

Entrevista a Pablo Rodríguez del Pozo

Diego Gracia

Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud



Nacido en Argentina, Pablo Rodríguez del Pozo se licenció en Medicina y en Derecho en la Universidad de Córdoba (Argentina) e hizo su especialidad en Medicina Forense en la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Se doctoró en Derecho en la Universidad Carlos III de Madrid, bajo la dirección de Gregorio Peces-Barba. Eran los últimos años 80 y primeros 90. A la vez que realizaba los cursos de doctorado y su especialidad médica, hizo los dos años del Magíster en Bioética de la Universidad Complutense de Madrid.

Conocí a Pablo Rodríguez del Pozo en los años de gestión de su tesis doctoral y sus inicios en la bioética. Después, ha llevado a cabo diversas actividades, entre otras la de asesor gubernamental para la reforma del sistema de salud en Argentina, docente del Programa de Bioética de la OPS, e instructor de la materia Sistemas de Salud en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Desde el año 2003 vive en Qatar, donde enseña bioética en el campus que allí tiene la Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell (Weill Cornell Medicine), cuya matriz está en Nueva York. Desde allí, se desplaza regularmente a España, donde tanto su persona como su obra son conocidos y reconocidos.

Diego Gracia: Tu familia, si no recuerdo mal, emigró a Argentina desde España. ¿Es así?

Pablo Rodríguez del Pozo: Soy un poco una rareza, ya que el argentino medio, en mi generación, es mucho más mezclado, siempre con uno o más abuelos italianos o de otros lugares de Europa. Mi padre era madrileño, y toda mi familia materna viene de Galicia, salvo por allí algún antepasado vasco. Mi padre llegó a Argentina en 1950, escapando del hambre de la posguerra, para tratar de mantener económicamente

desde allí a sus padres y hermanos menores, cosa que hizo hasta entrados los años 70.

DG: Cuéntanos tu etapa de formación en Córdoba, antes de tu venida a España.

PRdP: En retrospectiva fueron años de bastante estudio y –creo– de buena formación básica. Pero no los disfruté. Los viví más bien como años desnortados, de continua búsqueda entre existencial e intelectual, supongo ahora, sin saber muy bien qué buscaba ni mucho menos qué encontraría. Estudié medicina. Pero las ciencias básicas de los primeros años, si bien me fascinaban, me dejaban frustrado con su tecnicismo. Sentía que estudiaba para fontanero, o reparador de televisores. Mis profesores, lo mismo que casi todos mis compañeros pasaban por –y posaban de– científicos. A mí, en cambio, si bien me deslumbraban las bases científicas de la medicina, la histología, la fisiología, la microbiología, todo eso, me atraían igual o más las humanidades: la historia, la literatura, la economía, y alguna filosofía de cotillón. Mientras mis compañeros leían ávidos el *New England Journal* en los ratos libres, a mí me daba por Heródoto, los latinoamericanos, Borges, Edgar Allan Poe, Camus, Jardiel Poncela, Victor Hugo, Ludwig Erhard, Gardía Lorca y por supuesto Balzac, que me enseñaba de la vida. Pero todo sin orden ni concierto.

Después de terminar con bastante éxito el tercer año de medicina, decidí estudiar derecho. La medicina quedó aparcada por un año y pico largo, pero luego fui retomándola y llevando las dos carreras un poco a la par. Por aquel entonces empecé a trabajar en el servicio de medicina forense en los tribunales de mi provincia, y creí que había encontrado la manera de sacar provecho de mi indecisión entre las ciencias y las humanidades. El tiempo demostraría que, más que desnortado, tenía los ojos vendados.

DG: ¿Qué te hizo venir a España?

PRdP: Vine a hacer mi especialidad en Medicina Legal y Forense, en la Escuela de Medicina legal de la Universidad Complutense, e intenté sacar una beca del Instituto Español de Emigración. Pero el Instituto no daba becas para medicina, así que me inscribí en los cursos para los que sí me becaban, o sea en el Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Complutense, para cursos de doctorado en Derechos Humanos. La picaresca me costó tener que hacer al mismo tiempo ambas especialidades, Medicina Legal y Forense, que era la que me había llevado a Madrid, y Derechos Humanos, que era la que me daba de comer. Esta locura me cambió la vida para siempre.

