

## Hacer el bien a los enfermos en la medicina actual

Doing good to the sick in today's medicine

Dr. Gabriel d'Empaire Yanes<sup>1</sup> MD, FACC, FESC, MTSVC

<sup>1</sup>Médico Cardiólogo Intensivista. Magister en Bioética. Director Ejecutivo del Centro Internacional de Bioética. Expresidente de la Sociedad Venezolana de Cardiología. Caracas-RB de Venezuela.

...”ayudar o al menos no hacer daño.”  
Hipócrates

La medicina, a lo largo de su historia milenaria ha tenido como uno de sus fines principales, ayudar al enfermo. Este noble objetivo, no ha cambiado en el tiempo. Aparece en el libro “Epidemias I”, escrito entre los años 475 y 466 a.c.<sup>(1)</sup> en el aforismo, atribuido a Hipócrates:

“Hay que describir lo pasado, diagnosticar el presente, predecir el futuro; practicar estos actos.

### **CORRESPONDENCIA:**

Dr. Gabriel d'Empaire Yanes

Dirección:

Tel: +58-212-263.57.87

E-mail: gabrieldempaire@yahoo.com @bioeticaclínica

### **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:**

No declarado

**Recibido en:** Noviembre 18, 2024

**Aceptado en:** Noviembre 18, 2024

En cuanto a las enfermedades acostumbrarse a dos cosas ayudar o al menos no hacer daño.”

Lo primero es ayudar, por lo que el conocido precepto “*Primum non nocere*”, estaría incompleto, el enunciado realmente dice: “ayudar o al menos no hacer daño”. Esta misma intención se repite en diversos códigos y tratados de la ética médica, entre ellas encontramos este mismo precepto 2 470 años después, en el artículo 4 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos<sup>(2)</sup>, aprobada por unanimidad por la Unesco en el año 2005. Uno de los documentos más importantes de la Bioética mundial.

“Artículo 4 Beneficios y efectos nocivos: Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.”

En otras palabras, el ayudar a través de la búsqueda del mayor beneficio al enfermo, ha sido la principal obligación del médico durante casi 25 siglos.

Surge entonces la pregunta: ¿si este concepto se ha mantenido durante tanto tiempo, qué sentido tiene seguir hablando sobre el tema? La respuesta es clara, aun cuando sigue sin ser bien comprendida. Durante las últimas décadas, muchas cosas han cambiado, incluyendo la manera de ayudar a los enfermos. Dentro de este contexto, debemos aceptar que, si bien la obligación de ayudar y hacer el bien a los enfermos sigue siendo la principal obligación del médico, la manera de lograr ese objetivo, en la medicina de hoy, es muy diferente. Los retos e interrogantes planteados por el uso de las múltiples alternativas terapéuticas; la manera de relacionarse el médico y el personal de salud con los enfermos y sus familiares, dentro de un nuevo modelo de relación médico-paciente; así como una gestión diferente de los recursos y los valores en la práctica clínica actual, nos imponen un ejercicio de la profesión muy diferente al que existió a lo largo de la historia de la medicina. Comprender esto nos exige revisar los acontecimientos ocurridos a partir de la primera mitad del siglo XX y los efectos que los mismos han ocasionado en la sociedad en general y en la medicina en particular. En este artículo pretendo explicar en qué han consistido esos cambios y cuáles son sus repercusiones en el precepto de ayudar o hacerle el bien a un paciente en la medicina de hoy.

### ¿Qué es lo que ha cambiado?

Durante las últimas décadas han ocurrido cambios de gran significación, los cuales, han modificado nuestro entorno y han dado paso a una nueva realidad <sup>(3)</sup>, una nueva era y dentro de ésta a una nueva medicina. Si bien estos eventos han afectado casi todos los ámbitos de la humanidad, la atención de la salud ha sido una de las áreas en la que han ocurrido las mayores transformaciones. Al menos cuatro grandes eventos, surgidos de manera casi simultánea han incidido de forma muy importante en el ejercicio de la profesión médica. Sus efectos han sido tan significativos que, sin temor a equivocarme puedo decir que la medicina cambió de manera definitiva, ya no es ni será igual a la ciencia que se ejerció durante la mayor parte de su historia.

