

Tema IV. Los principios de la Bioética: Beneficencia y No-maleficencia

Autores

Ana M^a Costa Alcaraz
Carlos Almendro Padilla

Médicos de familia

Actualizada el 27/2/2006

Existen otros principios...

Efectivamente, uno de ellos es el de beneficencia, clásicamente inspirador del que-hacer médico desde Hipócrates (siglo V adC.) junto con la proposición "primero no hacer daño". Consiste en procurar beneficios al paciente con la práctica de la medicina.

El principio de beneficencia, fundamento del Juramento Hipocrático, consiste en orientar el ejercicio de la medicina a buscar el bien del paciente

¿Quién define lo que es beneficioso para el paciente?

En todo el pensamiento antiguo predomina una práctica paternalista del ejercicio de la medicina, derivada por una parte de la idea de ser humano vigente en esos momentos, y por otra del bagaje de conocimientos de aquellas culturas pre-científicas en las que nuestra profesión era, sobre todo, un arte. El descubrimiento renacentista del valor absoluto de la persona (afirmada por primera vez en los Evangelios de Jesús) y la importancia dada, en todas las sociedades democráticas, a la libertad personal, son determinantes en el cambio de concepción de la relación médico-paciente. En el momento actual es reconocida la necesidad de respetar la voluntad del sujeto en lo que concierne a su salud, y se entiende que el médico debe jugar un papel de experto que asesora. Así que la decisión de lo beneficioso para el paciente tendría que ser tomada por el propio paciente, previa deliberación conjunta con el experto, que es el médico.

La concepción paternalista de la medicina entiende que es el médico quien tiene que determinar lo que es bueno para el paciente. Desde una concepción personalista de la medicina, es decir, desde la medicina centrada en el paciente, se entiende que el médico debe jugar un papel de experto que asesora. Así que la decisión de lo beneficioso para el paciente tendría que ser tomada por deliberación conjunta

¿Al decidir conjuntamente con el paciente lo que concierne a su enfermedad, se le puede estar dando pistas para actuar contra el médico en caso de que éste cometa algún error? Porque, por muy bien que se trabaje, siempre existe un riesgo de error que es propio de la condición humana...

La verdad es que, antiguamente casi era imposible actuar mal si no se tenía la intención de hacerlo. Es decir, el ejercicio de la medicina se inspiraba de forma exclusiva en los principios de beneficencia no-maleficencia, y se apoyaba en muy escasos medios complementarios. Así y todo, los médicos antiguos no dejaban de tener sus equivocaciones. Pero eran mejor aceptadas por los pacientes, que asumían su condición de incompetentes en materia de salud. Por tanto, siempre el médico decidía lo que podría resultar beneficioso y esa decisión no se cuestionaba.

Hoy como ayer, incluso el profesional más cualificado y mejor intencionado se puede equivocar, pero han cambiado mucho las circunstancias. La medicina se apoya casi exclusivamente en metodología científica y en tecnología de última generación. Hasta el punto de que, a veces, hemos llegado a olvidar la parte de intuición y de habilidades de comunicación que son tan importantes cuando se trabaja con seres humanos. Tenemos la ventaja de que podemos precisar más los diagnósticos y los tratamientos, pero tenemos la desventaja de que los erro-

Los pacientes, en general, perdonan los errores de los médicos, máxime cuando se les implica en las decisiones y se les trata con respeto

res son más fácilmente objetivables. Si a ello se le añade el mayor protagonismo de los pacientes en asuntos que conciernen a su salud, es fácil de ver que hay más posibilidades de que sean cuestionados los errores. Sin embargo los pacientes, en general, perdonan los errores de los médicos, sobre todo cuando se les implica en las decisiones y se les trata con respeto.

¿Los errores médicos son inevitables y, por tanto, siempre se deberían de aceptar?

El conocimiento de la enfermedad que se manifiesta en un individuo es siempre incierto, ya que se basa, al menos en parte, en los síntomas los cuales ya sabes que, por definición, son subjetivos. Frente a la demostración de la enfermedad que se manifiesta en un individuo es siempre incierto, ya que se basa, al menos en parte, en los síntomas los cuales ya sabes que, por definición, son subjetivos. Frente a la demostración y la certeza, características propias del razonamiento teórico desde Aristóteles, los razonamientos prácticos, se fundamentan en la deliberación y en la prudencia. La medicina es una ciencia en tanto se puede apoyar en pruebas complementarias objetivas y signos patognomónicos. Pero, en tanto debe atender a los relatos y percepciones del paciente, no siempre objetivables y, en base a éstos, tiene que orientar la anamnesis y respuesta al tratamiento, es un arte. Un arte es también la empatía, tan necesaria para llegar a comprender y respetar la voluntad del ser humano libre que nos consulta, acompañándole en su toma de decisiones y procurando el mayor grado de beneficencia.

Es preciso aceptar la posibilidad de error, dado el grado de incertidumbre en el que nos movemos al tomar decisiones médicas. Aprender de errores propios o ajenos, puede servir para evitar, en lo posible, su repetición futura.

Es preciso aceptar la posibilidad de error, dado el grado de incertidumbre en el que nos movemos al tomar decisiones médicas. Aprender de errores propios o ajenos, puede servir para evitar, en lo posible, su repetición futura.

¿Qué son los errores evitables?

Son aquellos que se cometen por excesiva precipitación en el acto médico, o por ausencia de formación continuada y menos frecuentes (aunque son los que más se descubren), por negligencia profesional.

