

La relación médico paciente, el dilema del prisionero y la sombra del futuro

José Alberto Campos Campos

*Puede el necio exclamar en su locura:
“¡Yo soy de Dios hechura!”
y con tan alto origen darse tono.
¿Quién, que estime su crédito y su nombre,
no sabe que es el hombre
la natural transformación del mono?*

Gaspar Núñez de Arce (1875) A Darwin.¹

0. Introducción - Justificación.

Con el epígrafe quiero proponer para este trabajo dos cuestiones de hecho, frecuentemente desatendidas por evidentes; en primer lugar, que nuestro origen es terrestre, a partir de animales también terrestres; en segundo término, que la Bioética es un vasto campo del conocimiento que trata precisamente de los problemas de la vida aquí en la Tierra — por tanto los asuntos y los problemas éticos de la vida en la Tierra, causados por humanos, serán mejor tratados, discutidos y acaso resueltos aquí, en este plano telúrico, laico, horizontal, humano.

Así las cosas, desde una perspectiva funcionalista es interesante considerar qué problemas sociales se darían si la ética no existiera. Podríamos considerar el comportamiento ético no como resultado de acciones racionales, informadas y menos aún derivado de principios universales y obligatorios para todo ser vivo posible, sino como resultado de interacciones repetidas entre agentes sociales. De ahí el interés en la teoría de juegos como instrumento del (bio)eticista para elucidar cómo funciona el comportamiento social en interacciones de cooperación — no-cooperación y cómo estas interacciones evolucionan.

Un ejemplo de estas interacciones de grupos sociales es la relación entre médicos y pacientes, simbiosis disfuncionales. Por eso abordaré esta relación primero desde el dilema del prisionero; a continuación, desde la posibilidad de la cooperación como sustituto de paradigmas arcaicos y perniciosos, y para eso usaré como ejemplo la caza del ciervo; en

tercer lugar expondré cómo frecuentemente médicos y pacientes tomamos decisiones sin considerar factores del entorno, particularmente la sombra del futuro y terminaré con algunas estrategias para escapar del dilema del prisionero, si esto es posible.

1. El dilema del prisionero.

Entre los varios ejemplos de la teoría de juegos, el dilema del prisionero (DP) es un juego obligatorio, a diferencia de la cooperación, que es una conducta voluntaria. El dilema del prisionero es un juego entre dos agentes, y puede darse en una sola instancia o en un número definido o indefinido de interacciones.

Es importante entender el término ‘dilema’ en sentido débil como sinónimo de una elección o preferencia *versus* otra, sin que esa elección implique costo o pérdida. Por el contrario, ‘dilema’ en sentido fuerte implica tomar una decisión que forzosamente tendrá un costo y una pérdida, cualquiera que sea la ganancia esperada. En sentido débil, la abstención puede eludir, resolviendo o disolviendo la incertidumbre ante la decisión; en sentido fuerte la inacción misma tiene como consecuencias costo y pérdida — un dilema en sentido fuerte es ineludible.

El dilema que encara un prisionero es que cualquier cosa que diga o haga su compañero de fechorías, también prisionero, siempre es mejor para cada uno confesar (traicionar) que callar; pero el resultado cuando ambos jugadores se traicionan es peor de lo que hubiera obtenido cada uno de haber callado y mantenido el acuerdo mutuo.² Cuando uno traiciona, su ganancia es mayor que la del compañero, y su daño (o costo) es menor o incluso nulo; esa interacción da el resultado gana-pierde. Cuando coopera, aunque la interacción da el resultado gana-gana, tiene que compartir la ganancia y a un determinado costo mutuo, entonces la ganancia es dividida, y por tanto menor que si traiciona. El problema es que nunca se sabe si en una interrelación el otro cooperará o traionará, y a pesar de su cálculo puede haber un imprevisto — quien traiciona puede también ser trai-

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido para publicación: 25 julio 2012

Aceptado para publicación: 13 agosto 2012

Correspondencia: Dr. José Alberto Campos Campos

Iglesia 2, 103-B, Col. Tizapán San Ángel, 01090, D.F.