### Los adelantos de la ciencia y la tecnología.

Gracias a los avances de las ciencias, las escasas posibilidades de acción con la que contaron los médicos durante siglos cambiaron radicalmente. A partir de la década de los años 50 del siglo XX la disponibilidad de conocimientos y recursos incrementó de manera exponencial <sup>(4)</sup>. En prácticamente todas las especialidades médicas se lograron importantes adelantos que contribuyeron a reducir la morbilidad y la mortalidad de muchas enfermedades, para las cuales, no teníamos forma de mejorar y mucho menos de curar.

Dentro de esta nueva realidad, la cardiología adquirió un lugar predominante. En la década de los años 60 del siglo XX, el tratamiento del infarto del miocardio se limitaba a reposo y observación. La mortalidad, por esta patología superaba el 50 % antes de la hospitalización y alcanzaba un 30 % en pacientes hospitalizados <sup>(5)</sup>. En el transcurso de pocos años aparecieron las unidades de cuidados coronarios, la reanimación cardiopulmonar, la monitorización continua, el desarrollo de drogas trombolíticas para re perfundir la arteria obstruida, surgieron nuevos tratamientos para el control de las arritmias, la hipertensión y la disfunción ventricular. Se desarrolló la cirugía coronaria y posteriormente se inició el uso de las técnicas de reperfusión no invasiva, todos procedimientos que contribuyeron a lograr un significativo descenso de la mortalidad y morbilidad causada por esta patología. Como parte de este mismo desarrollo surgieron técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las enfermedades congénitas y de las valvulopatías, seguido del desarrollo de la cardiología estructural para el tratamiento de muchas de estas enfermedades por vía endovascular. La imagenología cardiovascular alcanzó avances sin precedentes. Más recientemente se incorporó la inteligencia artificial que augura cambios aun no predecibles <sup>(6)</sup>. Este pequeño resumen, sin lugar a dudas incompleto nos da una idea del inmenso arsenal terapéutico que se ha logrado desarrollar, en un período de tiempo relativamente corto, con lo cual, las posibilidades de ayudar a los enfermos se incrementaron de manera exponencial y las grandes limitaciones que enfrentó la medicina durante muchos siglos quedaron atrás.

### Un nuevo modelo de relación médico-paciente

Coincidiendo en el tiempo se produjo otro gran acontecimiento, tal vez, uno de los más importantes en la historia social de la humanidad y de la medicina en particular: la consolidación del concepto de la libertad individual, la autonomía de las personas, el derecho a decidir sobre su propia vida. En el campo de la medicina, el modelo paternalista de relación médico paciente que se impuso en la profesión médica durante 25 siglos, según el cual, el médico decidía lo que era bueno para el enfermo de acuerdo a sus conocimientos y valores, cambió a un modelo de relación más horizontal, en el que los pacientes adquirieron el derecho a ser informados y a participar activamente sobre las decisiones que tienen que ver con su vida y su salud, de acuerdo con sus valores, principios y su proyecto de vida <sup>(7)</sup>. Esta nueva forma de relación, conocida como: consentimiento informado, marcó una nueva era en la manera de relacionarse los médicos y el personal de salud en general con los enfermos y sus familiares.

