

# Bioética clínica: cuidado de personas

"(...) SE BUSCA AL MÉDICO CON QUIEN SENTIRNOS A GUSTO CUANDO DESCRIBIMOS NUESTRAS QUEJAS, SIN RECELO DE SER SOMETIDOS POR ESO A NUMEROSOS PROCEDIMIENTOS; EL MÉDICO PARA QUIEN EL PACIENTE NUNCA ES UNA ESTADÍSTICA (...) Y, POR ENCIMA DE TODO, UN SEMEJANTE, UN SER HUMANO, CUYA PREOCUPACIÓN POR EL PACIENTE ES AVIVADA POR LA ALEGRÍA DE SERVIR."

BERNARD LOWN

**B**ernard Lown, discípulo de Samuel Levine y uno de los más destacados cardiólogos del siglo XX, argumenta, basado en su larga experiencia como profesor de Medicina y médico asistente, que los médicos des- aprendieron el arte de curar.

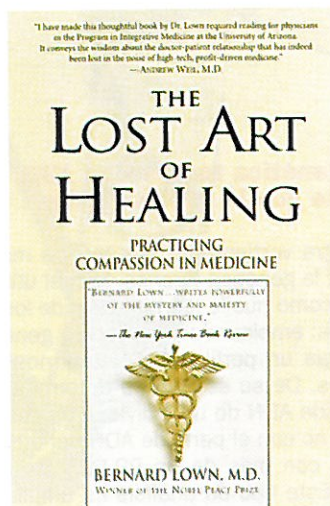
Nunca la medicina avanzó tanto en el diagnóstico y en el tratamiento como en las últimas cinco décadas, y nunca el ser humano enfermo fue tan mal cuidado.

Lown, profesor emérito de Harvard, en su libro *El arte perdido de curar*<sup>1</sup> lamenta el exagerado énfasis que las escuelas médicas emplean en la formación técnica de profesionales que serán "oficiales mayores de la ciencia y gerentes de biotecnologías complejas", des- considerando el genuino arte de ser médico. Apunta como verdadera "sabiduría médica" la capacidad de comprender un problema clínico no en un órgano, sino en un ser humano integral. Para él, la causa de esa situación es que la Medicina ha perdido el rumbo, si no el alma incluso. Se rompió el pacto implícito existente entre el médico y el paciente, consagrado durante milenios.

Se persigue la idea que todo mal que aflige al paciente puede ser identificado por la tecnología. Avanzamos de manera extraordinaria en el conocimiento de las enfermedades, pero nos olvidamos del ser humano enfermo y, equivocadamente, pasamos a tratar enfermedades de personas y no personas que circunstancialmente están enfermas<sup>2</sup>.

Si en la época de estudiante de Lown (década de los 40 del siglo pasado), la cardiología era la especialidad médica más eminentemente clínica, y si algunas décadas después fue la nefrología, hoy, sin ninguna duda, es la reumatología.

En la mayor parte, nuestras enfermedades son diagnosticadas por medio de una historia clínica bien hecha y un minucioso examen físico. Más allá de eso, gran parte de las enfermedades reumatológicas tienen curso crónico, algunas con serias limitaciones funcionales, obligando a una asistencia médica competente y con completo desarrollo, en la cual la



relación médico-paciente debe ser ejercida en toda su plenitud.

La bioética clínica, cuya práctica tuvo inicio en el comienzo de la década de los años 70 del siglo pasado en la Universidad de Georgetown, en Washington (Estados Unidos), puede ser uno de los caminos para que la medicina rescate su prestigio, retorne a la ruta perdida y vuelva a tener el alma y el carisma clamados por Lown.

Hellegers, obstetra de origen holandés, fundó el Instituto Kennedy de Ética y pasó a discutir aspectos de la práctica médica que presentaban dilemas éticos, utilizándose los referenciales del nuevo campo de conocimiento, la bioética<sup>3</sup>.

Ese neologismo fue creado por Van Rensselaer Potter<sup>4</sup>, que inicialmente se refería a la bioética con un sentido ambiental y evolucionista, aspirando a la creación de un medio ambiente óptimo para, dentro de él, el ser humano poder adaptarse y desenvolverse.

Con los extraordinarios avances tecnocientíficos de las últimas décadas, cada vez más han ocurrido dilemas éticos en la práctica médica y, si antes esos conflictos eran excepciones, se tornaron rápidamente rutina, que deben ser perci-

bidos y enfrentados por todos los profesionales que se dedican a la práctica del arte médico.