Tel. 55-5906-0755.

E-mail: alberto_campos@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

cionado. Si ambos se traicionan a fin de cuentas pierden. La relación entre médico y paciente bien puede verse desde esta perspectiva dilemática.

2. La cooperación y los paradigmas perniciosos.

Hay en este asunto de la cooperación dos posturas antónimas pero con algo en común. Jean -Jacques Rousseau nos dice que nacemos cooperadores, que la cooperación es natural en el hombre y que a lo largo de nuestra vida la convivencia en sociedad nos hace menos solidarios.³ Thomas Hobbes, en cambio, sostiene que nacemos egoístas y que el estado nos obliga a cooperar so pena de rechazarnos.⁴

Veamos el problema de la cooperación con independencia de si es una cualidad *natural* en el hombre, pues el término 'natural' es ambiguo — hablar de naturaleza humana o de la bondad de la naturaleza es hablar de mucho y de nada. Si la bondad es una cualidad de la naturaleza, entonces ser cruel también es una cualidad, pues en ella se derrama sangre y se come carne. Visto así el argumento, sólo podríamos asignar a la naturaleza la cualidad de ser natural — y esto nos deja hablando en círculos.

Veamos entonces la anécdota de Rousseau, en la que trata la idea del compromiso mutuo y la ventaja de cumplirlo aunque fuese en un interés presente. "Tratándose de cazar un ciervo — escribe — cada uno sentía que debía guardar fielmente su puesto; pero si una liebre venía a pasar al alcance de alguno, ni dudar que lo persiguiera sin escrúpulo, y que habiendo alcanzado su presa se preocupara muy poco de que faltase la suya a sus compañeros."⁵ Habría que comparar el valor que para un cazador tiene una liebre entera *versus* una ración de ciervo, la probabilidad de éxito si todos los participantes se mantienen fieles al grupo de caza contra la de dos cazadores de ciervo que deciden lanzarse por una misma liebre. Si se transforma esta anécdota en una representación abstracta de teoría de juegos, es posible ver la relación entre médicos y pacientes, y muchas otras interacciones sociales, como el juego de la caza del ciervo (CC).⁶

David Hume toma la anécdota y la transforma en otra metáfora, la de dos remeros de quienes nos dice reman "por acuerdo o convención aun si nunca se han hecho promesas mutuas".⁷ Si ambos reman en una dirección cualquiera obtendrán mejor resultado que si uno de ellos decide no hacerlo, pues el bote navegará en círculos y no irá a ningún lugar. Si ambos deciden no remar quedan a la deriva; peor aún, cuando uno rema y el otro no, ese uno se esfuerza por nada — tan poco eficiente como emprender en solitario la caza del ciervo. Hume da otro ejemplo, el de un pastizal común que dos vecinos requieren drenar. Ambos entienden que la consecuencia inmediata de no ponerse de acuerdo es que la tarea no se lleve a cabo, pero advierte que "es difícil o imposible que mil personas acuerden emprender tal acción".⁸

La cooperación es una conducta racional que requiere acuerdos mínimos, su posibilidad se basa tanto en creencias individuales como en la confianza en lo que el otro hará. Los humanos primitivos debieron adquirir habilidades cognitivas y de comunicación que les permitieran desarrollar confianza suficiente en los otros, pero además prácticas normativas que asignaran

obligaciones a cada miembro de la colectividad.

Ahora bien, aunque es más fácil lograr acuerdos entre dos que entre muchos, el cooperar uno-a-uno, implica paradójicamente un riesgo de fracaso mucho mayor. El DP tiene una probabilidad de riesgo cercana a una distribución de Pareto (75/25), es decir, de las cuatro interacciones posibles entre dos individuos, tres involucran pérdida (traiciona-traiciona, traiciona-coopera, coopera-traiciona, coopera-coopera). Por el contrario, la CC no es un enfrentamiento directo entre individuos y por tanto tiene probabilidad menor de pérdida; su relación riesgo/beneficio es cercana al 50/50 y aumenta cuando la cooperación incluye un número mayor de agentes — mientras que en el DP hay coerción, en la CC cooperar o no cooperar es una elección.