Si bien los beneficios aportados por estos dos primeros grandes cambios son invalorable, es importante resaltar su comportamiento ambivalente. En otras palabras, los enormes beneficios aportados por cada uno de ellos se alternan con novedosas interrogantes, retos, riesgos, incertidumbres y deberes en su mayoría éticos, relacionados con los lineamientos que deben regir el uso correcto, seguro, responsable y equitativo, de los nuevos avances de la ciencia en el contexto de un nuevo modelo de organización social, más horizontal y sustentado en el respeto a la autonomía de las personas. Una nueva realidad, donde enormes recursos con posibilidades de actuación muy positivas, se conjugan de manera impredecible con potenciales riesgos, los cuales, lejos de lograr beneficios a los enfermos, pueden producir efectos negativos de diferentes magnitudes, entre ellos causar daños a las nuevas generaciones. Esta ambivalencia, genera circunstancias que permanentemente retan nuestra inteligencia, nuestros valores y nos exigen asumir cada vez mayores responsabilidades en la toma de nuestras decisiones.

Por razones de espacio, sería imposible enumerar las múltiples situaciones planteadas por este doble efecto, por lo que me limitaré a citar algunas ejemplos tomados de la práctica médica cotidiana: las mismas técnicas y tratamientos que nos permiten prolongar la vida de muchos enfermos y evitar su muerte precoz, pueden conllevar a que a algunos enfermos se les prolongue inútilmente el proceso de morir, ante lo cual, surgen serias interrogantes: ¿a quién debemos tratar?, ¿a quién no debemos tratar?, ¿por cuánto tiempo utilizar estos tratamientos cuando las posibilidades de sobrevivir, en condiciones aceptables, son muy limitadas o inexistentes? ¿Si el paciente no está evolucionando bien, debemos retirar estos tratamientos? ¿Qué criterios utilizar para tomar estas decisiones? Por otra parte cada vez se hace más difícil seleccionar el tratamiento más adecuado, para un paciente en particular dada la creciente disponibilidad de alternativas, las cuales muchas veces no tienen suficientes evidencias definitivas de eficacia o las mismas han sido manipulada por conflictos de interés. Se ha incrementado el error médico, el cual se ha transformado en una causa importante de la mortalidad hospitalaria <sup>(8)</sup>. A lo antes expuesto habría que agregar hechos como la tecnificación y fragmentación de la medicina y el cambio en muchos de los valores tradicionales de la profesión médica.

### Incremento de los costos de atención médica

De las dos situaciones antes mencionadas se deriva otro hecho de gran significación: el incremento de los costos de atención médica, aspecto que ha pasado a ser uno de los problemas éticos más importantes de la medicina actual. La inversión en el desarrollo de la biotecnología asociado a los elevados costos de su utilización, en un sistema de recursos económicos limitados, ha generado una serie de problemas morales a la hora de tomar decisiones en relación con un uso correcto y justo de estos recursos. Esta circunstancia ha impedido satisfacer a plenitud el derecho a la atención médica de calidad y preservar la igualdad

y la equidad en la asistencia sanitaria. Ante esta situación surgen nuevas interrogantes morales: ¿Cómo lograr que todos reciban una atención adecuada?. ¿Cómo distribuir equitativamente los limitados presupuestos de salud para lograr los resultados más justos? Ante esta realidad se plantea uno de los problemas más complejos de la organización sanitaria, la necesidad de redistribuir los presupuestos a las áreas prioritarias, aun cuando, esto limite la atención de otros enfermos. Proceso conocido en inglés como “rationing”<sup>(9)</sup>, que implica la toma de complejas decisiones morales<sup>(10)</sup>.

### **La necesidad de una nueva aproximación ética:**

Las complejas situaciones e interrogantes en su mayoría morales, surgidas de esta nueva realidad superaron las posibilidades de encontrar respuestas en los códigos éticos tradicionales. Las normativas éticas contenidas en estos códigos resultaron insuficientes para analizar y resolver una buena parte de los problemas, reales o potenciales que día a día surgían (y siguen surgiendo) del desarrollo y la utilización de los grandes avances de la ciencia, del nuevo modelo de relación médico-paciente y de las mayores exigencias en la inversión en salud. Dentro de este nuevo contexto surgió la necesidad de encontrar una aproximación ética diferente, a través de la cual, se pudiesen someter estos novedosos temas a una profunda reflexión y deliberación multidisciplinaria, con la intención de buscar las mejores alternativas que permitiesen aprovechar al máximo los beneficios de la tecnología, a la vez que se redujeran sus riesgos y se respetaran los valores fundamentales de cada persona y de la humanidad en general. La nueva realidad exigía una nueva visión, mucho más amplia y dinámica, desde la cual, se pudiera construir un marco de referencia moral y una metodología ajustados a las nuevas exigencias planteadas en la medicina contemporánea. Surgió así, la Bioética Clínica como un espacio de reflexión, orientada a la deliberación y búsqueda de resolución de los numerosos problemas morales surgidos en el contexto de una nueva realidad en el ejercicio de la medicina<sup>(11)</sup>.