Un día, en clase de Medicina Legal, el profesor Vicente Moya Pueyo dio una lección sobre los derechos de los enfermos. Esto me hizo caer la venda de los ojos, y por primera vez vi claramente aquello que, sin saberlo, había estado buscando en los últimos seis u ocho años de mi vida: la bioética, o sea la conexión entre medicina y humanidades, de una manera que me resultaba por fin evidente, pero que había sido incapaz de siquiera vislumbrar hasta aquel momento. Allí mismo decidí que mi trabajo final en Derechos Humanos sería, precisamente, sobre los derechos del paciente.

Aparcar la Medicina Forense hasta nuevo aviso fue una decisión que se tomó por sí misma. Mi diploma de especialista quedó para decorar mi despacho.

DG: Hiciste tu doctorado la Universidad Carlos III. De ella era rector Gregorio Peces-Barba, que a la vez era el rector de la Universidad. ¿Qué nos puedes contar de su personalidad?

PRdP: Lo más probable es que aquel trabajo final sobre derechos de los pacientes haya sido un producto bastante mediocre. Sin embargo alcanzó para llamar la atención del presidente del tribunal evaluador, y director, a la vez, del Instituto de Derechos Humanos, don Gregorio Peces Barba. Me parece que a este gran expositor y tremendo impulsor de la doctrina de los derechos humanos, le sorprendió mucho oír hablar de los derechos de los pacientes como una cuestión de derechos humanos. Creo que vio gran potencial a esta materia. Tanto, que casi en seguida se ofreció a dirigirme una tesis doctoral sobre aquel tema, e incluso me ayudó a conseguir una beca para poder llevarla a cabo. Cuando pasó a ser el rector de la recién creada Universidad Carlos III, me llevó a mí con él.

Peces Barba era un personaje de un carisma arrollador. De una cultura jurídica enciclopédica, adicto al trabajo, dueño de un verbo siempre socarrón y de un inmenso sentido del humor. Creo que yo le conocí en sus años de oro como docente. Alejado de la política (en ese entonces había dejado el Congreso de los Diputados), su única pasión era la enseñanza. Por ejemplo, casi no alcanzaba uno a saludarlo que ya preguntaba a bocajarro “¿qué estás leyendo?”, y lo examinaba sobre sus lecturas, que –en sus palabras eran– “el tesoro de un profesor universitario”. Nunca le faltaba alguna recomendación sobre los clásicos y las novedades, que había que estudiar, claro, para no ser pillado en falta en el siguiente encuentro. Pero luego, con la misma naturalidad podía pasar a hablar de zarzuelas o del Real Madrid, o a contar en primera persona historias de la transición, para pasmo de este provinciano recién llegado.

En lo personal, le debo eterno agradecimiento. Imagínese, un personaje de aquel calibre académico y político apostando así, de buenas a primeras, por un perfecto desconocido como yo, que no pertenecía a ningún círculo ni familia, que no tenía más padrinos que los de bautismo, que ni siquiera era parte de la Universidad, ni en España ni en Argentina, sino un aspirante a médico forense en una ignota provincia sudamericana. Creo que esta apuesta la hizo en un intento de abrir un nuevo y prometedor camino para el mundo de los derechos humanos. La doctrina de los derechos humanos era entonces un ángulo desde el que pocos o ninguno se habían ocupado de lo que entonces empezaba a conocerse ya bien en España como bioética, a partir de su trabajo en el Departamento de Historia de la Medicina.

DG: Dedicaste la tesis doctoral al derecho a la salud y a la asistencia sanitaria. ¿A qué conclusiones llegaste en ella?

PRdP: Mi conclusión fundamental resultó ser que el derecho a la asistencia sanitaria en sentido técnico (es decir en sentido jurídico, capaz de dar pie a prestaciones exigibles mediante la acción judicial), es muchísimo más limitado en cuanto a las personas y en cuanto a sus contenidos de lo que el imaginario social cree, no sin

ayuda de la irresponsabilidad incondicional de los políticos y el aliento de los intereses sectoriales. Intenté decir que los límites de aquel derecho eran y son sumamente acotados.

Más adelante me he ido dando cuenta de que los sistemas de salud llamados universales, terminan produciendo transferencias netas de bienestar desde los más pobres hacia las clases medias, e incluso a las clases altas. Por ejemplo, los pobres, por su pobreza misma y por la ignorancia que, bien la acompaña, bien la produce, tienen entre 8 y 12 años menos de expectativa de vida que las clases medias y altas. Así, cuando estas clases comienzan realmente a gastar en salud, sobre los 70 ó 75 años o cosa así, los pobres de esa misma generación hace unos 8 años que ya están muertos y que dejaron de gastar. Pensemos quién se lleva, pues, los recursos. Al mismo tiempo, la manera en la que se financia el gasto en atención médica penaliza más a los más pobres, y las prestaciones que se ofrecen no les aprovechan, ya que caen en terreno demasiado enfermo. Todo esto es bien conocido, claro. Tampoco creo que haya inventado la rueda. Lo interesante sería entender por qué profesamos esta adoración casi religiosa por el elefante blanco del sistema de salud.

