

LA ÉTICA EN LA PRIMARIA: *LA HABITACION DE INVITADOS*

Jordi Xandri i Casals

16941jxc@comb.cat

Abordaremos el lugar de la ética en la asistencia primaria en Cataluña con dos referentes: la experiencia en el grupo de Ética de l'Esquerra, que lleva años funcionando, y la novela de Garner H. : *La habitación de invitados*, Barcelona, Salamandra, 2010.

Siguiendo a Nussbaum, M. C.¹ tomamos la literatura como espacio privilegiado para pensar la ética.. Disponer de un espacio -aunque precario- para DIALOGAR sobre situaciones complejas del ejercicio clínico promueve una mayor eficacia, un beneficio para la salud del paciente y un mejor trato. Y *Cuida*, también, la salud, tanto del profesional que acude a la mesa de dialogo como del grupo al que pertenece. En solo unas pinceladas intentaremos convencer de la importancia y las excelentes consecuencias de incorporar el viejo y bello habito de DIALOGAR y PENSAR a nuestro cotidiano hacer asistencial.

¹ Nussbaum, Martha C., *El conocimiento del amor –ensayos sobre filosofía y literatura*, Boadilla del Monte (Madrid), Antonio Machado Libros, 2005

“Puedes conocer una verdad, pero si es verdaderamente complicada has de ser un artista para no pronunciarla como una mentira.”

Iris Murdoch, *Un hombre accidental*

Antes que nada, me gustaría dedicar este trabajo a mis hijos, que representan el futuro y la encarnación de la ética. Al grupo de ética de la SAP Esquerra, con quien comparto diálogo, preguntas e inquietudes desde hace tiempo. A Miguel Morey, catedrático de antropología filosófica y escritor, por haberme inoculado el vicio de pensar, espero que alcanzara también a inocularme el virus del rigor. Y a mi padre porque vive las dimensiones existenciales de la ética en un gran hospital universitario y porqué consiguió educarme. Él representa mi mayor empuje a la hora de reivindicar una educación mas allá de condicionamientos -¿excusas?- socio-económicos.

El artículo toma como metáfora la magnífica novela de Helen Garner, *La habitación de invitados* que este año Salamandra ha editado traducida al español. Mas allá del propio contenido de la obra que nos ayudará a lo largo de la charla, el mismo título ha sido tomado como metáfora desde la que pensar el lugar de la ética en la practica clínica² y asistencial³ de la medicina en general y de la asistencia primaria en particular.

La habitación de invitados es un lugar “especial”, preparado, dispuesto para alguna visita que suponemos llegará. Un lugar casi ineludible -como las realidades de las que habla la ética- pero que, igual que hacemos con dichas realidades, confiamos en poder vivir sin tener que entrar en ella(s) jamás. Podemos estar hablando de la muerte, de las emociones que despierta la enfermedad, de los sentimientos contradictoriamente intensos que el dolor y el sufrimiento generan, de la confidencialidad, de la búsqueda del secreto o la complicidad... siempre y cuando

² Clínica viene del griego *klyne*, su sentido más usual era el de cama. Clínica sería, pues, la actividad que se realiza frente a la cama del enfermo. Es siempre una actividad concreta, individual. Diagnosticar y tratar a un **enfermo-a** concreto, determinado.

³ La asistencia incluye tareas más alla del diagnóstico y el tratamiento. “No hay nada que hacer” es una actitud inadmisibile frente a una persona enferma, a pesar que su enfermedad no tenga tratamiento exitoso posible.

hablemos de una hipotética *habitación de invitados* que mantenemos en el terreno de lo posible, en la esfera teórica y no en el de la realidad que hay que vivir con nombre y apellidos porque tenemos, en la habitación, una persona con su problemática real y presente. La ética acostumbra a ocupar ese lugar “enquistado” dentro del hogar que cobra sentido, que despierta y se hace vivo, cuando hacen acto de presencia las dificultades. Mientras todo va bien, cuando en la práctica clínica no hay quejas, ni angustias ni interrogantes que la técnica no puede responder, la habitación sigue cerrada. Se abre cuando las dificultades han tomado cuerpo en un semejante, un amigo, un conocido, un paciente... y esa realidad nos desborda. Cuando no podemos mantenerla cerrada mediante la negación porque su presencia nos convoca, agita y conmueve. Cuando algo de esa realidad nos compromete, sea con nuestra profesión o con nuestro ser humano, cuando incluso profesionalmente no encontramos respuestas, cuando no podemos brindar soluciones técnicas, entonces se abre la puerta y aparece la ética como necesidad, con una intensidad que habitualmente no se deja ver en los ámbitos clínico-asistenciales.

