

La bioética “cotidiana”, el internista y el “nuevo” principio de beneficencia

The “daily” Bioethics, the internist and the “new” principle of beneficence

Juan Antonio Garrido

Servicio Medicina Interna. CHUFerrol

Muchos médicos llegamos a la Bioética buscando respuestas a las necesidades de los pacientes, es decir, desde la clínica. Descubrir que la Bioética y la clínica, además de tener a la persona como centro, comparten el mismo método, nos ayudó desde el principio¹. Comienzo así estas reflexiones que me han solicitado como presentación de la serie “Bioética para clínicos” porque es lo que creo que mejor introduce, y probablemente también resume, lo que voy a tratar de comunicar en los siguientes párrafos.

La primera intención al ponerme a escribir fue volver sobre conceptos probablemente ya reiterados y que quedan solamente en la base de la pirámide de la adquisición de competencias clínicas^{2,3}, es decir en el ámbito de lo conceptual. Voy a tratar de evitarlo. Este conocimiento teórico debe pasar a ser integrado con otros conocimientos profesionales, pero no alcanza su desarrollo profesional hasta que no se incorpora al hacer clínico “cotidiano”. En el caso del internista este vértice de la pirámide de capacitación profesional, este “ser competente” y no sólo “tener competencias”, está innegablemente vinculado al establecimiento de relaciones humanas y por tanto a la incorporación de determinadas actitudes y valores. Relaciones interpersonales principalmente con el paciente, nuestra razón de ser, pero también con otros profesionales y familiares o personas cercanas que el protagonista quiera incorporar a su relación asistencial. Ineludibles también en nuestro buen hacer clínico actual las relaciones con los gestores y con el resto de la sociedad, si nos involucramos en una actividad clínica eficiente.

Es a este vértice de la pirámide competencial al que quiero dedicar este texto, al haber tenido la oportunidad personal y profesional de integrar la bioética en el desempeño de mi actividad como internista y de intentar ayudar a que otros profesionales la incorporen.

Este nivel de formación es al que probablemente se refería Bernard Lo, autor del tema “Aspectos éticos de la medicina clínica” en ediciones anteriores del clásico texto “Harrison – Principios de Medicina Interna”, cuando escribía que “la experiencia, el sentido común y el ser simplemente una buena persona no garantizan que sea posible identificar o resolver los problemas éticos que surgen en la práctica clínica”.

Algunas preguntas me servirán como guía para proponer a los lectores esta reflexión: ¿Ha influido la aparición de la Bioética en nuestra actividad clínica cotidiana tal y como la entendemos actualmente? Y la Medicina Interna ¿ha influido en el desarrollo de la Bioética? ¿A través de qué caminos puede ayudarnos a transitar la Bioética en nuestro futuro cercano?

No es comprensible la relación clínica actual sin la incorporación de los pacientes a la toma de decisiones ante las intervenciones clínicas. El cambio en la calidad de atención que ha supuesto la historia clínica electrónica sólo se consolidará una vez conseguida la conciencia ética de todos los intervinientes sobre el alto grado de valor para el paciente de los datos allí contenidos y la necesidad de su protección. La reflexión sobre la no obligación de utilizar toda la tecnología disponible, sino adecuar su uso (y por tanto también su no aplicación o su retirada) al pronóstico del paciente como persona y no como objeto de prolongación de la vida biológica, ha conducido a consolidar el sentido de la limitación del esfuerzo terapéutico. Se trata de una buena práctica clínica indudable aunque haya requerido su refuerzo reciente en Galicia a través de desarrollo legislativo (Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais). El término adecuación de las intervenciones clínicas^{4,5} pretende facilitar la incorporación de la voluntad de los pacientes o sus representantes al criterio médico en casos en que no existe acuerdo absoluto sobre contraindicación de las intervenciones. La prescripción de principios activos que consiguen los objetivos terapéuticos a menor coste. La progresiva conciencia de los médicos sobre nuestra obligación moral y compromiso con la eficiencia y sostenibilidad del sistema. El compromiso de la SEMI para identificar prácticas diagnósticas y terapéuticas frecuentes que es recomendable dejar de realizar por falta de pruebas que las sustenten e incluso ser generadoras de daños, comunicado como práctica de “calidad”, tiene una lectura bioética.

Sin necesidad de ponerles nombres de principios bioéticos, estas prácticas ya integradas, aunque de forma mejorable, en nuestra actividad clínica cotidiana, son reflejo

“No es mejor médico el que más conocimientos y habilidades tiene sino el que los utiliza mejor para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y disminuir el sufrimiento”

de la influencia de la Bioética. Y si no, como ejemplo, ¿no es el desarrollo tan importante de protocolos y acciones sobre la seguridad del paciente ni más ni menos que una llamada de atención sobre el clásico principio de “no maleficencia”, extendido al resto de participantes en la atención y a la “organización”?

¿Ha influido la Medicina Interna en el desarrollo de la Bioética en nuestro medio?

