

La medicina basada en la evidencia en el espejo de la bioética

Javier Romero Cuesta

Diciembre 2015. Boletín Psicoevidencias nº 43. ISSN 2254-4046

En el lenguaje cotidiano ética y moral se utilizan indistintamente; ética viene del griego *ethos*: “Manera de hacer las cosas, costumbre, hábito”. Mientras que moral tiene su origen en el latín de *mos, mori*: Costumbre, principios, tradiciones. A pesar de ser utilizados a menudo ambos de manera indistinta, aquí me referiré a ética como moral reflexionada, reflexión que responda a la pregunta “¿Qué debo hacer?” Si esa cuestión la trasladamos al campo de la ciencia, hablaremos de bioética, concepto mucho más reciente, cuyo origen se suele situar en 1970 con la publicación *Bioética: La ciencia de la supervivencia*, del oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter. Poco después, en su libro de 1971 “*La bioética: Un puente hacia el futuro*” propone crear una disciplina que integre la biología, la ecología y la medicina con los valores humanos.

La bioética nace como una necesidad ante los importantes avances científicos y técnicos en el mundo de la biología y la medicina que se estaban produciendo en la segunda mitad del siglo XX para los que era preciso tender un puente entre hechos y valores, algo que la mentalidad positivista abandonó al poner el énfasis en los hechos científicos y relegando los valores al mundo de lo meramente emocional o irracional.

Aunque el objetivo inicial estaba puesto en el medio ambiente, ha sido en el campo de la investigación y de la asistencia sanitaria donde va a encontrar la bioética su principal desarrollo. Sobre todo después de la segunda guerra mundial, cuando salen a la luz los abusos que realizaron los médicos de la Alemania nazi en sus investigaciones y por los que fueron juzgados y condenados en el tribunal de Nuremberg. Estos excesos desgraciadamente no han sido patrimonio de los nazis sino que también se desarrollaron en otros países democráticos y ni mucho menos terminaron aquí.

En 1966, el *New England Journal of Medicine* recoge un artículo de Beecher donde se denuncian investigaciones en las que se ponían en peligro la vida de los pacientes en aras de la “ciencia”. Más trascendencia tuvo unos años después el conocido como caso Tuskegee, que resultó ser uno de los más escandalosos experimentos realizados hasta la fecha. En 1932 el servicio de salud pública de los EEUU comenzó un experimento en Alabama con 400 hombres de raza negra con sífilis para determinar el curso natural de la sífilis latente no tratada. En los años 60 aparece ya instaurada la penicilina como tratamiento para esta enfermedad pero los hombres incluidos en la investigación no fueron tratados y se decidió que deberían seguir así para que la investigación

podiera dar sus frutos. Hubo que esperar hasta 1972, cuando saltó la noticia a la prensa, para que se suspendiera la investigación. Mientras tanto, alrededor de 100 personas habían muerto ya de lesiones sifilíticas avanzadas. Este posiblemente ha sido el caso de mayor trascendencia, más desde la petición pública de perdón del presidente Obama, pero ni ha sido el primero ni los abusos en la investigación se terminarán.

La bioética nace pues para intentar poner freno a estos abusos, pero no se queda aquí, sino también para dar respuesta ante la cada vez mayor complejidad tecnológica que tiene su máxima expresión en situaciones fronterizas como es el final o el inicio de la vida. La función de la bioética clínica tiene el objetivo de enseñar a gestionar correctamente los valores y sobre todo cómo resolver los conflictos de valores. En el campo de la psiquiatría este conflicto suele tener como base la dificultad ocasional que pueden tener los pacientes para tomar decisiones de manera autónoma por las características de la enfermedad mental. Esto ha dificultado el abandono de una relación paternalista y el abuso a lo largo de muchas décadas de tratamientos e instituciones indignas.

La medicina basada en la evidencia (MBE) hay que integrarla como un instrumento más dentro de la gestión clínica. Gestión clínica que comienza en los años sesenta cuando se establecen las bases para una metodología evaluativa de la práctica médica a través de la calidad con la que comenzamos a familiarizarnos con términos como acreditación de estructuras, evaluación de indicadores de proceso o de resultados. Continúa en los setenta con la promoción de los protocolos para generar trazadores de las actuaciones clínicas más frecuentes e intentar disminuir la variabilidad. Ya en los ochenta se publican los métodos de consenso para generar debate profesional estructurado sobre temas controvertidos mediante grupos Delphi o nominales.

Tendremos que esperar a los noventa para que aparezca la MBE cuando un grupo de epidemiólogos británicos deciden hacer llegar a la práctica clínica los hallazgos científicos. De ahí vendrán las revisiones sistemáticas de la Cochrane, las guías de práctica clínica, etc. Estas herramientas de gestión clínica no terminan con la MBE, sino que continuarán con la toma de conciencia de los peligros que se derivan de la atención clínica apareciendo programas de seguridad de pacientes dentro de los cuales contemplamos los sobrediagnósticos y la medicalización excesiva que son desgraciadamente destacados en el campo de la atención a la salud mental y donde estamos inmersos en este momento.

Pero, ¿qué puede aportar la bioética a la MBE o a otras herramientas de gestión clínica?

