

# **El debate en bioética. Alivio del sufrimiento y riesgo de causa de mala praxis\***

## **The debate in bioethics. Relief of suffering and risk of mal praxis**

*Enrico Di Salvo\*\**

### **Resumen**

En esta conferencia el autor expone sus vivencias como médico. Sobre todo por las relaciones que se instauran con los pacientes. Relaciones confiadas y entrañables, nobles y generosas. Experiencias en los viejos hospitales con todas sus limitaciones y con la luminosa dedicación de quienes los manejaban con esfuerzo. Lugares de verdadera atención a la salud.

Ya luego hemos visto la irrupción de la administración estatal que, con sus intereses y procedimientos, puede desvirtuar el contacto humano y la preocupación primordial por el bien del enfermo y por el progreso de la medicina. Por otra parte, están los costos elevadísimos de la medicina moderna y su tendencia cre-

---

\* Título original: *Il dibattito in Bioetica. Sollievo della sofferenza e rischio di cause di malpractice*. Publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2017/3, páginas 389-396. La traducción no ha sido revisada por el autor.

\*\* Departamento de Salud Pública, Universidad de los Estudios de Nápoles Federico II.

*Lectio* (conferencia) para la inauguración del año 2017 del Centro Interuniversitario de Investigación en Bioética (CIRB), Nápoles, 23 de febrero de 2017. Recibido el 30 de octubre de 2018. Entregado el 05 de noviembre de 2018.

ciente a la tecnología, con todos sus beneficios, pero también con su despersonalización e ilusión de omnipotencia.

Se dan algunos síntomas inquietantes: los pacientes tienen una mayor expectativa de vida, cercana a los cien años. Los médicos y los hospitales son investigados por los pacientes potenciales vía internet antes de ser elegidos... Se fomenta la desconfianza. Luego han venido reformas al sistema de salud que regulan las condiciones económicas y las remuneraciones, pero en el fondo prevalece la postergación de los más pobres y la preferencia por los ricos. Y así el negocio se va apoderando de la nobleza de la medicina. Influye también el tiempo: el tiempo transcurrido, el esperado y también el dedicado a la atención de la persona. Por otra parte, está el fenómeno de las demandas de resarcimiento por mala praxis médica, que llegan a unas lamentables dimensiones económicas las cuales conducen al dramático juego de los seguros y sus consecuencias, como la medicina defensiva con sus altos costos.

Y entonces surge la pregunta de si lo primero es la atención al paciente, su persona, su salud...; de si podemos recuperar la esencia de la medicina y del actuar correcto y honorable... El camino de esta esperanza está en la dedicación plena y cordial a las personas, al hombre sufriente que pone su vida en las manos del médico.

*Palabras clave:* atención médica, medicina moderna, medicina defensiva, atención humana.

El argumento de esta conferencia me ha obligado a pasar revista a los cuarenta y cinco años que me separan del día inolvidable de mi graduación, las diversas fases de mi vida profesional, la evolución que se ha dado dentro de mí y en torno a mí; y a preguntarme qué cosa ha cambiado en el médico y qué cosa en el paciente; qué cosa en los lugares en los cuales el sufrimiento es acogido, estudiado y tratado; cuánto permanece de la relación positiva y virtuosa entre quien sufre y quien se ocupa de él; cuánto en cambio se ha deteriorado y quizá perdido para siempre y por qué.

Es difícil imaginar que las transformaciones profundas que han afectado en casi medio siglo a todas las relaciones entre personas unidas por un motivo cualquiera, al interior de las familias, de las organizaciones políticas y sociales, del mundo del trabajo, de las profesiones, de las iglesias, sea con relaciones verticales o bien horizontales, no afectasen también a la unión entre el médico y el paciente, imaginada al inicio de los tiempos como puramente solidaria y caritativa, y luego deslizada cada vez más hacia la pérdida de aquellos aglutinantes únicos que son el sufrimiento por un lado, y la erogación desapasionada y devota de un saber por el otro. Estos elementos hacían simétrica una relación que nacía como asimétrica, y la hacían a través del vínculo de una prestación que escribía cada vez un pacto de ternura y de devoción.