### **Los aportes de la Bioética Clínica**

La Bioética Clínica es una ética aplicada con una visión moral más amplia y dinámica que nos ofrece una fundamentación y una metodología sustentada en cuatro principios, cuya aplicación se jerarquiza con base en la deliberación sobre los hechos, valores, circunstancias de cada caso en particular. En ningún caso, la Bioética pretende sustituir los códigos de la ética deontológica tradicional que sustentó las decisiones de la profesión médica a través de toda su historia. Códigos que, aún siguen vigentes como referentes morales. El objetivo de la Bioética es aportar un espacio de reflexión moral, dinámica, deliberativa que permita identificar el verdadero interés de cada paciente en particular, con la finalidad de encontrar la alternativa terapéutica que mejor se ajuste a sus necesidades y le ofrezca el mayor beneficio.

Existen muchas formas de ayudar a un enfermo: el acompañamiento, la empatía, la comprensión, la compasión, el respeto son formas muy importantes de ayudar a un paciente. Sin embargo, considerando los importantes cambios que caracterizan a la medicina de nuestro tiempo, a la hora de prescribir un tratamiento médico, quirúrgico o cuando se requieren tomar decisiones complejas en un caso clínico, es fundamental cumplir con los cuatro principios de la Bioética, los cuales se describen a continuación:

#### **Principio de Beneficencia.**

Este principio nos exige buscar la mejor alternativa para un enfermo en particular. Dada la amplia disponibilidad de métodos terapéuticos y de tratamiento, disponibles en la actualidad, es frecuente encontrar varias alternativas para el tratamiento de una determinada patología, lo cual nos obliga, en muchos casos a seleccionar la opción que mejor se ajuste al logro de un adecuado beneficio para el paciente. Es importante considerar que, con relativa frecuencia, muchas de esas alternativas no cuentan con una adecuada validación científica, para el tratamiento de la enfermedad que se desea tratar, o

no han sido aprobados para las agencias regulatorias. En este contexto, en sentido estricto, solamente es posible ayudar y hacer el bien a un enfermo cuando se prescriben tratamientos validados a través de ensayos clínicos. De esta manera sabemos que, existe una probabilidad determinada de eficacia. El resultado buscado nunca será absoluto pero, la validación científica nos aporta un porcentaje de eficacia demostrada. Por el contrario, cuando no existe una adecuada validación, desconocemos las probabilidades de eficacia y por tanto de éxito de ese tratamiento. De no existir tratamientos adecuadamente validados, se deben buscar la alternativa con mayor validación, de acuerdo con la literatura existente. Finalmente, el beneficio buscado no se debe limitar solamente a la acción del tratamiento sobre la patología que sufre el enfermo, se debe además considerar las condiciones del enfermo, sus valores, principios, circunstancias y proyecto de vida. En este sentido, podemos decir que el principio de beneficencia está íntimamente relacionado con el principio de autonomía.