DG: En esos mismos años hiciste el Magíster en Bioética que se impartía en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Fue tu inicio en la Bioética. ¿Qué recuerdas de aquellos años?

PRdP: Fui una especie de estudiante crónico, porque cursé tres años de Magíster, en lugar de dos. El primero –gracias a su inmensa amabilidad– como simple oyente, ya que con tanta medicina legal y tantos derechos humanos, no tenía ni para las tasas académicas. Los otros dos años los hice ya como alumno matriculado. Fueron, con inmensa diferencia, los mejores años de mi vida. No sólo se me había caído la venda de los ojos: me sentía, además, cada día como aquella Hellen Keller de la película *The miracle worker* (El milagro de Ana Sullivan), cuando de repente, a partir de la palabra “agua”, Hellen Keller encuentra la cifra del código táctil de Anne Sullivan, y aquella clave –¡agua!– le hace entender el nombre –y por ende la noción abstracta– de todas las cosas del mundo. Pues para mí las clases, las lecturas, las discusiones de aquellos años estuvieron plagadas de momentos como los de aquella escena. Cada día vivía mi momento “¡agua!”, en donde todo en la ética biomédica, y en la medicina misma, pasaba a cobrar sentido, todo se podía comprender y expresar en palabras. La magia de un docente es que sus alumnos tengan momentos “¡agua!”.

DG: Un tema siempre presente y a veces algo conflictivo es el de las relaciones entre ética y derecho, los dos sistemas normativos que existen en toda sociedad. Por similitud con el término bioética, ha surgido el de bioderecho. ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias?

PRdP: El derecho es como máximo una ética de mínimos. Vivimos una hiperplasia legislativa y regulatoria, que –me parece– anquilosa el debate y la reflexión moral, y sustituye la responsabilidad moral individual autónoma por la adecuación al protocolo de la norma heterónoma. ¡Y todos con la conciencia tan tranquila! Todo esto, en el mejor de los casos. Creo casi que se está formando en el mundo del bioderecho una suerte de proliferación legislativa sincitial, sin forma ni función muy clara.

En uno de mis cursos tengo que preparar a mis alumnos para un examen nacional “multiple choice” que hay que tomar los EE.UU. para luego poder optar a una especialización (una suerte de pre-examen-MIR, llamado USMLE). Pues mire si será triste: mi consejo para pasar el examen es “no marquéis la respuesta que os va a hacer mejores personas, sino la que os va a dejar libres de problemas legales”, porque esa es normalmente la respuesta “correcta” en ese examen. De más está decir que siempre aclaro que aquel consejo es al solo efecto de superar el examen, y que en la vida diaria hay que hacer lo que consideremos nos hará mejores personas, incluso si a veces nos metemos en problemas. Pero mal estamos si tenemos que adoptar un discurso para pasar el examen y otro para ser buenas personas.

DG: De esos años viene tu amistad con Joseph Fins. ¿Cómo comenzó?

PRdP: En el verano de 1990 pasé un par de meses como becario en el Hastings Center, que en aquel entonces era –a falta de un término más feliz– una especie de Vaticano de la bioética. Usted había estado allí pocos años antes. Después de aquella estancia suya, Joseph llegó al Hastings como asociado para medicina clínica. Como usted sabe, Joseph tiene una pasión ancestral por España. Él había leído cosas suyas en el Hastings Center Report, y Daniel Callahan le habrá hablado de usted. Pero creo que fue Paul Homer quien le había insistido en que tenía que ponerse en contacto con usted, supongo que porque Joseph ya pintaba en aquel entonces como el menos estadounidense de los bioéticos estadounidenses, en el sentido de que se preocupaba mucho por los problemas de fundamentación de la bioética, más allá de la pura toma de decisiones. Me parece que Homer se dio cuenta de que usted guardaba las claves que Joseph estaba buscando. Cuando llegué al Hastings Center lo primero que hizo fue preguntarme si lo conocía y si podía ponerlos en contacto.