Tradicionalmente, se ha entendido que la beneficencia comenzaba por no hacer daño ("Primum non nocere"). En el momento actual, el cuerpo de conocimientos científico-técnicos, con sus riesgos de procedimientos invasivos, ha ampliado mucho el abanico de situaciones en la que se puede actuar causando mal, incluso sin pretenderlo. Así pues, el antiguo principio de beneficencia se complementa hoy con el de no-maleficencia.

Por otra parte, nuestra época, que se caracteriza por el reconocimiento del valor absoluto de la persona frente al grupo social, ha concretado este valor de la persona, dentro de la relación médico-paciente, en el principio de autonomía (del que ya hemos hablado).

Así pues, mientras antiguamente era el médico quien definía lo que era bueno para sus pacientes, en estos momentos se entiende que hay que contar con las preferencias del propio paciente para decidir sobre su salud, siempre después de haber sido informado por el experto que es el médico. Frankena resume el principio de beneficencia actualizado en cuatro puntos. Primero, no infligir mal o daño, segundo, prevenir el daño, tercero, eliminar el daño y, cuarto, promover el bien. El cuarto junto con el primero, constituyen el principio clásico de

beneficencia y los otros dos lo matizan.

Ya que el uso de la tecnología, puede causar mal incluso pretendiendo hacer un bien a los enfermos. ¿Se debe rechazar con ello el uso de la aplicación de tecnología al campo de la medicina?

Desde luego que no. Si el principio de no-maleficencia se aplicara de forma absoluta, no podrían realizarse muchos procedimientos, debido al porcentaje de riesgo de complicaciones inherente a los mismos. Este principio se refiere a no perjudicar, por supuesto, pero en el sentido de no perjudicar innecesariamente a los pacientes. Para que así sea, de forma previa a la aplicación de técnicas invasivas, es recomendable contar con el paciente obteniendo su consentimiento tras haberle informado de los riesgos. Aunque los documentos de consentimiento informado pueden ser un arma de doble filo.

La tecnología presenta muchas ventajas, pero con su uso también se introduce un riesgo de complicaciones. El principio de no-maleficencia se refiere a no perjudicar innecesariamente a los pacientes. Para respetarlo, de forma previa a la aplicación de técnicas invasivas, es recomendable obtener consentimiento del paciente tras la información recibida

¿Qué implicaciones tienen los principios de no-maleficencia y de beneficencia en la práctica profesional?

Estos principios obligan a:

- Tener una formación teórico-práctica actualizada y, por tanto, permanente.
- Desarrollar un ejercicio fundamentado en la medicina basada en la evidencia (medicina como ciencia).
- Paliar cuando algo ya no tiene cura, utilizando todos los medios posibles para evitar el dolor incapacitante o cualquier otro síntoma que aparezca en las últimas fases de la vida.
- Evitar la yatrogenia por exceso de pruebas, derivada de la llamada "Medicina defensiva".
- Adoptar una actitud favorable a la buena relación médico-paciente, colocando siempre los intereses de este último por delante de argumentos economicistas por un lado, y por otro cuidando las cuestiones de comunicación (medicina como arte).

Para no realizar prácticas maleficientes y actuar con beneficencia es recomendable la formación continuada del médico que le permita desarrollar una medicina basada en la evidencia y centrada en el paciente, a marcarse objetivos de paliar cuando no sea posible curar la enfermedad y a evitar la medicina defensiva

Comentarios

- La beneficencia impone el deber de no abandono al paciente, independientemente de la opción terapéutica que elija
- La no aceptación de un tratamiento, por parte de un paciente, no nos libera de toda responsabilidad hacia él. Todavía podemos velar por su salud ofreciendo tratamientos alternativos, o paliando los sufrimientos derivados de su enfermedad
- Errores evitables son aquellos que se cometen por defectos subsanables de organización del sistema, por fatiga mental, o por falta de actualización en los conocimientos científicos vigentes y que suceden con una frecuencia superior a la esperada
- Un cierto porcentaje de errores es inevitable, dada la falibilidad intrínseca al ser humano
- Dedicar a cada paciente el tiempo que necesite reduce el riesgo de errores médicos y mejora la comunicación. El paciente, al poder expresar todo lo que le preocupa, se siente tratado como persona

Bibliografía

Libros:

Almendro Padilla C, Ordovás Casaurrán R. Errores médicos, en: Curso de Relación Médico Paciente Módulo 1 pág 177-194 Universidad Miguel Hernández, 2003 Edt Ergon Madrid.

Capítulo dedicado a los errores médicos, sus causas, en las que los autores proponen una serie de actuaciones para minimizarlos.

Revistas:

Sanz Ortiz, Jaime.¿Qué es bueno para el enfermo? Medicina Clínica, 01 2002; 119: 18-22.

Los autores en este artículo reflexionan en el principio de beneficencia, identifican sus límites y proponen una actitud menos paternalista en virtud de una mayor autonomía del paciente.

Cabré, L. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva Medicina Intensiva, 06 2002 ; 26: 304-311 [en línea] visitado el 7-7-2004.

El grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) ha elaborado una reflexión sobre los aspectos clínicos y fundamentos de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en los servicios de medicina intensiva y una serie de recomendaciones para evitar el "encarnizamiento terapéutico" y permitir una muerte digna a aquellos de nuestros pacientes que han de fallecer.

Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez j, Limitación del esfuerzo terapéutico Med Clin (Barc) 2001; 117(15): 586-594

[en línea] visitado el 7-7-2004.

Serie de Bioética para Clínicos en los que los autores a través de una serie de casos profundizan los dilemas que se plantean al final de la vida, y sobre todo en las actuaciones profesionales.