aproxima a lo que denomina los pilares fundamentales. Las bases de su aportación a la Bioética consisten en destacar que es inconcebible la medicina sin la ética, la ciencia no puede, ni debe estar enfrentada con la conciencia. De esta manera, la competencia profesional y los datos aportados por la evidencia

científica se convierten en requisitos básicos para la toma de decisiones morales.

La armonización de datos científicos y dilemas éticos distingue a la nueva Bioética de la clásica Deontología médica enunciada por Hipócrates ya en el siglo V a.C. Así, afrontar la muerte, otro de los grandes dilemas de la medicina, puede abordarse desde un enfoque en el que el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante cuidados paliativos adecuados, en la que nunca se abandone, ni descuide al paciente y en la que los cuidados se consideran igual de importantes para todos los pacientes, vayan, o no a sobrevivir. Obviamente, la medicina no puede garantizar siempre una muerte tranquila, ni responsabilizarse por lo que las personas traen consigo a su lecho de muerte; pero lo que sí puede evitar la medicina es considerar la muerte como un accidente biológico evitable, o un fracaso médico. La muerte, tarde más o menos en llegar, es, como ha sido siempre, el final inevitable, a pesar del mejor tratamiento médico.

El acto médico, para el Dr. Pacheco está orientado en sí mismo a la conservación de la vida, a la mejora de las condiciones de ésta, o en su caso, a la paliación del dolor. En esa relación hay alguien que da y alguien que recibe, alguien que tiene una necesidad y alguien que puede satisfacerla o, al menos, paliarla; hay una persona débil y una persona cualificada que la ayuda. Para el médico, tal relación establece el deber de protección y de asistencia.

En toda vida humana llegará un momento en que un tratamiento de soporte vital será inútil; se llegara al límite absoluto de las capacidades de la medicina. Llegado a ese punto, la gestión humanitaria de la transición a la muerte es la responsabilidad final y probablemente, la más exigente para el médico desde el punto de vista humano. El miedo a la muerte, uno de los temores fundamentales del ser humano, aparece en forma de temor a las enfermedades y en el miedo a cumplir años. El avance inexorable del tiempo nos ayuda a reflexionar sobre su carácter inevitable y sobre la percepción subjetiva de su proximidad. Esta idea la expresa Mario Benedetti en un bello poema.

*Cuando éramos niños
Los viejos tenían como treinta
Un charco era un océano
La muerte lisa y llana no existía
Luego cuando muchachos
Los viejos serán gente de cuarenta
Un estanque era un océano
La muerte a lo más
Una palabra
Ya cuando no casamos
Los ancianos estaban en cincuenta
Un lago era un océano
La muerte era la muerte de otros
Ahora veteranos
Ya le dimos alcance a la verdad
El océano es el océano
Pero la muerte empieza a ser la nuestra*

Aunque la conciencia de nuestra finitud no tiene porqué llevarnos al pesimismo, o a la melancolía; antes al contrario, la reflexión sobre ella nos puede aportar densidad y profundidad, puede contribuir a valorar el presente y a vivirlo con mayor intensidad. ¿No son, acaso, los momentos de felicidad más bellos precisamente por ser fugaces y perecederos? Como bien dice Javier Gomá en “Primores de lo mortal”

“La madre se enternece de su recién nacido porque lo ve dependiente y frágil; juramos amor eterno porque nos rebelamos a su extinción inexorable; admiramos al hombre valiente porque sabemos que arriesga su única vida; nos conmueve la belleza del otoño porque tenemos en mente el rotar de las estaciones. ¿Qué es la filosofía sino aprender a morir? ¿Qué es la ciencia sino una lucha contra la intrínseca imperfección del mundo?”

Entre esas dos realidades discurre la actividad del Dr. Pacheco, entre

la consideración de la ciencia médica y sus avances y la reflexión teórica sobre sus inevitables condicionamientos.

Quisiera resaltar del perfil humano del nuevo académico uno de los valores fundamentales en su vida: la amistad. No se puede pensar en Rafael Pacheco, sin tener presente la importancia que para él tiene, igual que les sucedía a los autores clásicos, cultiva ese fecundo campo. Aristóteles dedica los libros *VIII y IX de la Ética* a Nicómano al estudio de la amistad. Afirma, desde el principio, que se trata de una virtud que considera lo más necesario para la vida. Los amigos se necesitan en la prosperidad y en el infortunio, puesto que el desgraciado necesita bienhechores, y las personas afortunadas gentes a quien hacer el bien. Es absurdo considerar dichoso al hombre solitario, porque nadie querría poseer todas las cosas a condición de estar solo. Por tanto, el hombre feliz necesita amigos. También Cicerón afirmaba que “vivir sin amigos no es vivir”, y el pensador francés Michel de Montaigne proclamó: “No hay desierto como vivir sin amigos, la amistad multiplica los bienes y reparte los males”. Estas premisas de vida, el Dr. Pacheco las lleva hasta sus últimas consecuencias, hasta el punto de afirmar que sus amigos constituyen su gran patrimonio. Resulta comprensible advertir que, en justa reciprocidad, es imposible encontrarle jamás en el desierto de la soledad.

He querido dejar para el final, lo más importante en su vida, Rafael Pacheco, no concibe la vida sin su familia. La importancia de los valores familiares le fueron inculcados por sus padres. Por su madre, ejemplo de dedicación, inteligencia y sagacidad. Y un padre que al mismo tiempo que le transmitía la importancia del esfuerzo, se enjugaba las lágrimas, cada vez que os recibía, u os despedía a tus hermanos y a ti (permíteme que te tutee a estas alturas del discurso) cuando marchabais a estudiar a Granada, Salamanca o Murcia. Tu esposa, la también doctora, Mari Paz Ramos, es su otro yo, le ha complementado y le ha dado la fuerza y el equilibrio necesario para evolucionar tanto profesional, como humanamente. Se conocieron durante sus estudios de medicina en Granada y han crecido como personas a través de su fecunda relación de amor y complicidad. Sus hijos son su legítimo or-

gullo. Rafael, con doble licenciatura en Administración y Dirección de Empresas e I.T.M. por ICADE; y su hija Carmen también con doble licenciatura en ICADE (A.D.E. y Derecho); y su hija Mari Paz, licenciada en Farmacia han recogido el testigo del respeto, la entrega y el afecto por la familia y la generosa dedicación al trabajo profesional bien hecho. La llegada de su nieta Carmencica (como él la llama) ha supuesto el colofón y el mejor premio a su dedicación al entorno familiar.

Permíteme, querido Rafael, que desde la cercanía y el cariño que me dan la amistad mantenida y acrecentada durante tantos años, te felicite y te de un abrazo de acogida a la que será también desde ahora tu casa, La Real Academia de Medicina de Murcia. Estoy seguro que participarás activamente y satisfacerás cumplidamente las expectativas que hemos puesto con tu llegada.

He dicho