Pero teníamos mucho más en común. Los dos pertenecíamos a lo que podríamos llamar “la segunda generación” en la bioética. Compartíamos, además, aquella vacilación entre la medicina y las humanidades. Joseph, siendo médico, había hecho en realidad su “bachelor degree” (o sea los primeros cuatro años de Universidad en el sistema estadounidense), con una diplomatura en historia. La amistad surgió de inmediato, y desde entonces hemos estado siempre en contacto ininterrumpido. De regreso a Madrid, me ocupé de ponerlos a ustedes en contacto. Quién iba a decir que me tocaría tener un papel en lo que luego ha sido entre ustedes una amistad floreciente y una colaboración más que fructífera.

DG: Tras doctorarte en Madrid, regresaste a Buenos Aires. Cuéntanos tus experiencias de esos años.

PRdP: Para estupor de Peces-Barba, que sólo tiempo después me lo perdonó y, confieso, siendo tal vez desagradecido con él y un poco con todos los que me dieron mis momentos “¡agua!” en Madrid, leí la tesis y regresé a la Argentina, a la que ya echaba mucho de menos después de casi cinco años de ausencia. Hoy creo que en aquel momento regresé a la Argentina simplemente porque luego de mi ciclo en Madrid sentía que ya me podía morir tranquilo. Imagínese. Acababa de leer una tesis dirigida por Peces-Barba ante un tribunal de lujo, presidido nada menos que por Don

Pedro Laín Entralgo, en donde estaba usted junto a Félix Lobo, Eusebio Fernández y Santiago González Ortega. Tenía además una mujer extraordinaria (la de siempre, y hasta hoy). ¿Qué más se le podía pedir a la vida?

En Buenos Aires, bendecido como siempre por mi buena estrella, me incorporé en seguida a un equipo multidisciplinario muy compacto, formado por economistas, juristas y médicos, para proponer una reforma del sistema de salud para los trabajadores en Argentina. En aquel entonces –y hoy también– el sistema está en manos de los Sindicatos Verticales (por decirlo en lenguaje peninsular), a partir de una ley de la dictadura del general Onganía, que era, ni falta que hace decirlo, un fascista de enciclopedia.

Lo primero que comprendí fue la sabiduría infinita de aquel dicho español, de que “no es lo mismo ver los toros desde la barrera”. Menos miedo hubiera tenido con seis Victorinos en Las Ventas.

Lo segundo que entendí fue que tal vez el principal problema del sistema de salud somos los médicos. Mis peleas con los colegas médicos de mi propio equipo fueron constantes. Encontré, en cambio, desde mi formación bioética y desde mis andanzas por el mundo de los derechos humanos, desde la filosofía moral y política, que quienes mejor comprendían la noción del bien común y contaban con las herramientas para realizarlo, eran los economistas (no los financieros, ni los hombres de negocios, ni los lobistas, que para el ojo del público son “economistas”). Me refiero a los economistas en el sentido de Pantaleoni, Pareto, Mises, Samuelson o el propio Friedman, o Amartya Sen. O, si se prefiere, Victor Fuchs, Kenneth Arrow o Evans y Stoddart.

Los expertos de mi equipo no eran de aquella talla, claro, pero tenían la formación y la capacidad para imaginar cómo servir al bien común en lugar de ceder a los intereses sectoriales. Creo que lo que más prendió en mí fue –parafraseando creo que a Clemenceau– que la salud es algo demasiado serio para dejarla en manos de los médicos... y mucho menos, agrego, de los sindicatos verticales.

Fíjese: Hasta aquel entonces, y hasta ahora, los impuestos al salario destinados a la salud de cada trabajador, iban a la caja del sindicato único (que se llama Obra Social). Así, la Obra Social de la construcción –de bajos salarios y alta natalidad– cuenta con muchos menos recursos per capita que la de los bancarios, cuyos sueldos son mucho más elevados y tienen pocos hijos. Esto, además de injusto, es una dilapidación de esfuerzos y de recursos. Nuestra propuesta era poner todos los impuestos al trabajo destinados al sistema de salud en un fondo común, para luego distribuirlos per capita, ajustando la cuota en parte en función del riesgo (edad y sexo, por ejemplo), y dejando a los jefes de familia elegir la Obra Social. Una especie de managed competition a la sudamericana. Los primeros en oponerse fueron los sindicatos y los médicos, además de los políticos. “¡Agua!”

Algo se logró en materia de reforma, pero no mucho. Publiqué algunas cosas, pero en aquella época me tocó escribir más para el BOE que para las revistas especializadas. Fue toda una experiencia, que terminó en un librito sobre el sistema de salud en la

Argentina, que publiqué junto a los dos economistas y amigos del equipo, uno de ellos hoy ministro de economía en mi provincia.