En este punto es importante hacer una distinción entre 'altruismo' y 'cooperación'. El término 'altruismo' se enseña con el sesgo melodramático tradicional mexicano; no se considera que el médico es tan humano como cualquier paciente. Expresiones como "el médico debe sacrificarse por sus pacientes", "la Medicina es un sacrificio", "la medicina es un apostolado", "el médico debe ser un apóstol", son menos afortunadas que cuando usadas por los maestros *in illo tempore* — en este tiempo es necesario aclarar su significado.

Para explicar por qué esta noción de altruismo es inadecuada es preciso despojarla de paradigmas arcaicos. La metáfora del término 'apóstol' es tan remota como inútil, a menos que algún médico del S. XXI aún se considere heraldo de Asclepio o de algún otro dios (el término viene del gr. *apóstolos* enviado, de *apó*, lejos y *stélloo*, mensaje), y si el médico apóstol no es más que un mensajero — distante del paciente — tal actitud puede llevarlo a la ruina profesional.

La evolución del significado del término 'sacrificio' es interesante; denota aquello que se hace sagrado (del lat. *sacro*, sagrado y *facere*, hacer). Podemos entender la metáfora si designamos el trabajo médico como lo más elevado, en oposición a profano, todo lo que hay fuera de la práctica médica. El término 'profano' viene del lat. *pro-* delante y *fanum*, templo, y alude a las estructuras abiertas antes del pórtico; la gente común no tenía paso al lugar sagrado. La enseñanza del sacrificio en la medicina tiene validez en este sentido, de su práctica más elevada, por encima de las prácticas comunes — no como idea de suicidio ritual.

En la antigüedad se sacrificaba un animal — se hacía sagrado — mediante la inmolación (que por cierto no es la muerte: inmolar era espolvorear sobre la cabeza una mezcla de harina de trigo con sal, la *mola salsa*; cf. Levítico 2: 1 y 13). En los sacrificios griegos la matanza y oblación del animal sagrado eran actos posteriores a la inmolación. La abstinencia, el baño, la ornamentación con guiraldas, la procesión (*pompé*), la periambulación y la inmolación eran parte de las preparaciones para la derrama de la sangre sobre el altar.⁹

Las metáforas que he desglosado tienen hoy poco sentido; son paradigmas que estigmatizan al médico y al mismo tiempo condicionan a la sociedad a dar por sentadas conductas utópicas. Que nos guste o no, la preeminencia del

médico se ha diluido irreversiblemente desde la segunda mitad del Siglo XX; si a lo largo de su vida el médico siente que no es correspondido ni por la sociedad en general ni por sus pacientes en lo particular, entonces adopta conductas defensivas del tipo dilema del prisionero (DP).

Veamos entonces el altruismo no como relación asimétrica, sino como una conducta espontánea que implica dejar de lado algunos satisfactores para ayudar al otro y que a lo largo de la vida es modificada —como otras conductas— por nuestras experiencias culturales. Los niños tienen una disposición evolutiva hacia la cooperación, pero aprenden a elegir a quién ayudar y con quién compartir; aprenden a gestionar la impresión que causan sobre otros, la propia reputación y la manera de influenciar las acciones de otros hacia sí mismos. La cooperación, inicialmente indiscriminada, es modulada más tarde por evaluaciones sobre la reciprocidad recibida o por la percepción de cómo los demás nos juzgan. Estas evaluaciones se dan en niños pequeños pero también en primates no humanos.^{10,11}

Podemos inferir que, si la vocación altruista cuando entramos a la Facultad de Medicina se diluye a lo largo de la carrera y, si aprendemos a discernir a quién ayudar y a quién no porque no nos será recíproco, podemos entrar en juegos no cooperativos del tipo DP. Sin embargo, la división justa de las ganancias es una estrategia que a ambos (médico y paciente) interesa preservar, porque cada extravió unilateral de una retribución justa resulta en una menor utilidad.