Tengo memoria de los viejos hospitales llenos de enfermos medianamente pobres, colocados en grandes hileras en las cuales quedaba fuera toda *privacy* (privacidad), y no obstante nacían historias de solidaridad; pasillos animados por religiosos y religiosas, en general auténticamente dispuestos al servicio; secciones organizadas por médicos carismáticos según el modelo de una *clinical governance* (gobierno clínico) natural. Hoy todo esto ha sido sustituido por la gestión empresarial, que ha relegado a una posición marginal, quizá hasta servil, a aquellos que son o deberían ser los verdaderos protagonistas de la escena. Aquel modelo remoto de estructura hospitalaria es hoy considerado arcaico y no compatible con la realidad occidental, y en pocas décadas ha sido completamente desmantelado sin salvar casi nada de aquello que lo hacía, sí arcaico, pero habitado por una corriente de aire bueno. Hoy prevalece una actitud pragmática que tiende a cancelar todas las huellas de nuestra historia, también aquellas que deberían ser salvadas y conservadas como base de un ulterior mejoramiento.

Huellas de este modelo de organización de la atención médica están todavía visibles en las sociedades menos desarrolladas del tercer y cuarto mundo, donde se pueden encontrar Dispensarios y Centros Hospitalarios que giran en torno a extraordinarias figuras

de médicos y enfermeros misioneros, laicos o religiosos, empeñados en primera línea y sin el factor contaminante del lucro. Ahí, decenas de miles de pobres que el Estado no tutela son socorridos y atendidos sin escatimar fuerzas. Quien tiene el honor de hablarles ha tenido en el curso de su vida la extraordinaria oportunidad de visitar estos lugares y contribuir a su trabajo, constatando que en aquellas condiciones el empeño del hombre sustituye, en los límites de lo posible, la escasez de los recursos, el atraso de las tecnologías, y que ahí cada día y varias veces al día es firmado el contrato moral de la alianza médico-paciente que, por revestirse de recíproco respeto y de leal fraternidad, no expone nunca al riesgo de la desilusión y de la represalia legal.

No sucede así con nosotros y en el resto del primer y segundo mundo. En años recientes, una Comisión de investigación de la Cámara de Diputados ha tomado la estremecedora fotografía de cuanto está sucediendo en nuestro sistema sanitario, con particular atención a las disfunciones, que son múltiples y complejas, y que van desde la confusa e insatisfactoria organización de la red territorial de la medicina familiar y de la pediatría de base, hasta la heterogénea red de emergencias. En las diversas regiones y en las diversas provincias, las empresas siguen frecuentemente una lógica de subordinación de los responsables de la gestión administrativa a la peor política local. Ven realidades hospitalarias en donde los cargos dirigentes son todavía cubiertos y conferidos demasiado frecuentemente sin concurso público, y los bienes o servicios todavía son adquiridos con demasiada frecuencia sin el respeto a los procedimientos de evidencia pública.

Por otra parte, los costos en el crecimiento exponencial de la tecnología instrumental y farmacológica, en asociación con los derroches, han llevado el gasto sanitario a rozar el 8% del PIB del país, alimentando legítimamente en los usuarios enfermos o potencialmente enfermos la convicción de que la prevención y la atención deberían ser taxativamente impecables en un país al que se le

carga con un gasto semejante y con la obligación de la recaudación fiscal de los ciudadanos.

En este contexto *délabré* (dilapidado), también los médicos han cometido errores muy evidentes. El primero es, según mi parecer, haber banalizado en sentido tecnológico el arte médico, mandando a la gente un mensaje distorsionado de que lo que cuenta son sólo las máquinas con su metálico misterio, de que las máquinas no pueden fallar y, por tanto, de que su uso por parte del médico hace previsible un porcentaje de éxito muy cercano al 100%. Es verdad, la cirugía robótica, por ejemplo— aplicada en muchos campos —es considerada como un evidente mejoramiento de la técnica, pero tampoco ella está privada de complicaciones y en algún caso de fracasos.