DG: El año 2003, de la mano de Joseph Fins, te trasladaste a Qatar, a ocuparte de la enseñanza de la ética médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Cornell de Nueva York en Qatar. Supongo que sería una experiencia muy enriquecedora, pero también un gran reto.

PRdP: Cuando Cornell abrió la Facultad de Medicina en Qatar (Weill Cornell Medicine - Qatar), se le pidió a Joseph que buscara quien diera allí los cursos de ética médica. Claro, en el Oriente Medio una cosa es enseñar algo objetivo y neutral desde el punto de vista religioso, el ciclo de Krebs por ejemplo, y otra cosa es ir a enseñar ética. Con su habitual pragmatismo –en el mejor sentido de la palabra– Joseph pensó que lo mejor era buscar a alguien que no perteneciera a la cultura estadounidense ni a la del Oriente Medio, sino a alguien más bien equidistante, imparcial, que en principio no provocara resistencias ni adhesiones, y que conociera al mismo tiempo la ética médica de los EEUU y la de otras partes del mundo. Joseph pensó que un servidor podía ocupar ese lugar.

Fue un gran acierto, no por mi persona, sino porque la química con el estudiantado local se ha ido dando casi naturalmente con este hispano-argentino, sin que nadie esté a la defensiva, sin suspicacias. Todo hay que decirlo, con la ayuda de Maradona y de Messi. Y esto no lo digo en broma.

Qatar es un lugar diferente a todos, con una sociedad local que al ojo occidental resulta indescifrable. Es un mundo tribal, lleno de códigos ininteligibles para el occidental promedio. Puede que incluso para el experto. Todos son por lo general cordiales y abiertos, pero de puertas afuera. El ámbito familiar queda, para los de fuera, siempre bajo siete llaves.

DG: ¿Qué cursos das en la Cornell-Qatar?

PRdP: Doy un seminario de siete semanas –que pronto se extenderá a un semestre– de introducción a la ética médica. Es más que nada un curso para ir explorando los problemas éticos y filosóficos propios de la medicina, y para inculcar el hábito de pensar el mundo moral de la medicina en tonos de gris, no en blanco y negro, como un poco dicta la cultura en aquella región. Usando textos literarios (las columnas de Lewis Thomas en el New England, La muerte de Iván Ilyich, la Metamorfosis, algunos tratados hipocráticos, El dilema del médico, etcétera), vamos abordando la teoría del conocimiento general y científico, el mundo del paciente (Iván Ilych), el mundo de la familia del enfermo (La metamorfosis), el mundo del médico (Hipócrates, Carlos Williams), todo en esa línea, con mucha lectura y mucha discusión en clase.

En segundo de medicina doy un curso llamémosle canónico de ética médica, con problemas del principio de la vida, consentimiento informado, ética en pediatría, problemas éticos del final de la vida, ética de la investigación. Este es un curso basado en contenidos. Para volver al principio de esta conversación, con demasiados

contenidos regulatorios, para mi gusto. O sea que nos paseamos un poco por el sincio, pero son las exigencias de las agencias de acreditación de los EE.UU.

En cuarto de medicina doy algo que creo que es único (creación de Joseph Fins, dicho sea de paso): una rotación en ética médica. Allí los alumnos se pasan dos semanas en el hospital, a la cabecera del enfermo, observando el mundo del hospital y del enfermo, explorando la “historia personal” (por oposición a la “historia clínica”) del paciente. Observan cómo hacemos medicina cuando hacemos medicina (llamémosle sociología del hospital), conversan con las familias, se interesan por los fines del tratamiento para el paciente. Todos los días se hace una mesa redonda para discutir lo observado y para planear tópicos a explorar. Este es mi curso favorito, y tal vez el más agradecido por los alumnos, sobre todo una vez que comienzan su residencia médica (MIR).

Colaboro, además en algunos cursos de ciencias básicas (inmunología, patología, farmacología), un poco porque no somos muchos en Doha y a todos nos toca hacer de todo. Pero otro poco porque quiero que mis alumnos me vean como un médico que conoce las ciencias, las discute y las enseña, y no alguien que solamente sabe de ética y no conoce la medicina. Es una estrategia de currículum implícito para ganar legitimidad y hacerme con el respeto de mis alumnos (y de mis colegas, dicho sea de paso).