La negociación (en este caso la relación médico-paciente) tiene una dinámica cultural evolutiva, en la que la imitación y el aprendizaje juegan un papel importante. En esta relación negociada, la colaboración es la mejor estrategia porque mantiene un equilibrio evolutivamente estable que luego se convierte en el hábito de la justa división.¹²

A diferencia del altruismo, la cooperación mutualista no necesita empatía por el otro, se da cuando los individuos se ven forzados no a traicionarse, como en el DP, sino a colaborar; de ese modo, las acciones que un individuo lleve a cabo por el bien de otro le reditarán beneficios futuros. El mutualismo emerge entonces como un patrón de recompensas recíprocas que generan un efecto sistémico.¹³

La confianza y la tolerancia son necesarias para producir conductas mutualistas cuando los intereses siguen direcciones afines. Las colaboraciones repetitivas generan confianza y tolerancia — las traiciones repetitivas las minan.

3. La sombra del futuro.

La sombra del futuro es un efecto muy interesante en el contexto de la relación entre médico y paciente. Es precisamente la posibilidad de que los agentes se reencuentren lo que hace posible la cooperación; las elecciones presentes determinan el resultado inmediato del juego, pero también influyen elecciones subsecuentes — así, el futuro puede proyectar una sombra hacia el presente y afectar la situación en curso.¹⁴

Si tomamos en cuenta la sombra del futuro es fácil entender cómo un juego tipo DP, no jugado a una instancia simultánea, sino a un número desconocido de interacciones subsecuentes,

modifica el juego del otro en función de nuestras jugadas previas. Así la memoria de nuestras acciones mutuas puede transformar el juego CC en DP.

Tanto Hobbes como Hume trataban ya la sombra del futuro. Hobbes utiliza la parábola del Tonto, quien pregunta por qué tiene que mantener su parte del convenio cuando ya obtuvo la ganancia del servicio que le fue hecho. Hobbes no piensa que la decisión del Tonto sea irracional; por el contrario, la explica como lo que un jugador racional haría de acuerdo con lo que cree que el otro hará, pero critica la miopía y poca importancia que da a la perspectiva del juego, pues más tonta será una sociedad que —reunida para un objetivo en común— cometa el error de aceptar a un tonto como el Tonto.

Desde una perspectiva evolucionista es posible que el Tonto tenga razón en no retribuir el servicio recibido como una estrategia para ganar *fitness* (aptitud) sin costo, pero la ganancia es aparente. El error del Tonto es ignorar el futuro; si en interacciones repetitivas apuesta siempre por la defección y el engaño, los otros responderán con la represalia del repudio. El miembro de un grupo que no cumple su parte, cuando otros le han ayudado, no será ayudado en el futuro; será dejado solo — sus probabilidades de fracaso aumentarán.¹⁵

Hume retoma la historia del Tonto desde la racionalidad de los dos agentes; si uno ya sabe que el Tonto decidirá no retribuir, entonces no tiene caso cooperar. La conducta de ambos es racional y consistente. Aquí se ve la conveniencia de ayudar al otro aun en ausencia de bondad porque uno prevé que será retribuido, porque tiene la perspectiva de otro servicio y “para mantener la misma correspondencia de buenos oficios con los otros”.¹⁶

Si el médico infiere que el paciente decidirá no retribuir, inferirá también que no tiene caso cooperar, pero la inferencia bien puede ser errónea. Si en la relación entre médico y paciente no se toma en cuenta la sombra del futuro, entonces el raciocinio de ambos es similar al de Uno y el Tonto, a fin de cuentas un DP jugado en una sola instancia, donde es mejor traicionar que cooperar. De tal suerte, podemos ver la sombra de nuestras decisiones presentes como un vector bidireccional, como una anfisbena que vulnera al médico y al paciente.¹⁷