El segundo mensaje derivado es la comunicación de que ya podemos tratar casi todo, y casi todo lo podemos curar. Ciertamente, esto es verdad en algunas patologías, pero existen campos en la medicina, como el cáncer o las patologías neurodegenerativas o las enfermedades congénitas raras, en las cuales el intento de tratamiento es quizá desilusionante, y precisamente es ahí donde el mensaje que alimenta excesivas esperanzas es frecuentemente sostenido por razones de especulación. Esto es frecuente, incluso demasiado frecuente o quizá incluso cada vez más frecuente.

Por parte del enfermo: la población de nuestro país ha alcanzado una expectativa de vida que conduce cada vez más personas a la novena década de vida. Si la heterogeneidad de los bienes en el mundo continuara tan brutalmente a nuestro favor, la expectativa de vida abatirá en un futuro próximo el muro de los cien años para un número siempre creciente de hombres y mujeres. Se darán por tanto expectativas diversas y una diversa imagen y gestión del fin de la vida. Todo podría cambiar ante los fenómenos actuales relativos al desbordamiento de pueblos enteros, pero en la situación actual la solidez de nuestra vida económica —entendida en su conjunto— hace que los conceptos de sufrimiento, envejecimiento, muerte, representen elementos a rechazar y a combatir con todos los medios.

Y que la enfermedad, por debajo del umbral de la tragedia, sea vista como un desagradable incidente en el camino, del cual hay que liberarse en el plazo más corto.

El encuentro con el médico seleccionado sigue todo tipo de caminos preliminares complejos: cuidadosísimas exploraciones vía internet para profundizar en la propia patología, para saber la vida y milagros del médico que se pretende elegir, la institución en la cual trabaja y la dotación tecnológica de ésta, así como la casuística del médico mismo y otras muchas verificaciones cruzadas con amigos y conocidos que han tenido el mismo médico, el mismo hospital y la misma enfermedad, pero en una fase y con características del todo diversas.

Todo esto es legítimo: documentarse es siempre una cosa buena, prevenirse mejor aún. Sin embargo, es difícil no ver al mismo tiempo la base subyacente de la desconfianza, la antítesis de aquel confiarse que debería ser la premisa de una correcta relación. El enfermo entra en el consultorio del médico y sabe casi todo de él; el médico todavía nada, y a veces la relación es difícil desde el inicio. En realidad, el médico debería ver entrar por su puerta a una persona, acompañada en general por alguien cercano, que viene a pedir ayuda. Debería verlo entrar con su historia de ayer, sus vivos y sus muertos, sus dolores y su sufrimiento de hoy. Esto sucede todavía afortunadamente, pero con frecuencia la desconfianza es evidente en las miradas, en las actitudes, desde los primeros momentos o más adelante, cuando la narración toma cuerpo y se entra en lo vivo del problema, interrumpidos sólo por el sonido del celular que el paciente, el acompañante o el mismo médico han dejado encendido. La pérdida de la sacralidad de este primer acercamiento, quizá por algunos aspectos el más importante, empeora inevitablemente cuando el médico contamina su propia misión con el cobro de su servicio, a veces elevado, o bien con la indicación de una hospitalización que se prolongará, aunque podría ser incluso brevísima. Y ahí donde el servicio médico sea realizado en régimen intramuros, bastará pagar.