DG: Tú has mostrado siempre gran preocupación por los métodos docentes. En el Congreso de Bioética Fundamental y Clínica del año 2013 presentaste una ponencia sobre Educación bioética basada en competencias. ¿Qué métodos utilizas en la enseñanza?

PRdP: La moralidad no es una competencia. Identificar problemas morales concretos según un listado, puede que lo sea. Pero identificar y resolver los problemas morales desde algo más que una ética de checklist, ciertamente no lo es. Entrenar para la competencia moral es conformarse con una ética de mínimos, estática y acrítica. Educar es inculcar valores y desarrollar virtudes, además de dar contenidos para que los futuros médicos identifiquen, comprendan y –por supuesto– puedan verbalizar los problemas y los buenos ejemplos morales (porque por suerte hay de todo) a que se enfrenten en su vida profesional.

Esto de la educación ética basada en competencias a mí me parece un disparate por donde se lo mire. Ya no en términos teóricos, sino en términos puramente lógicos. Charles Culver, que fue el que empezó hablando de esto hace muchísimos años, sostenía que no se puede educar la moral, porque los estudiantes llegan a la facultad de medicina con el carácter moral ya formado. En EE.UU. los que acceden a medicina tienen todos más de 22 años, lo que ayuda a entender la postura de Culver. (En nuestro medio –España, Argentina, Qatar– con ingresantes de 17 ó 18 años, sería mucho más difícil). No obstante, la propuesta de Chuck (a quien frecuenté en los 90, cuando él vivía en La Plata y yo en Buenos Aires) supondría, primero, que el carácter moral se puede evaluar mediante un método fiable, cosa que está por demostrarse. Segundo, supondría que todos y cada uno de los estudiantes admitidos en medicina hacen el test cuya exigencia y fiabilidad no se han demostrado, y que aquel test

determina que tienen el carácter moral ya formado. Repito: todos los ingresantes. Tercero, supone –contra la evidencia unánime de los investigadores– que durante la carrera de medicina no se produce la llamada “erosión moral”, que en otras palabras quiere decir que los alumnos ingresan a medicina un poco como soñadores y ya en tercer año son unos cínicos de bastante cuidado. En fin, me parece que no termino de ver esto de la enseñanza basada en competencias.

En cuanto a los métodos que utilizo, podría decirle –como reza en los programas de los cursos que dicto– que son el seminario de discusión, las lecciones magistrales, la casuística y la observación participativa. Nominalmente es así. En la práctica la verdad es que improviso sobre la marcha. Como un cirujano, me planteo unas metas (inculcar valores, fomentar actitudes como la curiosidad, la observación, la tolerancia, el análisis sereno, exigir que toda aseveración sea fundamentada discursiva y racionalmente, etc.), y voy corrigiendo el rumbo a medida que la operación avanza, según con qué me vaya encontrando. Me asusta pensar que al final de un curso de ética se me puedan exigir resultados inmediatos y cuantificables. Eso será posible para algunos conocimientos, que una semana después igual se olvidan. Pretendo que mis cursos agreguen una diferencia no sólo en lo inmediato, sino a cinco, diez o veinte años vista, cuando mis alumnos sean residentes, jefes de servicio o ministros de salud.

DG: La enseñanza de todo, y muy en especial la enseñanza de la ética, no hay duda de que necesariamente ha de estar muy relacionada con el contexto cultural. No puede ser lo mismo enseñar bioética en Nueva York que hacerlo en Qatar. En 2011, Joseph Fins y tú publicasteis un artículo sobre este problema, *The hidden and implicit curricula in cultural context: new insights from Doha and New York* (*Acad Med.* 2011 Mar;86(3):321-325).

PRdP: Lo que intentábamos decir en aquel artículo era que aquello de que “el mensajero es el mensaje”, de McLuhan puede ser verdad en el mundo anglosajón, de ahí que haya que estar atento al currículum implícito que –como mensajeros– dan las escuelas de medicina a sus estudiantes, más allá del mensaje, o sea de los contenidos explícitos. Pero, añadíamos, para el Oriente Medio –al menos en materia de ética médica– habría que decir que “sólo hay mensajero; nadie prestará atención al mensaje”. Esto, claro, es una caricatura. Nuestra intención era señalar que el currículum implícito, en la cultura del Oriente Medio, es más importante y más perdurable que el currículum explícito en ética médica. Queríamos decir que allí se enseña con lo que se es, más que con lo que se dice, como, *mutatis mutandis*, el Hipócrates de Sobre la decencia (*Decorum*).