Les he propuesto utilizar un relato literario porque pienso que el arte promueve movimientos psíquicos más difíciles de alcanzar manejando otras formulas: el lenguaje abstracto, los textos pedagógicos, las historias clínicas... El arte tiende a producir (nos) un efecto similar al de abrir una ventana que siempre ha estado cerrada, logramos ver cosas que permanecían ocultas a nuestros ojos; o en una variante más sofisticada, consigue el efecto de espejo, no (nos) inaugura una realidad externa desconocida sino que (nos) abre a un reflejo otro de nosotros mismos. Nos muestra de otra manera nuestra “habitación”, nuestro “rostro”, en definitiva a nosotros mismos. Realidad que nos resultaría imposible u opaca sin podernos mirar en ese espejo privilegiado que es el arte.

Como señala Nussbaum: “...Uno de los propósitos del énfasis en la percepción es mostrar la tosquedad ética de las morales basadas exclusivamente en reglas generales, y demandar para la ética una sensibilidad hacia lo particular mucho más afinada, incluyendo rasgos que no se han contemplado antes... (...) Para este propósito, tanto Aristóteles como James utilizan la metáfora de la improvisación”. “Los ensayos abogan por una concepción de la comprensión ética como una actividad que es tanto emocional como intelectual, y se concede una cierta prioridad a la percepción de

personas y situaciones concretas sobre las reglas abstractas”⁴ . La filósofa propone un enriquecimiento de la reflexión ética contemplando los elementos emocionales que incluye. No huyendo de lo particular sino aprovechándolo para pensar “más y mejor”.

La apuesta de Helen Garner es la del autor que construye un relato que alcanza el “nervio” del testimonio personal, de la experiencia vivida y posteriormente reconstruida para alcanzar un orden más genuinamente narrativo. Nada importa que coincida con su biografía o no. Esa es la grandeza de la auténtica obra de arte.

En la *habitación de invitados* acompañamos a dos mujeres en un fragmento de su vida, cuando se reencuentran entre el final de la madurez y el inicio de la vejez. Helen prepara la habitación para la llegada de la amiga diagnosticada de un cáncer en fase avanzada. Nicola, la amiga con quien compartió bohemia y acracia en su juventud, ha decidido abandonar la “certeza” de la medicina “oficial” para agarrarse a la esperanza, supuestamente mas humana, de la medicina alternativa. Haber compartido ideales de juventud, no impide que sus proyectos vitales se hayan distanciado tanto como sus vidas cotidianas. Donde Nicola se aferra a la fe, al pensamiento mágico y la confianza irracional, Helen no consigue ver mas que falta de dignidad, engaño y sufrimientos innecesarios. Nicola cree que está resistiendo a la aniquilación, Helen insiste “sin piedad” en la racionalización de la enfermedad y en la aceptación del destino, esto es de la muerte. Nicola quiere negar lo que (le) sucede y Helen quiere “que sea consciente” de su realidad. Nicola se está muriendo, Helen todavía no. En realidad a poco que estiremos del “caso” podemos vernos reflejados en la escena. ¿Cuántas situaciones clínicas no tienen el mismo tuétano? Dialogar pasa por poder cuestionar ese “su” realidad. Ese posesivo ¿es realmente el del enfermo? o es más bien el que suponemos que debería ser del enfermo pero es nuestro. Lo mismo ocurre a veces al revés, del enfermo hacia el equipo asistencial.

Como en toda obra de arte, la autora consigue no transitar por lugares comunes acerca de la enfermedad y la muerte, o la confrontación superficial entre medicina oficial y medicinas alternativas, sino que desde la verdad del relato muestra la complejidad de la existencia levantando penetrantes preguntas vivas.