### **Principio de no maleficencia.**

Este principio nos obliga a evitar o reducir al mínimo el daño que puede ocurrirle al enfermo. En este sentido la validación científica nos permite conocer los riesgos asociados al uso de determinados tratamientos a fin de poder seleccionar aquella alternativa que implique el menor daño. Al igual que en el caso anterior, el daño que se debe evitar o reducir no se limita a los riesgos inherentes al tratamiento, se refiere, además, a los daños ocasionados por violentar la dignidad, los valores y los derechos del enfermo. Por ejemplo, mantener un tratamiento fútil que prolongue inútilmente la vida del enfermo, causando dolor y sufrimiento, violenta el principio de no maleficencia y el de beneficencia, aun cuando este tratamiento no tenga efectos tóxicos. Utilizar tratamientos de alto costo cuando existen alternativas similares más económicas, así como la realización de procedimientos o la administración de tratamientos no requeridos por el enfermo, atenta contra ambos principios.

### **Principio de autonomía**

En la medicina de hoy existe la obligación moral y legal del informar al paciente sobre las razones por las cuales se le prescribe un determinado tratamiento, las probabilidades de eficacia, los riesgos y molestias inherentes al mismo y las alternativas que puedan existir, a fin de que el enfermo pueda decidir, en conjunto con su médico, lo que considere más conveniente de acuerdo a sus valores, principios y proyecto de vida. Esto es considerado hoy, un Derecho Humano fundamental. No es posible ayudar o hacerle un bien al enfermo en contra de su voluntad. En caso de que el enfermo no esté capacitado para decidir, no pierde este derecho, el mismo se traslada al familiar subrogado designado para tomar la decisión. Es importante aclarar que cuando el paciente no acepta la alternativa propuesta, se pueden buscar argumentos para convencerlo. Sin embargo, nunca se debe ejercer coacción, o engaño, para que el paciente acepte. En ese caso, se deben considerar con el enfermo otras alternativas de diagnóstico o tratamiento.

### **Principio de justicia**

Toda prescripción debe ser evaluada desde el punto de vista de costo- beneficio a fin de seleccionar la alternativa más eficiente. En este sentido, no deberían prescribirse tratamientos cuyo costo sea mayor a otra alternativa similar de menor costo, ni se debe incurrir en costos no justificados. No cumplir con este principio atenta contra la equidad y la sustentabilidad del sistema de salud. Al igual que en los casos anteriores, violentar este principio, no es benéfico para el paciente y además puede ocasionar daños innecesarios al enfermo.

Cumplir con estos principios nos permite acercarnos a la alternativa con mayor probabilidad de lograr ayudar al paciente. Estos principios no tienen una jerarquía pre establecida, por lo general se analizan en el orden descrito. Los médicos siempre pondrán la beneficencia como primer principio en base a su recomendación, sin embargo, cuando existen conflictos entre estos principios se debe plantear una jerarquización diferente.

## Conflicto entre los principios

Con frecuencia, las prescripciones cumplen con los principios de la Bioética, sin embargo, especialmente en decisiones difíciles, existen conflictos entre los principios. Esto significa que dos o más principios se contraponen y por tanto debe establecerse una jerarquización diferente, previo análisis de las consecuencias previstas en cada caso. Un caso típico lo vemos en los pacientes Testigos de Jehová quienes expresan no aceptar recibir transfusiones. En casos de pacientes con hemorragias que ameriten recibir transfusiones, los médicos propondrán el uso de la sangre por considerar, de acuerdo con sus conocimientos que es la mejor opción terapéutica. Por su parte, el paciente, exigirá que no lo transfundan, argumentando el respeto a su autonomía y valores religiosos. En este caso, se contraponen dos principios, el principio de beneficencia y al principio de autonomía. Si analizamos las consecuencias en uno y otro caso, el uso de la transfusión puede mejorar la situación del paciente e incluso, salvarle la vida. Sin embargo, de acuerdo a las creencias religiosas de los Testigos de Jehová, recibir sangre le significa un daño, aun peor que la muerte. En ese caso el principio de autonomía pasa a estar por encima del principio de beneficencia y es lo que se debería hacer.