DG: Esto nos lleva a otro tema y a otra publicación tuya. Se trata del tema de la maduración del juicio moral a lo largo del proceso formativo. En 2012 publicaste junto con Rogelio Altisent y el grupo de bioética de Zaragoza un artículo sobre la maduración del juicio moral en el proceso de aprendizaje de la bioética (Delgado Marroquin MT, Altisent Trota R, Buil B, Muñoz P, Martín Espíldora MN, Rodríguez del Pozo P. Análisis de la maduración del juicio moral en el proceso de aprendizaje de la bioética. *Educación Médica.* 2012). ¿Qué concluisteis en ese trabajo?

PRdP: Hacer ese trabajo mostró nuestras propias contradicciones. Por un lado, sostenemos –o al menos un servidor sostiene– que trabajamos para el futuro y que no tiene sentido medir los resultados inmediatos de nuestra enseñanza bioética. Agregamos, además, que incluso si lo quisiéramos medir, no habría ningún método fiable. Pues bien, con todo y con eso, mis amigos y yo nos embarcamos como si tal cosa en la quimera cuantitativa, y nos propusimos medir el impacto de nuestra docencia. Contradicciones aparte, fue una buena experiencia.

Usamos el Moral Judgment Test de Georg Lind, de la Universidad de Constanza, que intenta medir la maduración del juicio moral sobre una escala de Kohlberg (nivel pre-convencional, convencional y post-convencional) modificada. Comparamos dos grupos más o menos homogéneos de estudiantes en Doha y en Zaragoza, antes y después de tomar nuestros respectivos cursos de ética médica. Los cursos son distintos, o sea que allí había un sesgo evidente. Como sea, lo que vimos fue que no había mayores cambios en la maduración del juicio moral antes y después de los cursos. Lo que sí parecía, con bastante validez estadística, era que en Doha los alumnos se mostraban después de los cursos más abiertos a considerar posiciones alternativas, mientras que antes de los cursos parecían no dudar en las respuestas dadas a ciertos dilemas que plantea el test. En cualquier caso, este estudio no ha sido replicado, o sea que las conclusiones deberían ser vistas, si bien como muy sugerentes, todavía un poco provisionales. Por cierto, fue el propio Geog Lind, ¿quién si no?, el que me convenció de que hiciéramos el estudio.

DG: Las diferencias culturales repercuten muy directamente en varios capítulos muy importantes de la bioética. Se ha comprobado repetidamente, por ejemplo, que el consentimiento informado es percibido de modo muy distinto por los norteamericanos, y en general por quienes pertenecen a la cultura anglosajona, que por los europeos mediterráneos. Y supongo que las diferencias serán aún mayores en el caso de quienes forman parte de la cultura árabe.

PRdP: El consentimiento informado es un excelente banco de pruebas para los estudios inter-culturales. Los anglosajones tienden a obtener la información de los textos explícitos, sin “leer” mayormente el contexto. En las culturas mediterráneas la tendencia es a “leer” el contexto y no darle mayor relevancia al texto. Las primeras son llamadas por los Hofstede (Geert y Gert-Jan) low-context, las segundas high-context. Para el consentimiento informado esto es clave. El anglosajón medio se leerá la letra grande y la pequeña, hará preguntas y a través de las palabras se dará por informado. El mediterráneo –o el árabe– medio mirará a todo el cortejo contextual en el que se le ofrece el texto, mucho más que al texto mismo, y se dará por informado más por lo que olfatee en el ambiente que por lo que le diga el texto oral o escrito.

Hace un par de años hicimos, otra vez con los amigos de Zaragoza, un estudio sobre qué pensaban los pacientes que acababan de dar su consentimiento informado, consistente tanto en Doha como en Zaragoza en una hoja informativa y unas palabras de algún médico o enfermera, para prácticas invasivas (endoscopias). En ambos lugares los pacientes respondían prácticamente lo mismo: que es una pura formalidad, que es algo que se firma para librar de responsabilidad al médico y al hospital, que la decisión ya la habían tomado antes y por eso estaban ese día en el hospital, que del

texto no sacaron nada en claro, salvo que allí nadie se quería hacer responsable por ellos, que la información se la dieron amigos o conocidos o que la sacaron de la Internet. La única diferencia apreciable era que en Doha los pacientes antes de firmar pedían unos momentos para rezar, y que querían que alguien de la familia estuviera presente, o bien se quejaban de que los habían hecho firmar sin que ningún familiar los acompañara. En uno y otro caso, los pacientes sostenían, con total sentido común, que si ya estaban allí el hospital para el procedimiento, eso significaba que habían consentido con todo el cuerpo, y que no veían por qué había que firmar nada.