⁴ Nussbaum M. C., *El conocimiento del amor*, Boadilla del Monte (Madrid), A. Machado libros, 2005, pag 84 y pag. 13

Toda la descripción del sufrimiento físico que soporta Nicola a manos de la medicina alternativa ¿no podría recordar (nos) los sufrimientos de la quimioterapia? Si el sufrimiento de Nicola fuese consecuencia de un tratamiento convencional de la medicina oficial, ¿promovería en Helen las mismas reacciones? El sutil maltrato que conseguimos percibir con claridad en el manejo de su enfermedad y de ella como enferma ¿no deben hacernos pensar en reacciones frecuentes en el trato entre la persona sana y la enferma, entre el médico y el enfermo? La obra literaria ayuda porque nos facilita abandonar nuestro rol asistencial y conectar con las emociones sin las habituales y lógicas racionalizaciones defensivas. No se trata de glorificar las emociones, sino de introducirlas en el debate como un elemento no despreciable. Cosa que ni es fácil, ni simplifica la tarea, ni es factible que produzca resultados a corto plazo y menos que estos sean sencillos de medir y objetivar.

Helen Garner “obliga” a preguntar (nos) qué supone cuidar de una persona, qué hacerse cargo de su dependencia y debilidad, qué tener que ser el soporte vital, la prótesis existencial, de su situación de fragilidad extrema y cercana a la muerte. Nos hace pensar sintiendo, y sentir sin dejar de pensar. Interrogando (nos) sobre a qué llamamos vida, mostrando claramente su naturaleza caleidoscópica.

Helen convertida en enfermera, ángel de la guarda y juez apenas puede disimular su disgusto por la extravagante cura en la que su amiga confía ciegamente. Sus desacuerdos nos permiten reflexionar sobre nuestros propios pre-juicios, sobre nuestros a-priori clínicos y morales (hay que conocer la verdad del diagnóstico, es importante saber que te mueres o al revés no saberlo, hay que sentirse triste si se va a abortar...) y hasta donde estamos dispuestos a sacrificar los intereses propios (seamos profesionales, familiares, amigos o propiamente enfermos) para ayudar a otra persona, hasta donde somos capaces de cuestionar (nos) el estilo de vida, las verdades que (nos) sostienen, las soluciones que suponemos verdaderas... Nos ayudan, en definitiva, a preguntar (nos) por los límites de la permisividad, de la paciencia, de la capacidad para engañar(nos) e intentar ahuyentar así el fantasma de la propia vulnerabilidad... Y sobre todo ayudan a ver que no existe UNA solución, sino distintas verdades que no valen lo mismo pero que hay que poder escuchar para curar-cuidar personas, más allá de tratar enfermedades.

La autora tiene la loable capacidad de conseguir que las emociones que “no pueden permitirse” en estas situaciones, afloren con claridad. AUTORIZA a hablar de ellas. ¿Hasta donde es capaz de llegar la amistad a la hora de hacerse responsable del cuidado de una amiga? Pero también ¿hasta donde es capaz de llegar la amistad a la hora de pedir a una amiga que se haga cargo de la propia debilidad? La autora legitima las respuestas emocionales que la situación conlleva: la rabia, la impotencia, la piedad, el enfado, el egoísmo, el miedo, la distancia, la culpabilización como defensa... Esa es la grandeza de la obra, conseguir que afloren los sentimientos contradictorios que estas situaciones generan por más que colisionen con las estructuras éticas convencionales o superficiales que “canonizan” los mass-media o el imaginario social “políticamente correcto”. Permite pensar el hiato entre aquello que “es correcto” y lo que “se espera socialmente de cada uno de nosotros”. Hay pocas situaciones reales en las que las posiciones éticas sean blanco o negro. Esas decisiones son fáciles y no solicitan debate alguno. En la mayoría de casos son contradictorias, sin respuestas definidas, sin protocolos y piden de nosotros la misma valentía y merito que alabamos en Helen Garner: entrar en el espacio “gris” de las emociones encontradas, de las decisiones difíciles, de aceptarnos contradictorios y sin ceder a la respuesta fácil, exigiendo (nos) rigor pero también sinceridad. Solicitando dialogo para poder pensar. Ofreciendo un espacio de reflexión para aquellas realidades a las que los libros de texto y los protocolos conceden poco espacio y menos prestigio.

Es porque la ética no se enseña sino que se aprende con ejemplos por lo que hoy he propuesto que la *habitación de invitados* nos ayude a pensar el lugar de la ética en la práctica clínica. Me he preguntado con frecuencia ¿porqué el arte ayuda más a pensar que la tarea cotidiana o los discursos teóricos? ¿Cómo es que en los propios comités estas realidades tienden a racionalizarse en exceso? No es raro descubrir que se esta pidiendo un “dictamen”, una decisión de “autoridad” antes que un diálogo largo y sin promesas de respuesta cerrada. A poco que lo pensemos es precisamente la falta de respuesta lo que nos enseña más.