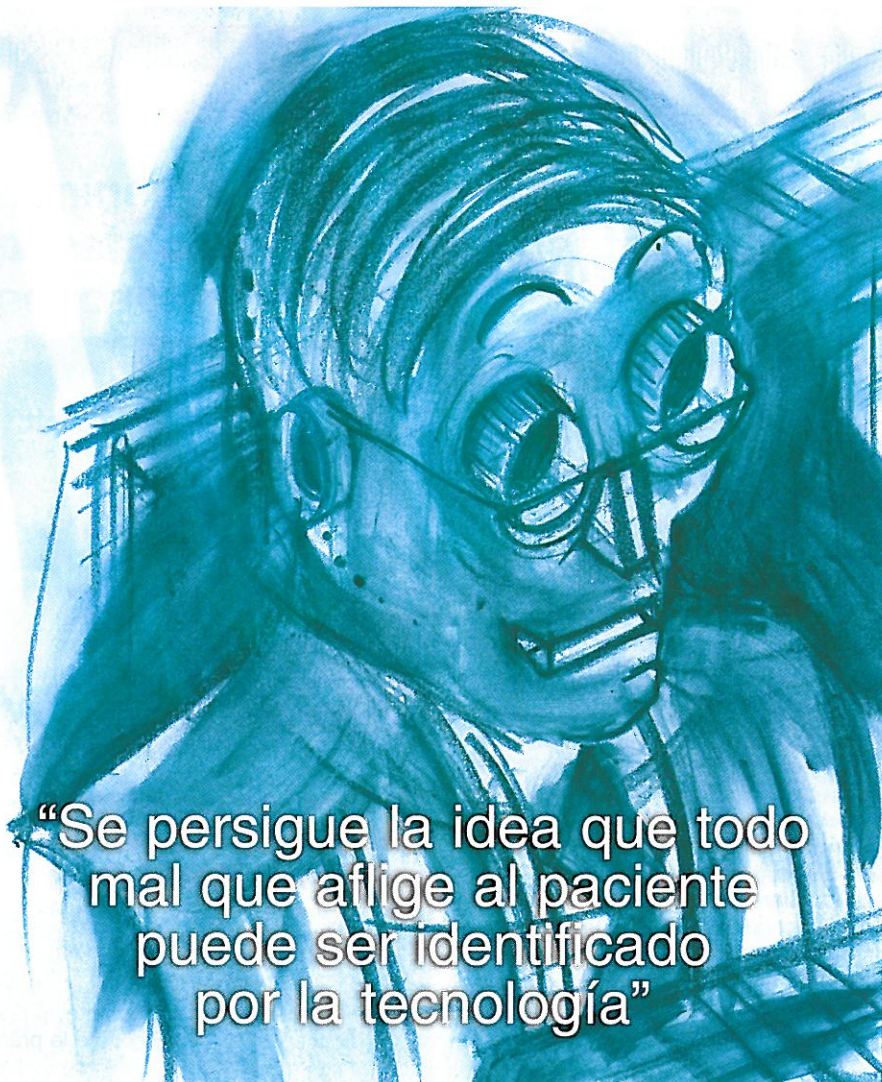
Esos dilemas y conflictos éticos fueron enfrentados por medio de la creación de comités de ética en las instituciones, teniendo por objetivo discutir y deliberar conductas prácticas para la orientación de profesionales del área de la salud y de la investigación. Inicialmente, los comités eran accionados solamente para la discusión y deliberación de cuestiones complejas, pero, progresivamente, pasaron a discutir conflictos éticos de la práctica diaria de la atención a la salud e investigación, principalmente ensayos clínicos.

Para Diego Gracia<sup>5</sup>, un comité de ética es un órgano de deliberación. Por tanto, no se trata de informar a otros de sus propias ideas ni de convencerlos, ni de cambiar sus sistemas de creencias y valores. La función de un comité es distinta, es deliberar con el fin de tomar decisiones sobre situaciones que pueden tener complejidad variable. El miembro de un comité tiene que partir siempre del principio que nadie es dueño de la verdad, que en el proceso de deliberación pueden surgir nuevos datos y perspectivas que pueden llevar a la mudanza de posición. Si así no ocurre, el cambio de opiniones dentro de un comité es pura fantasía, una auténtica representación teatral, en la cual no se puede acreditar.

Gracia define deliberación como un proceso racional de análisis de las razones que se colocan a favor y en contra en problemas y asuntos que son objetos de opinión y decisión y, por tanto, unos vienen de una manera y otros de otra. Esa deliberación se realiza basada en argumentos, a fin de tomarse una decisión que si no puede ser nunca completamente cierta, debe ser siempre prudente. La prudencia se caracteriza por toma de decisiones racionales en condiciones de incertezas. Por eso, las decisiones prudentes son siempre rectificables.

Así, debe quedar bien definido que la función de un comité de ética es ser una instancia de ayuda en la toma de decisiones.





“Se persigue la idea que todo mal que aflige al paciente puede ser identificado por la tecnología”

Ese escenario ha sufrido profundos cambios en los últimos años. En virtud de la experiencia acumulada por los comités de ética, del rápido desarrollo teórico y práctico de la bioética clínica, del avance tecnológico y, finalmente, del respeto cada vez mayor a la autonomía del paciente en la práctica médica, el proceso de deliberación utilizado por los comités de ética pasó a hacer, progresivamente, parte de la práctica diaria en las decisiones tomadas por los equipos multidisciplinares.