La reforma Bindi, debemos tener el valor de decirlo, tenía unos elementos positivos y otros negativos, pero en su conjunto pienso que los primeros fueron predominantes. Sin embargo, ha quedado aplicada sólo en parte, como muchas otras (pensemos en la reforma Basaglia). La más abominable de las consecuencias consiste en el permitir a los más afortunados elegir el médico, pasar delante de centenares de pacientes que tienen la misma patología y esperan con infinita paciencia ser llamados por el mismo hospital, y todo esto sólo por el hecho de ser rico y de poder pagar. Una verdadera vergüenza que ve una situación combinada entre interés económico del profesionista y el interés de su empresa, que lucra, y muy bien, con las ganancias del profesionista mismo, sobre el cual debería ejercer una función de control que garantice *¡al menos!*, que él respeta los porcentajes existentes entre el débito del trabajo institucional y el derecho al trabajo privado intramuros. Aunque esta vigilancia frecuentemente no es del interés de la empresa, tiende a la cobranza del modo más simple o bien cobrando la cuota que le es debida. La gratuidad de la atención médica no protege al médico de la ingratitud, que es quizá un costo endógeno de las actividades vocacionales y, por otra parte, ni siquiera la gratuidad de los milagros de Jesús lo protege de ella, pero ciertamente el paso del dinero constituye el elemento agravante y es la causa del alejamiento entre médico y paciente.

No hay duda de que el desplazamiento del médico de la categoría del servicio solidario a la del comercio, debilita su figura una vez hierática y lo hace aparecer desnudo, aplastado por sus humanas limitaciones. La primera de todas es el deseo de poseer, incluso si en algunos casos puede también suceder, paradójicamente, que la avaricia de la petición económica induzca –al menos temporalmente– a quien debe pagar a consolarse pensando que el precio es directamente proporcional al valor del médico: más pago, más bueno debe ser. Pero casi siempre esta tregua armada se romperá cuando el resultado no sea el esperado. Todo sector del saber médico ha sido colonizado por el concepto de mercado, incluso las

ramas nuevas y cargadas de significado mágico como la procreación asistida, frecuentemente campo de verdaderas especulaciones. Piénsese en el dolor de la enfermedad, en el drama de la esterilidad, en el deseo irresistible de dar la vida a un hijo... La ciencia tecnológica aporta nuevas y maravillosas soluciones, pero el mundo médico se ha organizado para un colosal business: ¡Qué barbaridad!

He llegado a la conclusión de que en una sociedad igualitaria no sería difícil encuadrar a los médicos en un régimen exclusivo de dependencia con una remuneración salarial de justo decoro y nada más. Pero entiendo que decir una cosa semejante es considerada como una tardía regurgitación de socialismo real o, en la mejor de las hipótesis, como una descabellada idea romántica del todo incoherente con la realidad capitalista.

Un ulterior elemento de alejamiento médico/paciente es el tiempo. A veces brevemente acordado o sumariamente consumido por una parte y/o solicitado de manera supuesta o descortés por la otra, el tiempo obstaculiza la relación con un factor de incompreensión que no nace tanto de la valoración del tiempo utilizado en la atención, como del empleado en atender, que en general es el más sacrificado. Desde hace muchos años me dedico a explicar a los jóvenes que eligen la cirugía, que es necesario dedicar tiempo para dar explicaciones al paciente, para animarlo, y que se necesita mucho más tiempo para la gestión de la incomodidad física y moral de la sala de recuperación que el que hemos dedicado para él en la sala de operaciones. No siempre lo logro, porque desde hace demasiados años el predominio de la tecnología ha esquivado la visión humanística de nuestro trabajo y ha inoculado en los jóvenes la idea de que sólo el gesto técnico tiene importancia, y que, por tanto, todo el resto es inútilmente gravoso o incluso constituye una pérdida de tiempo y que de algún modo no hace vibrar las cuerdas de la vanidad personal. Se ve en jóvenes de buena formación quirúrgica, pero que fuera de la cual no queda casi nada.