Si me permiten la broma, hecha desde el mas profundo respeto, la ética es un poco como *Lourdes*. Con frecuencia esperamos de los comités el milagro. Los grupos de ética aparecen como expresión de la necesidad que, consciente o no,

verbalizada con claridad o no, los profesionales sienten de poder hablar de aquello que les angustia del acto asistencial: el trato cotidiano con la precariedad, el sufrimiento, el límite o la muerte. En la medicina el dolor y la muerte no dejan de ser una abstracción, en la practica asistencial son una realidad que sufre y expresa un semejante que está esperando algo sustancial de nuestra práctica. Eso nos convoca como profesionales pero también y antes –por mas que nos esforcemos en negarlo- como sujetos que compartimos con el enfermo la condición precaria y mortal que caracteriza al humano. Del grupo se espera la solución, la respuesta.

La película *Lourdes*⁵ es la historia de un grupo de peregrinos que acude al santuario en busca de una mejoría en su estado de salud -todos afectados de enfermedades incurables- son acompañados por un grupo de voluntarios de la Orden de Malta que se convertirán en su mayor apoyo durante los días que dure la excursión. Christine, gravemente afectada de esclerosis múltiple, será la protagonista del “milagro” al poder volver a andar y bailar y de un segundo “milagro” al enamorarse de uno de los voluntarios. Son más que interesantes las reacciones de los que viven el milagro: envidia, rabia, negación racionalizada como incredulidad escéptica (¿científica?), alegría, identificación, esperanza, rechazo... Habría que poder hablar de estas reacciones profundamente humanas y que acompañan con frecuencia la práctica clínica antes que desterrarlas al no-espacio de las reacciones negadas. La ambivalencia inherente al humano encuentra una forma de expresión que facilita pensar las realidades que acostumbramos a encerrar en la *habitación de invitados*.

Es cuando alguna realidad clínica insiste en su malestar y no encuentra solución que se piensa en la ética. Sino nadie, y menos aun ningún gestor sanitario, piensa en la ética. De hecho las conclusiones de los grupos de ética son mas escuchadas cuanto menos colisionan con la política y la organización. Esto daría para un seminario pero lo vamos a dejar aquí. En realidad uno de los “tics” mas frecuentes de los gerentes consiste en convertir en ético aquello que es político y que concierne directamente a la tarea política u organizativa. La ética no es normativa, no censura, no dicta normas... piensa. Y con frecuencia, para olvidar la dimensión política de los problemas, la

⁵ Jessica Hausner, *Lourdes*, film. 2009. Premio en el festival de Venecia. Recibió el premio a la mejor película del Festival de cine Internacional de Viena. La directora fue asistente de Michael Haneke.

institución intenta transformarlos en éticos con la secreta esperanza de poder responsabilizar al profesional. Conviene, pues, no confundir ni el derecho ni la política con la ética. Muchas decisiones políticas tienen repercusiones éticas, pero la ética no puede sustituir a la política. Y la responsabilidad, en estos casos, no corresponde a la ética del profesional sino a las decisiones políticas de los gestores de lo público.

Conviene recordar que olvidar la ética no hace que nuestra práctica no genere, con su hacer irreflexivo, “valores” -pragmáticos, económicos, rutinarios, cosificadores...- Serán excelentes o ruines, pero no es posible una actividad asistencial “neutra” éticamente hablando. La ilusión del cientifismo -se idolatra el método científico y se convierte en un nuevo “ídolo” completo y absoluto- no sirve para la ética. Profundamente humana, es consciente de sus límites y de su cuestionamiento constante. La “neutralidad” en ciencia no existe. En clínica asistencial tampoco. Habrá pues que pensar cómo ser más justos, más eficaces, y cómo tratar mejor a los enfermos para ejercer mejor la medicina y hacerla más eficaz.

Conviene insistir... no es posible sortear esta “asignatura” como si fuera posible vivir o ejercer -en este caso la medicina- sin usarla. Nuestro hacer cotidiano generará un *ethôs*; compasivo, respetuoso, arrogante o alejado del enfermo... pero siempre genera una forma de hacer, un carácter en el sentido más aristotélico del término. Nuestra profesionalidad tendrá el carácter que hayamos generado con nuestro hacer cotidiano. Habrá, inevitablemente, que poder hablar de lo que hacemos para diseñar lo que queremos, lo que conviene, lo que es mejor hacer.