Diego Gracia hace una analogía didáctica entre el método utilizado para discutir casos en bioética y la coleta de una historia clínica, diciendo que la anámnesis es una excelente manera de analizar y resolver problemas médicos, y que los procedimientos bioéticos no son nada más que el prolongamiento de la estructura de la historia clínica, sirviendo para el análisis y la resolución de los problemas morales que los pacientes presentan o proponen.

La toma de decisión debe ser un proceso compartido, por mediación de la activa participación y del respeto de los actores implicados. El médico o el equipo contribuyen con su entrenamiento, su conocimiento y su habilidad para el diagnóstico de la condición del enfermo y con sus alternativas técnicas indicadas y disponibles. El paciente y/o su representante contribuyen con la exposición de sus legítimos valores y sus necesidades, por medio de los cuales los riesgos y beneficios de un determinado tratamiento pueden ser analizados<sup>6</sup>.

Diversos métodos han sido publicados en las últimas dos décadas para discutirse y tomar decisiones en el área de la bioética clínica. Todos los modelos procuran desarrollar metodologías adecuadas para discutir e intentar solucionar conflictos que surgen en la práctica asistencial. La cuestión fundamental es encontrar y utilizar métodos que posibiliten un estudio racional, sistemático y objetivo de esos problemas, con el que la

toma de decisiones se constituya en un acto prudente y seguro.

Los métodos más utilizados para el análisis de un conflicto son los de Thomasma<sup>7</sup>, Drane<sup>8</sup>, Jonsen<sup>9</sup> y Diego Gracia<sup>10</sup>.

Como ejemplo, citaremos el método de Thomasma, por tratarse de uno de los primeros publicados y ser relativamente simple para ser aplicado en la práctica.

David Thomasma<sup>7</sup> preparó un programa de ética clínica en la Universidad de Tennessee, en Memphis, y su método para la adopción de decisiones de índole ética era similar a los utilizados para tomar decisiones médicas. El método inicial fue modificado en los años siguientes, pero básicamente está compuesto de seis etapas:

1. Describir todos los datos médicos del caso.
2. Describir los valores (metas, intereses) de todas las partes envueltas en el caso: médicos, pacientes, miembros del equipo.
3. Indicar cuál es el principal conflicto de valores.
4. Determinar las posibles medidas que podrán proteger el mayor número posible de valores en el caso.
5. Escoger una forma de actuar.
6. Defender la decisión tomada.

Para Diego Gracia<sup>10</sup>, el objetivo principal de todos los métodos propuestos en bioética es articular las dimensiones técnicas y éticas del acto médico. Eso significa que, para discutir un problema ético, es necesario primero aclarar todas las dudas técnicas (juicios clínicos) para después analizar los conflictos de valores. Gracia también sugiere que, después de utilizar uno de los dos métodos de decisión, se debe hacer un ejercicio como control de la consistencia de la decisión:

Test de la legalidad – ¿Es una decisión legal?

Test de los media – ¿Usted estaría preparado para defender públicamente su decisión?

Test del tiempo – ¿Usted tomaría la misma decisión pasadas algunas horas o algunos días?

Concluyendo, podemos afirmar que la bioética clínica puede ser uno de los caminos para rescatar el arte de cuidar de personas y reencontrar “el arte perdido de curar” en tiempos de predominio de la ciencia y de la tecnología sobre el humanismo en la práctica médica diaria. ♦

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Lown B: A arte perdida de curar, São Paulo, JSN Editora, 1997.
- <sup>2</sup> Siqueira, JE: A arte perdida de cuidar. *Bioética* 10, pp. 89-106, 2002.
- <sup>3</sup> Urban CAU: Introdução à bioética. In: Urban CAU. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.
- <sup>4</sup> Potter VR: *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1971.
- <sup>5</sup> Gracia D: Teorías y práctica de los comités de ética. *Comités de bioética*. Madrid, Universidad Pontificia de Salamanca, Comillas (Madrid), 2003.
- <sup>6</sup> Loch, JA: Como analisar conflitos em *Bioética Clínica*. In: Urban CAU. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro, Revinter, 2003.
- <sup>7</sup> Thomasma D: Training in medical ethics: an ethical work-up. *Forum on Medicine* 1, pp. 36-40, 1978.
- <sup>8</sup> Drane, JF: Ethical workup guides clinical decision making. *Health Progress* 69, pp. 64-67, 1988.
- <sup>9</sup> Jonsen, AR, y Tolmin, SE: *The abuse of casuistry*. Berkeley, University of California, 1988.
- <sup>10</sup> Gracia D: *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema, 1991.