Como dice la guía de formación de especialistas de Medicina Interna, “Los internistas se forman bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Esta actitud nos ha llevado a participar activamente en la mayoría de los retos asistenciales a los que ha tenido que hacer frente nuestro sistema sanitario”. La participación del internista en la atención de los pacientes en áreas especialmente “sensibles”, que han sido generadoras de nuevos problemas éticos, ha hecho que tuviera que colaborar en la reflexión sobre estos conflictos y en la búsqueda de respuestas que disminuyeran los problemas de los pacientes y del sistema sanitario. Me estoy refiriendo a áreas como la geriatría (surgen problemas éticos ante la prolongación de la vida y las limitaciones generadas por el envejecimiento, incluso sin enfermedad), la oncología y los cuidados paliativos, las enfermedades de transmisión sexual y especialmente el SIDA, la prolongación de la vida de enfermos crónicos, con aumento de su pluripatología, el aumento de la actividad asistencial en los servicios de urgencias, con necesidad de enfrentarse tanto a problemas de enfermos críticos como de organización de estos servicios, la reflexión sobre la necesidad de la gestión clínica, etc³.

¿A través de qué caminos puede ayudarnos a transitar la Bioética en nuestro futuro cercano?

Como tantos otros derechos en nuestro entorno social, la autonomía de las personas en el ámbito de la relación clínica no sólo es un derecho que hay que respetar sino que

es necesario promoverla, haciendo un esfuerzo por conocer los valores del paciente y los factores individuales que personalizarán la toma de decisiones. Debemos facilitarle que los ponga sobre la mesa, o sobre la cama, en medio del sufrimiento y limitaciones que conlleva la enfermedad. Es esforzarse en buscar en la biografía del enfermo, incluso de aquellos ya incapaces (recomiendo la lectura del libro “Y la música sigue sonando” de Graham Stokes, centrado en pacientes con demencia), la mejor respuesta a los problemas surgidos en su cuidado cotidiano. Promover la autonomía es no limitarse a respetar los escasos documentos de instrucciones previas, sino ayudar al desarrollo de la planificación anticipada de las decisiones⁶. En definitiva, medicina orientada a las preferencias, contando con las evidencias.

El principio de beneficencia clásico, entendido como la decisión tomada por el médico basada en lo que él consideraba mejor para el paciente con sus conocimientos técnicos, ha desaparecido en el fragor de la lucha por la incorporación del principio de autonomía a la asistencia. Sin embargo, asentada la obligación moral y legal del respeto a las decisiones de las personas, es más necesaria que nunca la recuperación de un “nuevo” principio de beneficencia. Es la obligación que tenemos los profesionales de poner los medios para que los pacientes puedan integrar en su proyecto de vida la experiencia de enfermar. Son las actitudes más que las normas las que pueden conseguirlo. El principio de beneficencia así entendido nos involucra, nos compromete con el paciente en su decisión, convirtiéndola en nuestra, en un modelo de decisiones compartidas. Un buen desarrollo de este modelo de relación implica tener una **mirada compasiva**, no en un sentido paternalista, con connotaciones confesionales ni beneficentista, sino en el sentido de “descentrarse”. Es decir, poner en el centro las preocupaciones, deseos y valores de la persona enferma, para ser capaces de ofrecerle, desde nuestro conocimiento profesional, lo que mejor puede responder a sus necesidades. El internista, inmerso mayoritariamente en la atención a pacientes crónicos y pluripatológicos, tiene una especial responsabilidad en el desarrollo de esta nueva beneficencia. Podríamos asumir la frase de M. Winckler, «*El buen médico*

seguirá siendo aquel que hace por sus pacientes algo más de lo que estos esperan, pero no más de lo que necesitan», pero cambiando ese final:...pero no más de lo que quieren. Estamos empezando a hablar de "deprescripción" entendida como el proceso destinado a minimizar la polimedicación para mejorar resultados en la salud global del paciente, mediante reducción del número de medicamentos o sus dosis o sustitución por otros más adecuados. La reflexión sobre la deprescripción en el paciente polimedicado y en aquel con pronóstico de vida con límite cercano debe hacerse desde la deliberación bioética y no sólo desde el campo de la seguridad del paciente y el consumo de recursos.

La Bioética debe intervenir en el creciente debate sobre prácticas que deben ser cuestionadas⁷, reflexión que la entonces presidenta de la SEMI, Pilar Román, recogía en un comunicado bajo el título "cuando hacer menos es más".

Algunos de estos contenidos podrían ser desarrollados en próximos capítulos de esta serie que hoy se inicia. Será fácil encontrar muchos más porque la Bioética clínica sólo la entiendo como Bioética cotidiana. Todo hábito requiere aprendizaje y se basa en valores que nos indican que ese hábito merece la pena. La incorporación de la Bioética a la actividad clínica cotidiana y a "Galicia Clínica" merece la pena.

Bibliografía

1. Gracia D. para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;117:18-23.
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65(9 Suppl):S63-7
3. Garrido JA. El internista y las competencias en el área de la bioética. En: Sociedad Galega de Medicina Interna, edit. *La Medicina Interna como modelo de práctica clínica*. A Coruña. 2008:231-246.
4. Garrido JA. Los cuidados al final de la vida: documento de recomendaciones. Una aportación desde la Bioética a la calidad de la asistencia sanitaria en Galicia. *Galicia Clin*. 2013;74:51-7
5. Ameneiros E, Carballada C, Garrido JA, García A. Adecuación de las intervenciones clínicas en pacientes con enfermedad avanzada y compleja. Propuesta de algoritmo para la toma de decisiones. *Rev Cal Asist* 2015;30(1):38-43.
6. Ameneiros Lago E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuán JA. Los documentos de Instrucciones Previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. *Galicia Clin*. 2011;72:121-4
7. Daniel J. Morgan, MD, MS; Sanket S. Dhruva, MD; Scott M. Wright, MD; Deborah Korenstein, MD. Update on Medical Practices That Should Be Questioned in 2015. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2015.5614. Published online November 9, 2015.