En primer lugar, la exigencia de un buen ejercicio de la misma, ejercicio que ante la exigencia del otro, de nuestro paciente, debe ser un ejercicio de honestidad. En este sentido somos testigos de un reduccionismo de la investigación y de la clínica. La primera, en manos exclusivas de la industria farmacéutica con intereses puramente crematísticos investigando sólo sobre aquello que puede ser rentable. Sin contar con los sesgos o irregularidades por todos conocidos. Pero no sólo en la industria farmacéutica y en la investigación tenemos un problema, en otras herramientas de gestión la administración nos hace recordar los versos de Machado: “Todo necio confunde valor y precio”, favoreciendo una visión de la gestión escotomizada hacia el mero ahorro en detrimento del beneficio clínico.

Otro aspecto donde la bioética puede aportar más allá de la exigencia de una mayor honestidad lo encontramos en conseguir evitar un reduccionismo de la clínica, mediante una concepción diferente de la relación entre la ciencia y los valores humanos. Esta reflexión se hace acentuando la dimensión relacional, obligándonos a levantar la mirada de los fríos datos y someter éstos a los valores del paciente, cambiando así, de manera radical, la posición paternalista de los profesionales.

Esta posición sobreprotectora es heredera de una práctica clínica que ha buscado el bien del paciente evitando hacer el daño pero sin contar con él. La bioética hace más presente la relación y la importancia de salir del modelo paternalista cambiando el tipo de relación clínica hacia una toma de decisiones compartidas. La MBE focalizada en la utilización del mejor tratamiento según la gradualidad de la evidencia; ensayo clínico aleatorizado, revisión sistemática, etc... sin más, es una visión estrecha que deja fuera los valores y la participación de los propios pacientes (autonomía). Desde una perspectiva de la ética principialista tendríamos que hablar de la conjunción de la búsqueda de un máximo beneficio (beneficencia), mínimo riesgo (no maleficencia), mínimo coste (justicia) y sobre todo, teniendo en cuenta la opinión del paciente (autonomía).

Entender que un paciente puede tomar decisiones aunque nosotros como clínicos las veamos erróneas, o que tengamos que tener en cuenta criterios económicos en el marco de la toma de decisiones, son cuestiones que a los clínicos nos cuesta asumir. Esta evolución que estamos viviendo en la clínica, donde la buena formación basada en la beneficencia y en el paternalismo tiene que dejar paso a una toma de decisiones compartida y a criterios de justicia, es aún más compleja en el ámbito de la salud mental por la dificultad para trascender la inevitable subjetividad del estudio del sufrimiento humano y la importancia del mundo relacional en la presentación, etiología y tratamiento de estos padecimientos. Debido a esto tenemos una pobre

evidencia sobre lo que estamos haciendo en el día. Si a esto añadimos los problemas de honestidad señalados antes, podemos concluir que tenemos un problema.

¿Quién nos dice que los actuales tratamientos psicofarmacológicos, nuestros abordajes psicoterapéuticos y nuestra organización actual no están más cerca de la iatrogenia que de la beneficencia? La historia de la psiquiatría está llena de estas experiencias terapéuticas abandonadas. Hemos provocado fiebres con la piretoterapia, comas hipoglucémicos con las curas de Sakel, convulsiones con cardiazol o electroterapia. Hemos mantenido manicmios durante décadas. Todas estas terapias luego abandonadas por ineficaces o indignas se mantuvieron durante años bajo la creencia de su utilidad. No caer en el error es imposible en medicina, pero mantenerse en la ceguera sin reflexión es responsabilidad de los clínicos. Para promover esta reflexión, que nos ayude a salir de la estrechez de miras y al mismo tiempo dignifique el concepto de MBE, en otras palabras, para retomar la clínica, tenemos la bioética.

Al igual que las herramientas de gestión clínica han evolucionado, también la bioética lo está haciendo. A finales del siglo XX, la bioética abre la visión hacia la institución a través de la ética de las organizaciones, ampliando el marco de reflexión para encontrar una propuesta práctica para mejorar la calidad de las mismas. En otras palabras, si pretendemos realizar una mejor gestión de los conflictos de valores que se plantean en una relación terapéutica debemos hacer partícipe a la institución en la cual se inscribe esta actividad asistencial de manera que se incorporen criterios de justicia y equidad dando prioridad a los más vulnerables. Del mismo modo que podemos hablar de una relación benéfica o maléfica podemos ver una institución desde la misma perspectiva. ¿Acaso no está aquí la base del cierre de los manicmios? ¿O de la sustitución del modelo hospitalario por el modelo comunitario?

La bioética propone una reflexión de las metas de la institución sanitaria, una conciencia corporativa, otorgar sentido, una identidad y legitimidad social. En los próximos años tendremos que incorporar en la relación clínica, además de los cambios referidos, nuevas evidencias sobre la mejor forma de organizar una institución. Cambios necesarios en nuestra organización y nuestra institución de manera que se adecúen mejor a su fin. Tendremos que hablar sobre cuestiones como la autonomía de los profesionales en la empresa, sobre la confianza depositada en su equipo de dirección, sobre la coherencia o la autenticidad cuando se habla de misiones y valores. Todos ellos conceptos claves en un buen funcionamiento de cualquier institución e imprescindible para una buena práctica clínica.