Sucede también que al médico, identificado no sólo como prestador de un servicio profesional sino como paradigma de todo el



sistema de salud, le son atribuidas responsabilidades y culpas que no son suyas, que tienen que ver con la organización en su conjunto. Médicos que son considerados responsables de erogaciones diagnósticas o terapéuticas tardías, y que no son culpables, porque en realidad los motivos están ligados al déficit de personal, a pocos enfermeros, pocos operadores sociosanitarios, pocos técnicos, especialmente en la regiones del sur del país, en donde tenían responsabilidades históricas de despilfarro y clientelismo, pero sobre las cuales se ha volcado con excesiva violencia la guillotina de los seguros, de los recortes indiscriminados de gastos, con la consecuencia de una ulterior trágica apoteosis de un sistema de salud que obliga a demasiados ciudadanos meridionales a remontar el Apenino como una larga fila de hormigas dolientes que suben hacia las estructuras del norte.

No soy capaz de entender cómo una cínica intención ha llevado a todo esto, pero las consecuencias están ante los ojos de todos: mientras más se degradan las estructuras del sur, más se ensancha y se ahonda la valla que separa a las dos Italías, con historias de terribles molestias y con el efecto de un desembolso por la movilidad de salud de las regiones del sur a las del norte, que hace pasar hambre cada vez más a las primeras en ventaja de las segundas. Sobre los hombros de la región de la Campaña pesa un costo de alrededor de 300 millones anuales que va en aumento por la movilidad a favor de otras regiones. Es indigno que ningún gobierno nacional ha trabajado seriamente en el reequilibrio.

Y, por tanto, la presión de la gente que está en torno, las responsabilidades de la clase médica, la hostilidad ya bastante enraizada en cierta parte de los usuarios... han creado juntas una complicidad crítica entre tratante y tratado. La relación, si bien modificada, queda cargada de significado emotivo o de desilusión por el resultado, así como sucede en otros tipos de relación con fuerte carga interpersonal, como en el matrimonio, donde fácilmente puede hacer dudar en la lucha.

El recurso a la justicia es cada vez más frecuente en el ámbito civil, aunque mucho menos en el penal. Este último en general está limitado a los casos de supuesto homicidio culposo o de lesiones graves con resultados invalidantes atribuibles, en hipótesis, a la impericia, imprudencia o negligencia del médico, por sí solas o asociadas entre sí. Y ve al médico absuelto de toda acusación por archivamiento preliminar o en juicio en un altísimo porcentaje de casos. Menos mal, dado que Italia es, junto con México y Polonia, el único país que no prevé el crimen de culpa médica. En cambio, todavía prevé la persecución penal del error clínico equiparado al acto de delincuencia común. Por tanto, el comportamiento del médico quizá está sumergido en una especie de crimen que luego se revela inconsistente, pero el clamor mediático que se deriva inmediatamente de ello es capaz de destruir la credibilidad, la dignidad y la vida misma del profesionalista injustamente acusado.

En las cortes de la justicia civil y en la contratación extrajudicial, en cambio, las peticiones de resarcimiento asumen ya las características de un tsunami. Nacen quizá de la convicción honesta de haber sufrido un daño por responsabilidad de los tratantes, pero muy frecuentemente están motivadas por el burdo intento de un reembolso indebido, presentado quizá el día antes de la caducidad de diez años.

Retomando el ya citado trabajo de la Comisión de Investigación de la Cámara, resulta claro que ninguna otra categoría profesional está tan expuesta al riesgo de acciones de resarcimiento, y la controversia civil respectiva pesa ya más del 10% en el portafolio de clientes de numerosos despachos de abogados, incluso considerados deontológicamente correctos. En ello incide pesadamente en la normativa actual, que impone al acuerdo la necesidad de demostrar su extrañamiento a las causas que se le dirigen, la política agresiva de algunos abogados sin escrúpulos que inician siempre el juicio sin ni siquiera pedir un anticipo, entrando por así decir en asociación de hecho con el cliente (y pueden hacerlo según el disparatado principio de los pactos de cuota proporcional por litigio). Esto ha

elevado el número de las denuncias anuales, por verdaderas o presuntas culpas profesionales de médicos y enfermeros o por la desorganización de los hospitales, más allá del umbral de los 30,000. Prevalen las regiones del sur de Italia y algunos profesionales mayormente en riesgo como los ginecobstetras, los cirujanos, los médicos de urgencias y de primeros auxilios y los anatomopatólogos. Leyendo un buen artículo de Biondani publicado hace poco tiempo en “L’Espresso”, parece razonable considerar que también en Italia, como ya en Estados Unidos, se están asomando fenómenos predatorios de especulaciones organizadas y de fraudes.