La sombra de nuestras acciones se proyecta hacia el pasado y también hacia el futuro; los enfermos pueden recabar nuestras acciones mediante las experiencias de otros y fundar sus decisiones en esa inferencia. Si no consideramos la práctica médica como un juego de instancias múltiples (digamos que no vemos diez veces diarias un mismo paciente sino diez pacientes cada día) y por el contrario, consideramos cada instancia como única, entonces no veremos que la suma de interacciones con todos esos individuos puede afectar nuestra reputación como factor de *fitness* para nuestro trabajo. La difusión de la información confiere valor positivo o negativo a la sombra del futuro.

El paciente puede adoptar diferentes acciones frente a las nuestras cuando hace cálculos no numéricos de su utilidad esperada. Si percibe que el servicio recibido no tiene proporción con lo que paga, que no es tratado con equidad respecto de lo que él invierte en fidelidad

al médico, entonces puede recurrir a otro médico, incluso no tan bueno, con la expectativa de recuperar o incrementar su ganancia en salud, en dinero, en *fitness*. Puede castigar, quejarse, devaluar la reputación del médico ante sus pares o ante los medios de comunicación, interponer demandas de diversos tipos, a expensas propias, a su costo — aunque el castigo siempre tenga un costo.

El paciente puede condicionar una relación codependiente, demandante y defensiva, hacer uso de buscadores electrónicos de información, y pretender condicionar nuestras decisiones a los resultados de estudios que ha decidido hacerse antes de una primera consulta (que se ahorra), puede armar su caso clínico y confrontarnos con colegas que no conocemos, condicionar nuestros juicios a los prejuicios que nos presenta, puede adoptar conductas perjudiciales para ambos.

Así, médico y paciente pueden llevar una relación de medicina defensiva y desconfianza mutua donde la mejor estrategia es derrotar, es el DP.

4. Algunas estrategias para escapar del dilema del prisionero, si esto es posible.

La primera estrategia, cambiar de paradigma, parece ya lugar común; diré entonces que es preciso cambiar el estilo de pensamiento — el médico ya no tiene la libertad de antaño, aunque de ella tenga una nostalgia inútil.

De aquí se sigue una segunda, que se antoja sencilla no siéndolo: para que se den relaciones sanas entre médicos y pacientes se requieren cambios en los valores de ambos. Para ello es necesario revisar las escalas de esos valores; ¿cuál es la utilidad que se espera de cada interacción, o más ampliamente, del conjunto de interacciones que componen tanto la salud biopsicosocial de los pacientes como el éxito profesional y personal de los médicos?

La tercera es utilizar términos adecuados en vez de neologismos; los pacientes no son usuarios. La relación entre médico y paciente no es sólo prestación de servicios al usuario, entre proveedor y consumidor. 'Prestación' y 'usuario' tienen una dimensión menor; el médico no es proveedor de salud sino su promotor y el paciente no es consumidor de productos y servicios médicos (aunque la publicidad así lo pretenda) sino alguien que sufre la carencia de salud, un bien incorpóreo. Un hospital, un laboratorio, son prestadores de servicios — el médico no.

El término latino *medicus* deriva del verbo *medeor* y su forma frecuentativa *meditor*, de la raíz indoeuropea *med* con diferentes significados, meditar, pensar, aconsejar. Ya en latín *medeor* significa atender al enfermo, con el sentido activo de cuidar de él, de sanar; de ahí *remedium*. *Medicus* sería el adjetivo, más tarde sustantivado, de quien piensa, aconseja, cuida.¹⁸

Ver la sombra del futuro es la cuarta estrategia. Mientras más larga sea, mientras mayor sea la posibilidad de que interactuemos con un paciente, mayor será lo que está en juego. Será entonces mejor una apuesta a la cooperación con miras a una retribución bilateral futura, la misma correspondencia de buenos oficios. Esto implica que nuestros pacientes también deben ser conscientes de que sus acciones

condicionan un bien o un daño mutuos — si la sombra del futuro condiciona el cumplimiento de un convenio presente como un compromiso racional, entonces será una buena idea mantener con ellos un diálogo que posibilite remodelar sus actitudes hacia juegos de cooperación, pero también demostrar nuestro compromiso con acciones.