En general resulta difícil aceptar que tengamos permanentemente cosas para aprender. Uno de los elementos interesantes de la novela que les he propuesto leer es justamente la claridad con que muestra cómo (nos) cuesta incorporar la realidad del otro a la (nuestra) realidad. Como los (nuestros) pre-juicios existen y hacen que (nuestro) el pensamiento considere-juzgue como supersticiones, o simples negaciones a las verdades del otro; eso sí sin tener en cuenta al otro. Recordaría, si me permiten la broma, al despotismo ilustrado: “todo para el otro pero sin el otro”.

En cuanto al trabajo en el grupo de ética, es importante mostrar cómo realmente (nos) enriquecen las preguntas que no tienen (una) respuesta. Conviene

recordar la afirmación de Oscar Wilde: las preguntas vienen mucho más tarde que las respuestas. Las preguntas enriquecen, abren espacios nuevos, dibujan nuevos escenarios y generan un carácter interrogativo que favorece la creatividad a la hora de abordar la tarea cotidiana. Las respuestas son necesarias, evidentemente. No se trata de glorificar la duda, cuantas menos idealizaciones mejor, bastantes existen ya... pero tener que bregar con una realidad que incomoda, que interroga, que convoca a nuestro ser ético sin tener una respuesta de consenso -endiablada palabra- o una “verdad” con la que obturar su potencia interrogativa y su potencial de aprendizaje, enseña más que las consultas con respuesta. Por tanto, si bien son oportunos los protocolos de actuación, Debatir problemas clínicos en los comités de ética consigue mejorar el “arte” asistencial. Tan importante como este hacer deliberativo, es frecuentar el hábito de pensar realidades que nos desbordan, que incorporan alguna pregunta que compromete todo nuestro ser (humano) que en tanto médico tiene la función de cuidar del otro en situación particularmente precaria: la enfermedad, el dolor, el malestar -psíquico o físico-, la angustia, la muerte... Las preguntas que somos capaces de mantener abiertas poseen la interesante capacidad de interrogar nuestro trabajo y nuestras posibilidades más que los protocolos y los ensayos clínicos. Esta interpelación nos hace más presente la alteridad de quién tenemos delante, sea en su dimensión social, psíquica, biológica, religiosa, familiar, imaginaria... y nos obliga, por tanto, a estar “más” vivos en nuestra profesión. Y aquí vivos es un adjetivo intenso, humano y moral.

Poder incorporar el amor por las preguntas -la filosofía no es otra cosa que amor a la sabiduría- permite que el caso a caso alcance la abstracción sin negar lo específico de lo singular; analizar el caso analizando nuestros pre-juicios en tanto expresión de una categoría mayor: los pre-juicios de la ciencia en su aplicación cotidiana. Sin preguntas permanentemente abiertas esta operación no es posible. A Sócrates les remito... La filosofía, decía, fecunda la tarea cotidiana en el hacer individual y concreto de la clínica. Pero no solo. Influye, también, decisivamente en el hacer del grupo. Cuando nuestra experiencia es llevada al grupo de referencia, al ambulatorio... esto genera nuevamente preguntas, debates, encontronazos, discusiones y sobretodo la posibilidad de palpar el potencial de humanización que tiene la palabra, que se pone en juego en el dialogo. Dia-logos. Dos lenguas, dos seres de lenguaje compartiendo su verdad, buscando una verdad más habitable.

Como afirma A. Bernat Montesinos prologando la obra de Emilio Lledó, “lo más importante no se puede “enseñar” y, sin embargo, se aprende. No se puede educar, por ejemplo, la sensibilidad o sentir el dolor ajeno, sin apelar a otras instancias, como son el ejemplo humano, que indica un camino “moral”, o el clima escolar, que posibilita vivenciar los sentimientos de solidaridad y amistad”⁶. Sabia afirmación que conviene aplicar a nuestras escuelas de medicina donde no es infrecuente constatar que los estudiantes de primer año de medicina tiene mas capacidad empática que los residentes... Se aprende con el ejemplo sobretodo en cuestiones éticas y lo mismo se enseña a comprender el dolor del semejante que a utilizar el saber médico para reírse del dolor, la angustia o la muerte. El problema es que no advertimos que es de la persona dolorida, angustiada o sin curación posible de quien nos reímos. No es con él, sino de él como mecanismo de defensa frente a la angustia que nos provoca, de quien nos reímos.⁷ Eso parece que también lo “enseñamos” a nuestros estudiantes.