El florecer de este juego en el tejido social induce consecuencias dramáticas.

Empresas de salud y profesionales en particular están siendo obligados a blindarse adquiriendo pólizas de seguros con primas cada vez más altas, porque las sumas aseguradas son cada vez mayores (pensemos en el caso histórico de un reembolso de más de cinco mil millones de liras por la muerte de un niño). Estas pólizas están en manos de un fortísimo y restringido grupo de poderosas compañías, confederadas precisamente en el AmTrust Europe y que lucran cada vez más, porque en estos últimos años las primas han aumentado en promedio el 5%, mientras que los daños pagados han caído en más del 70%. Las empresas, oprimidas bajo el peso de una carga tan grande, se ven obligadas a hacer recortes en otros rubros; por ejemplo, de personal, de horas de trabajo per cápita, de adquisición de bienes y servicios, con la consecuencia final de un ulterior aumento de las acciones de venganza y, por tanto, también de las primas de los seguros; y vuelve a comenzar el círculo vicioso...

Por su parte, los médicos han dado vida a la así llamada medicina defensiva. Hace algunos años, me parece que en 2011, el OdM de Roma ha presentado un estudio que ha demostrado cómo el 78.2% de una muestra congruente y representativa de las diversas ramas considera correr un grave riesgo de incurrir en juicio y de percibir una presión psicológica indebida en el curso de su propia

práctica clínica, mientras que el 27.8% de los médicos más jóvenes teme un daño en la continuación de su carrera, y el 17.8% tiene miedo de ver comprometida su propia imagen por culpa de los medios de comunicación. Por tanto, se da la prescripción “tuciorística” (seguir siempre la opción más segura o cercana a la ley) de toneladas de exámenes no estrictamente necesarios, que desangran los presupuestos y sustraen recursos laborales y ocupacionales más útiles, como la retención en el hospital de casos llegados a Urgencias por motivos leves (“y si luego de darlo de alta, se va a su casa, se pone mal y me demanda...”), y una infinidad de actitudes que cuestan dinero, y que en conjunto han hecho subir el valor pasivo de la medicina defensiva a más del 0.7 del valor del PIB nacional, igual a más de 10 billones de euros. Esta cantidad es muy poco inferior a cuanto se ha invertido en investigación y desarrollo en Italia, y casi igual al monto del impuesto municipal unificado del Estado (en 2012).

Más allá de los datos económicos, si bien pesados y densos de lamentaciones y preocupación, la conducta defensiva del médico obliga a quien está dentro y a quien está fuera del sistema a hacerse una pregunta terrible: ¿eligen siempre los médicos el procedimiento terapéutico más útil para la vida y la salud del enfermo, o en cambio optan por el que los expone a ellos mismos al menor riesgo?

No quiero dar una respuesta a esta pregunta. Pero si la respuesta estuviese en la dirección de que el médico salva su propia tranquilidad y reputación también y en detrimento de la salud de su paciente, entonces deberíamos concluir que un sistema ya enloquecido y hecho de desorganización, de astucias, de avaricia, de macrointereses individuales y colectivos, ha tergiversado completamente toda lealtad del paciente y toda palabra del juramento de Hipócrates.

¿Existen correctivos? ¿Existe la posibilidad de devolver serenidad a nuestro trabajo y al mismo tiempo cortar el alambrado de púas de la desconfianza? ¿Podemos trabajar para reconstruir las ruinas y por tanto limitar el daño humano y social?