Creo que el gran desafío sigue siendo la toma de decisiones compartida.

DG: En 2012 publicaste junto con Fins y colaboradores un trabajo sobre las actitudes y prácticas de los médicos catariés en el asunto de decir la verdad a los enfermos oncológicos (Rodríguez del Pozo P, Fins JJ, Helmy I, El Chaki R, El Shazly T, Wafaradi D, Mahfoud Z. Truth-telling and cancer diagnoses: physician attitudes and practices in qatar. *The oncologist*. 2012 Nov; 17(11):1469-74). Supongo que es un ejemplo muy significativo de lo que venimos tratando.

PRdP: Ese fue un trabajo hecho con mis alumnos. La intención era fijar una línea basal, como hizo en su momento Oken en 1961 y que luego replicaría Novack en 1979, mostrando la evolución de los criterios de los médicos en cuanto a informar sobre el diagnóstico de cáncer.

El resultado de nuestro estudio fue más que interesante, porque casi todos los médicos declaraban que su política personal era siempre informar a los pacientes sobre su diagnóstico de cáncer. Sin embargo, el cuestionario contenía una segunda parte sobre si hacían excepciones a su política personal, con un listado de posibles circunstancias. Y allí vino la sorpresa: casi todos los médicos declaraban hacer, o estar dispuestos a hacer, excepciones a su propia norma de siempre informar, en un número amplísimo de circunstancias. Creo que concluíamos que la razón les dictaba a los médicos una cosa, pero la cultura en definitiva podía más que la razón, y aquello de informar siempre era más que nada una expresión racional no internalizada culturalmente.

DG: Tu permanencia de tantos años en Qatar te está convirtiendo en un auténtico experto en bioética intercultural o transcultural. Todo un reto, quizá hoy, en la época de la globalización, más necesario que nunca antes.

PRdP: A medida que avanzo en esta conversación me da la impresión de que he tenido varias vidas. No sé si he vuelto a mis orígenes provincianos, pero cada vez estoy más convencido de que la medicina puede ser todo lo global que quiera, pero los pacientes son a fin de cuentas locales. Son siempre locales. Y me parece que el modo de llevar a la cabecera del enfermo una ética médica que tenga sentido para el paciente, que ponga en acto lo que Laín llamaba “la autenticidad del bien”, es focalizarse en el paciente individual con su cultura local.

DG: ¿Cuál es, en tu opinión, el papel de las Humanidades médicas en todo este proceso que venimos analizando? ¿Y el de la medicina?

PRdP: Decía Letamendi que el que sólo sabe medicina, ni medicina sabe. Habrá que decir que el que sólo practica medicina (o técnica médica), ni medicina practica. El médico debería ser ante todo un humanista. Pero esto es una utopía en estos tiempos de exuberancia irracional, que diría Alan Greenspan, de tecnología de punta, de ultra-especialización y competencia feroz, de medicina personalizada, de fármacos carísimos que prolongan menos de 90 días la vida de pacientes con cáncer, de gasto en atención médica que se lleva el 17% del Producto interior bruto en EE.UU. y que provoca la quiebra de familias enteras.

A mí me da la impresión de que la medicina actual es una gran burbuja, de las muchas que ha habido en la historia, desde la de los bulbos de tulipanes de mediados del XVI, a la de las “punto com” de los 90. Estas burbujas, al tocar su límite natural –la irracionalidad tiene un límite– estallan por cualquier hecho, muchas veces por motivos casi intrascendentes. Un día nos despertaremos y nos daremos cuenta de que la medicina actual nos cuesta muy cara y no nos hace felices.

Puede que un día la historia diga que la medicina de nuestros días recuerda a la leyenda de los antiguos romanos, que se ponían ahítos de comida para luego vomitar y seguir comiendo. La mayoría de lo que hoy hacemos en materia médica puede que no tenga más uso ni provecho que los manjares en aquella fábula. Les tocará a las humanidades médicas explicar por qué el estallido de la burbuja médica era previsible y por qué se veía venir, y por qué nadie hizo nada para evitar que siguiera hinchándose. A más de uno le tocará recordar en clase el mito de Casandra.

DG: Para terminar, ¿quieres añadir algo para tus colegas y amigos españoles?

PRdP: Nada más. ¿Qué más le puedo pedir a la vida si estoy en EIDON y tengo colegas y amigos españoles?