En otros casos con enfermedades terminales, en quienes los médicos piensan que tienen la obligación de mantener determinados tratamientos por considerar que la vida está por encima de todos los principios y que su principal obligación es preservar la vida por ser lo benéfico, se está violentando el principio de no maleficencia y el de justicia al producirle al enfermo un daño a la vez de causar aumentos innecesarios de los costos. Es importante recordar que la principal obligación del médico, no es salvar la vida, cuando ya este objetivo es inalcanzable. La principal obligación del médico es ayudar. En este caso, dejar que el enfermo pueda morir en paz. El ayudar al bien morir es también una obligación de los profesionales de la medicina.

Podemos resumir diciendo que, ayudar al enfermo y hacerle un bien comienza por cumplir

con el principio de beneficencia a través del acompañamiento, la empatía, la compasión y el respeto. Cuando se requiera algún tipo de tratamiento, el cumplimiento de este principio exige que se busquen alternativas que se ajusten a sus verdaderas necesidades clínicas, basadas en evidencias y a la vez, supeditadas al principio de autonomía de forma que las mismas garanticen el respeto a la dignidad, los valores y el proyecto de vida del enfermo. Se debe hacer valer el principio de no maleficencia, buscando las alternativas con evidencias de seguridad que a la vez respeten la autonomía del paciente y nunca someter al enfermo a tratamientos desproporcionados o fútiles que prolonguen inútilmente el sufrimiento. Finalmente, se debe respetar el principio de justicia, garantizando el análisis de costo beneficio de los procedimientos, a fin de promover la gestión eficiente de recursos escasos y de esta manera la equidad. Cuando existan enfrentamiento entre dos o más principios es necesario recurrir a la metodología de la deliberación y jerarquización de los principios de la Bioética. En casos más complejos en los que no se llegue a un acuerdo se debe llevar el caso ante un Comité de Bioética Asistencial.

## CONCLUSIÓN

Vivimos en una nueva realidad, un nuevo mundo, en la que también surgió una nueva medicina. La principal obligación del médico sigue siendo la misma establecida en el nacimiento de la medicina hipocrática hace 25 siglos: ayudar a los enfermos. Si bien esta obligación no ha cambiado a lo largo de la historia, la manera de ayudar y hacerles un bien a los pacientes cambió radicalmente. Ayudar a un enfermo en la medicina de hoy significa ajustarse a las nuevas circunstancias que nos impone la nueva realidad en la que vivimos. No entender esto y mantener esquemas que incumplan con estos principios establecidos en la Bioética, no ayuda al enfermo y por el contrario, le puede causar graves daños. Adaptarnos a esta nueva realidad, a esta nueva medicina es la única forma de lograr una atención en salud más justa, más equitativa y más humana.

## REFERENCIAS

1. Epidemias, Libro I". En Tratados hipocráticos.
2. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)
3. D'Empaire G, Fernández de d'Empaire ME. En busca de una medicina más humana. Cap 1.2020. Ed. Amazon.
4. d'Empaire G. ¿Qué es Bioética? Avances Cardiol. 2010;30:185-198.
5. González JR, Bermejo A, López J. Una historia resumida. Impacto de los avances en cardiopatía isquémica. A Brief History. Impact of the Advances in Ischaemic Heart Disease. Rev Esp Cardiol Supl. 2017;17:2-6.
6. Yu K, Healey E, Yun T, Kohane I, Manrai A. Medical Artificial Intelligence and Human Values. N Engl J Med. 2024;390:1895-1904.
7. Simón Lorda P. El Consentimiento Informado. Madrid: Triacastela; 2000.
8. Hayward R, Hofer T. Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors JAMA. 2001;286:415-420.
9. Zúñiga Fajuri A. Justicia y racionamiento sanitario en el PlanAUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos. Acta Bioethica. 2011;17:73-84.
10. Scheunemann L, White D. The Ethics and Reality of Rationing in Medicine. CHEST 2011;140:1625-1632.
11. Potter V. Bioethics: Bridge to the future. Prentice-Hall Biological Science Series. Englewood Cliff, N.J. 1971.