El grupo de ética como organización o institución que empieza a ser corriente, significa en parte un espacio de aprendizaje, de ejemplo, para los participantes en primer lugar y para los compañeros en un segundo momento. Enseñar es también mostrar, ejemplificar... El diálogo constante es una manera de hacerlo visible.

Saber, en gran medida, es saber(se) cuestionar, saber preguntar(se) acerca de lo que (nos) pasa. Acerca de lo que (le) pasa a otro. Saber es saber preguntar (se). Es para decirlo en filosófico pasar de la *doxa* (opinión) a la *episteme* (el saber justificado). No es de casualidad que ya no es al sabio a quien se pregunta sino a las mesas de tertulianos, de personas que **opinan** sobre todas las cosas. ¿No debería subrayarse el saber antes que la opinión? ¿No habrá que restaurar la figura del sabio frente al periodista como modelo moral? ¿No deberíamos investigar para acercarnos a la episteme antes que glorificar la pereza intelectual encarnada en la figura del tertuliano “para todo”. Y, conviene no olvidarlo, eso no excluye a la ciencia.

⁶ Lledó E., *Ser quien eres: ensayos para una educació democrática*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2009. Pg. 20 y siguientes.

⁷ Borrell, F., “Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía”, *Medicina Clínica* (Barcelona), 121 (20), 2003, pp. 785-6

Deberíamos preguntarnos porqué la pregunta comienza a no tener demasiado espacio en cierta práctica médica. ¿No es esto, contrario a la ciencia? ¿Estará instaurándose, por exagerar un poco, una especie de anticencia o pensamiento pseudoreligioso complacido en sus “verdades” que no es necesario cuestionar?. Desde aquí, la bioética no sería sólo una solución para la filosofía sino una necesidad para la medicina, en tanto ciencia, ciencia aplicada y “ciencia” del trato. Ciencia en la que, a diferencia de las demás, el objeto de estudio y el investigador son el mismo. La bioética nos ayuda a mejorar nuestra tarea asistencial. Representa una ayuda inestimable para alcanzar la excelencia profesional e implica una inestimable ayuda personal para el profesional. De esto hablaremos al comentar la experiencia pedagógica y participativa.

Lo que Freud nombra *negación* también forma parte de los mecanismos defensivos, no solo de los profesionales de la medicina, sino de la propia institución médica. La puesta en práctica del saber científico no puede escapar a los mecanismos defensivos del sujeto frente a la angustia de la muerte, la enfermedad o la precariedad; frente a la angustia de castración en decir psicoanalítico... Salvo que medie el paso a la palabra, lo reprimido retorna por más que se racionalice. Es como si la práctica asistencial intentara vivir sin tener que abrir nunca *la habitación de invitados*... Como si se conformara con las verdades falaces del imaginario social... La piedad, la ayuda desinteresada, la beneficencia, el altruismo, la excelencia profesional sin relación alguna con la rabia, la impotencia, la angustia, la desesperación, el silencio incomodo, la falta de respuestas... En definitiva es como si solo gracias a la ética y los estudios sobre la relación medico-enfermo pudiera entrarse en esa *habitación de invitados* que (nos) “obliga” a vivir realidades vitales insuperables, incómodas y enriquecedoras...

Por suerte para todos existen un gran número de profesionales, incluso grupos organizados de profesionales que siguen preguntándose sobre estas cuestiones. Y de hecho cada día es mayor el número de grupos, profesionales, y horas dedicadas a estas cuestiones.

La obediencia⁸ no deja de ser un “*valor*” incuestionable en el ejercicio de la medicina. Los protocolos, las guías terapéuticas... -incuestionables y de gran ayuda- y la presión institucional tienden a fomentar una posición acrítica frente a “los mandatos” institucionales... La posición crítica propia de un científico comienza a ser cuestionada e incluso estigmatizada. Como señala Arendt a lo largo de su obra. “las frases hechas que le sirven de lenguaje lo separan de la realidad, lo protegen evitándole que “tenga que experimentar el mal introducido en el mundo(...) Se trata de no sentir para no pensar, de no pensar para no sentir”⁹. Es por ello que la ética como práctica cotidiana de diálogo en grupo es más que un espacio para la reflexión sostenido por un grupo de “freaks”, deviene un espacio imprescindible para tener cuidado, para atender y sostener la demanda del “invitado” a nuestra “casa”, a nuestra consulta... que -conviene no olvidarlo- no es la enfermedad sino la persona enferma. Como señala Casell “Los que sufren no son los cuerpos; son las personas”¹⁰. La ética nos ayuda día a día a no olvidar el “sentido” de nuestra profesión.