Una quinta estrategia es ver el altruismo como relación de ayuda mutua — la imitación de conductas cooperativas es uno de varios factores que conforman la identidad social. Tanto el mutualismo como la cooperación tienen el efecto de cambiar el entorno social hacia normas cooperativas cuya observancia sea adoptada por el grupo para la resolución de problemas.

En conclusión, la relación entre médico y paciente puede verse sin necesidad de apelaciones a primeros principios. Puede verse como una relación terrestre, como un contrato interpersonal y social en el que todos obtengamos buenas raciones de ciervo y no magras raciones de liebre escurridiza.

Referencias

- Núñez de Arce G. A Darwin. En: *Gritos del combate*. Madrid: Librería de Fernando Fé; 1875. En: <http://ia600501.us.archive.org/0/items/gritosdelcombate00n/gritosdelcombate00n.pdf>
- Axelrod RM. The problem of cooperation. En: *The evolution of cooperation*. Nueva York: Basic Books; 1984: 8.
- Rousseau JJ. *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. Amsterdam: Marc Michel Rey; 1754. En: <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb119482543/PUBLIC>
- Hobbes T. *Leviathan or the matter, forme & power of a commonwealth ecclesiasticall and civill*. (Ed. Gaskin JCA, 1651). Oxford: Oxford University Press; 1996.
- Rousseau JJ. *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. Segunda parte. Amsterdam: Marc Michel Rey; 1755. In: <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb119482543/PUBLIC>
- Skyrms B. The stag hunt. In: *The stag hunt and the evolution of social structure*. Cambridge: Cambridge, Cambridge University Press; 2004:1-13.
- Hume D. *A treatise of human nature*. (Ed. Selby Bigge LA, 1739) Oxford: Oxford University Press; 1967: 490.
- Hume D. *A treatise of human nature*. (Ed. Selby Bigge LA, 1739) Oxford: Oxford University Press; 1967: 538.
- Burkert W. Sacrifice, hunting, and funerary rituals. En: *Homo necans. The anthropology of ancient greek sacrificial ritual and myth*. (Trad. Peter Bing) Berkeley, CA: University of California Press; 1983: 1-82.
- Tomasello M. Born (and bred) to help. In: Tomasello M. *Why we cooperate*. Cambridge: The MIT Press; 2009: 3-47.
- Warneken F, Tomasello M. Extrinsic rewards undermine altruistic tendencies in 20-month-olds. *Developmental Psychology* 2008; 44(6): 1785-8. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18999339>
- Skyrms B. Sex and justice. En: *Evolution of the social contract*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996: 1-21.
- Silk JB. II Forum. In: Tomasello M. *Why we cooperate*. Cambridge, MA: MIT Press; 2009: 111-122.
- Axelrod RM. How to promote cooperation. In: *The evolution of cooperation*. Nueva York: Basic Books; 1984: 124-141.
- Skyrms B. The shadow of the future. In: Coleman J, Morris C, eds. *Rational commitment and social justice*. Essays for Gregory Kavka. Cambridge: Cambridge University Press; 1998: 12-21.
- Hume D. *A treatise of human nature*. (Ed. Selby Bigge LA, 1739) Oxford: Oxford University Press; 1967: 521.
- Campos JA. La vulnerabilidad, una anfisbena. *Cir Gen*. 2011; 33(S2): 186-190.
- Charen T. The etymology of medicine. *Journal of the Medical Library Association (Bull Med Libr Assoc)* 1951; 39 (3): 216-221.