Pienso que es necesaria una multiplicidad de acciones. Los médicos han de vestir con dignidad y orgullo su bata y arrojar de sí para siempre la vestimenta inquietante de los mercaderes. No podrán pensar que las condiciones normativas más favorables previstas por la próxima ley Bianco-Gelli (que pone la carga de la prueba del daño en manos del presunto dañado, fija límites a los resarcimientos y acotamientos a la responsabilidad médica) realicen un milagro. La clase forense debe asumir responsabilidades y abandonar la indecencia de los pactos de cuota proporcional por litigio, condenados desde siempre ética y legalmente hasta hace diez años, en la época del nefasto decreto Bersani. Las empresas no deben renunciar a tutelar sus propios derechos, incluso recurriendo a la demanda reconventional por litigio temerario, sin falsos pietismos. Los medios de comunicación deben ser prudentes al dar noticias que prejuzguen a un médico que, aun cuando sea absuelto de toda acusación, ve dañada para siempre su reputación. Las universidades deben formar médicos honestos y convencidos, enseñar el rigor de la metodología científica y el amor por lo nuevo, sin abandonar la carga humanística que es propia de este compromiso. Es una transformación palingenética difícilísima; una acción de recuperación probablemente imposible, porque el tren de nuestro mundo occidental ha escogido unas vías y una dirección diferente.

Aunque estas consideraciones se han adueñado precisamente del corazón del anciano médico que tiene el honor de hablarles, se hace más fuerte la necesidad de recurrir a una valoración más humilde de la cual nacerá la opción de la esperanza.

Mi larga vida profesional está llena de rostros, de historias, de relaciones con los sufrientes que no han sido y no pueden ser siempre fáciles. Mas, ¿cómo podrían ser cuando el médico-hombre carga sobre sí el peso de las dificultades de su propia vida, y el paciente-hombre que tiene enfrente lleva consigo, en el momento del encuentro, el bagaje de sus dolores, de su sufrimiento actual, de su miedo, de su fragilidad, de su temor por lo desconocido? Siempre digo a mis colaboradores y a mis alumnos, especialmente a aque-

llos más jóvenes, que si nuestra acción termina en una corte de justicia, llamados a responder por alguien al que hemos ayudado o creíamos haber ayudado, o al que no hemos ayudado como él quería o creía, entonces debemos preguntarnos si hemos hablado bastante con él, si nos hemos ocupado de él, incluso con el coloquio; si hemos sabido hacerle llegar aquellas pequeñas señales que las antenas de quien sufre están listas a captar; aquellas señales que dicen que él nos importa, que tenemos estimación por su vida porque la ha puesto en nuestras manos, porque es su vida y nos ha pedido tutelarla.

Los casos de mala fe especulativa no se acabarán, pero pienso que será más difícil ser llevados a los tribunales por un paciente que ha sentido claramente que hemos combatido voluntaria y gratuitamente a su lado y palpitado por él. Incluso algunos de los errores médicos pueden ser perdonados, probablemente aquellos ligados a la impericia y a la imprudencia, aunque nunca los debidos a la negligencia, que es la señal negativa y no digna de la tarea que nos ha sido confiada.

Estas cosas las he aprendido principalmente de los enfermos y de grandes maestros de aquí y de otras partes del mundo. Recuerdo a uno entre todos, porque fue maestro de saber médico y de vida, durante el magisterio de su enseñanza universitaria y en la ejemplar y humilde dedicación a los sufrientes, continuada hasta el término de su vida cuando casi moribundo dejaba su cama, llevando consigo la bomba de infusión y los drenajes, para ayudar a sus compañeros de pabellón y de dolor. Peppino Lissa y yo que tuvimos el privilegio de visitarlo y de captarlo en el acto de este magistral ejemplo, lo recordamos con entrañable amistad y nos complace que los premios a los jóvenes más meritorios en el campo de la bioética lleven su nombre, Mario Coltorti, inolvidable amigo.