La experiencia grupal en la SAP *Esquerra* ha sido el motor de este texto. La experiencia bimensual de compartir preguntas acerca del hacer clínico-asistencial de médicos de familia, pediatras, ginecólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, auxiliares... nos ha permitido poner en acto algo muy positivo. Nuestros encuentros giran sobre una realidad clínico-asistencial que a alguien del equipo le resulta inquietante, le cuestiona... Eso promueve un intercambio sincero y profundo que nos ha ido enriqueciendo y que luego cada uno de los miembros del equipo transmite a su propio equipo... el ambulatorio etc. esto como una verdadera mancha de aceite va creando no solo un debate realmente productivo en el seno de los equipos sino también la creación de dispositivos que nacen de la puesta en común por ejemplo de problemas de comunicación (el tema numero 1 del ranking) con el hospital de referencia, con la familia, con el equipo del ambulatorio (trabajadores sociales, enfermeros, médicos, administrativos...) que frecuentemente pueden minimizarse con soluciones sencillas pero que hay que sentarse a hablar para que puedan pensarse.

⁸ Bauman R. – Sivan E., *Elogi de la desobediència*, Palma (Mallorca), Lleonard Muntaner editor, 2008.

⁹ Roviello, Anne.Marie, “Arendt” en *Dictionaire d’éthique et de philosophie morale*, París, PUF; 1968; pàg. 88

¹⁰ Bayés, Ramon: “Emociones intensivas”, EL PAIS, Barcelona 7.02.2006.

Para ir cerrando: la ética no es más, ni menos, que una parte de la profesión médica. En la medida en que este saber incómodo y de difícil clasificación vaya permeabilizando la profesión, el ejercicio de la medicina recuperará tanto su dimensión más estrictamente científica como su capacidad más profundamente humana.

“ La razón es falible y limitada; por ello la ética busca la vía más sensata, no la vía absolutamente *buena*”¹¹

¹¹ Groot, G., *Adelante, ¡contradigame! Filosofía en conversación*, Madrid, Ediciones Sequitur, 2008; pp 107. Conversación con Fernando Savater.

Jordi Xandri i Casals. Licenciado en Medicina. Especialista en Ginecología i Obstetricia. Referente en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ASSIR Esquerra. Licenciado en Filosofía. Psicoanalista.

Miembro del Comité de Redacción de la Revista “Tres al cuarto –actualidad, psicoanálisis y cultura” hasta su cierre. Ha publicado diversos artículos en revistas y libros: “Ética, origen y horizonte”, “Cuerpo a cuerpo: El cuerpo femenino en la medicina”, “Stormy Weather” sobre M. Duras, “Las artes de la vida”, “Michaux” ...

Participó en el congreso de Jóvenes Filósofos Españoles que se celebró en Lugo en el mes de Abril de 1992 con la ponencia: “Sexo, muerte y palabras -el deseo en la obra de Georges Bataille-.

Ha participado en diversos libros. *el narcisismo a debate*: capítulo: “Amort-pervivencia del mito de narciso” octubre 2000. *Más allá del principio del placer*: capítulo: “Algo habrá hecho” sobre el abuso.

Forma parte del grupo de Ética de la SAP ESQUERRA. Organizó y llevo a cabo un ciclo de intervenciones en los servicios del Hospital de la Cruz de Hospitalet sobre la relación medico enfermo. En Mallorca presento un taller con el título “la ética de la cura-la cura de la ética” etc. Actualmente esta trabajando en un libro sobre el abuso.

Organizó en colaboración con el Dr. Jordi Vilarasau un taller sobre la relación medico enfermo en el Hospital Cruz Roja de Hospitalet en varios servicios de dicho hospital.

Jornada sobre “la ética del trato el trato de la ética” en Palma (Mallorca). Con la participación de todos los servicios de Policlínica Miramar.

Organizó y dicto la conferencia inaugural del curso “la ética en el Assir” 2009 Barcelona.

Ha publicado: *La nit encesa*, Empúries, Barcelona, 1995.