

## **El internista y las competencias en el área de bioética**

Juan Antonio Garrido Sanjuán

*Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol*

Esta reflexión utiliza como punto de partida el concepto de internista como “especialista en la persona enferma” o medicina interna como “especialidad que se dedica a la atención integral del enfermo adulto en el ámbito preferentemente hospitalario”. 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 ha llevado a participar activamente en la mayoría de los retos asistenciales a los que ha tenido que hacer frente nuestro sistema sanitario”.

El **objetivo** es argumentar la vinculación del área profesional ocupada por la especialidad con los orígenes de la bioética, reflexionar sobre aquellos aspectos de las competencias profesionales que se pueden beneficiar del desarrollo de la bioética y que a su vez redundan en un desarrollo de esta disciplina, justificar la necesidad de adquirir las competencias en bioética durante la formación como internista y reivindicar el importante papel del internista en el sistema sanitario desde argumentos vinculados a la bioética. Por tanto este texto no se ocupa de desarrollar de forma sistematizada las competencias a adquirir en este área ni el método para llevarlo a cabo.

Mark Siegler, internista al que algunos atribuyen el haber acuñado el término “ética clínica”, en una entrevista que apareció bajo el título “La relación médico-paciente piedra angular de la bioética”, expresaba varias ideas que aquí recojo porque nos pueden servir como introducción a la reflexión. Decía que empezó a escribir sobre los problemas que encontraba en su práctica clínica y le dijeron que estaba escribiendo

sobre ética; él insistía que lo que él escribía era sobre medicina clínica. A partir de aquí quedó acuñado el término “ética clínica” que luego sirvió también de título al manual, subtulado “Una aproximación práctica a las decisiones éticas en medicina clínica”, que escribió junto a AR Jonsen y WJ Winslade. En dicho texto definen la ética clínica como aquella disciplina práctica que proporciona una aproximación estructurada para ayudar al médico a identificar, analizar y resolver problemas éticos en la práctica de la medicina clínica. Resalto este término de “ética clínica” porque aunque me voy a referir a la bioética como disciplina más amplia y terminología más genéricamente aceptada, es esta parte de la bioética la que tiene una especial vinculación con nuestra especialidad. El concepto está unido a la especialidad desde su propio origen terminológico. Esta vinculación se refuerza al tener un sentido claramente dirigido a la resolución de problemas de esa “persona enferma”, atendida de forma integral, que es la razón de ser de la especialidad, no siendo por tanto una disciplina simplemente del ámbito del conocimiento intelectual.

Siegler afirma que “el conocimiento de un médico de los estándares éticos y su habilidad para aplicar el análisis ético en el cuidado de sus pacientes son tan importantes como su conocimiento y habilidades en la tradición de las ciencias básicas y en la ciencia clínica”.

Bernard Lo, autor del tema “Aspectos éticos de la medicina clínica” en ediciones anteriores del clásico texto básico para muchas generaciones de internistas “Harrison – Principios de Medicina Interna”, escribe 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”.

## **1. Razones del origen de la Bioética**

El objetivo de estudio de la bioética son los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida. La bioética sanitaria es la parte que intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas planteados por las ciencias de la salud. La ética clínica quedaría englobada dentro de ella.

Aunque el ejercicio de las profesiones sanitarias ha planteado siempre problemas éticos, nunca hasta los años recientes se habían suscitado tantos problemas morales y tan complejos, obligando a desarrollar nuevos procedimientos de decisión y una formación específica de los profesionales. Las principales fuentes de conflictos éticos y, por tanto, las razones de este nacimiento de la Bioética son:

**El enorme progreso de la tecnología** en los últimos años ha llevado a que tengamos que cuestionarnos si se debe hacer todo lo técnicamente posible, todo lo que se puede. ¿Debemos utilizar siempre todos los avances científico-tecnológicos de los que disponemos y que crecen de forma exponencial?

b) **La pluralidad de valores personales a la hora de la toma de decisiones y el cambio en las relaciones sanitarias.** Se ha pasado de una relación paternalista, en que el médico ordenaba y el paciente obedecía, a una relación menos asimétrica entre dos personas adultas, responsables y autónomas. La reivindicación por parte de los pacientes de este nuevo tipo de relación, reflejo del cambio en las relaciones sociales en nuestra sociedad, llevó a la aparición de los códigos de derechos de los pacientes y al desarrollo del “consentimiento informado”. Poco a poco las decisiones sobre las pruebas diagnósticas a utilizar y los tratamientos las van tomando los pacientes tras recibir una adecuada información sobre sus beneficios y efectos secundarios y sobre las diferentes alternativas posibles. Debe ser la escala de valores de la persona enferma, y no la del médico ni siquiera la de su familia, la que debe determinar los pasos a seguir. Este proceso se ha visto complicado por la diversificación de valores personales en nuestra sociedad, progresivamente más pluralista.

c) **Acceso igualitario a la sanidad y distribución equitativa de recursos limitados.** El acceso igualitario a los servicios sanitarios y la distribución justa de los recursos sanitarios, que no sé si escasos pero sí son limitados respecto a la creciente demanda y aumento del coste tecnológico sanitario, ha ido introduciendo un nuevo elemento a tener en cuenta a la hora de la toma de decisiones. ¿A quién dar prioridad en el

acceso a dichas prestaciones? Es el origen de los problemas creados por las listas de espera sanitarias y por los catálogos de prestaciones cubiertas por el Estado.

La Bioética nace por tanto con vocación de dar respuesta a los múltiples conflictos de valores que surgen en una sociedad pluralista y democrática, en que se ha producido un cambio en las relaciones sanitarias, con reconocimiento progresivo de la autonomía de los pacientes, sociedad que ha vivido un enorme progreso de la ciencia y tecnología en pocos años y en la que es preciso respetar la justicia en cuanto al acceso igualitario a los servicios y recursos sanitarios limitados.

La **guía de formación de la especialidad**, aunque sin denominarlas así explícitamente, recoge de alguna manera estas razones que hemos enumerado, dentro de los motivos que justifican la remodelación reciente del programa de la especialidad: “En los últimos 30 años se han producido en todo el mundo desarrollado notables cambios en la organización sanitaria. Los hospitales se han enriquecido con los avances tecnológicos y con la consolidación de las especialidades médicas y la atención a nuevas enfermedades. El internista, hoy día, no abarca con profundidad todos los conocimientos y técnicas de que la medicina dispone, por lo que ha aprendido a trabajar en equipo, para ofertar a sus pacientes la mejor atención integral posible, conservando una visión global del enfermo y siendo capaz de mantenerse como referente ante enfermedades específicas y esforzarse por ofrecer nuevos servicios que la sociedad solicite”.

La misma guía introduce también estos factores en su reflexión sobre el futuro, ya presente, en que se va a mover la especialidad: “Es previsible que la atención sanitaria del siglo XXI se mueva en escenarios cambiantes y complejos determinados, en gran medida, por la demanda creciente de más y mejores servicios, los cambios en la relación médico-paciente, el desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías, los nuevos criterios de atención hospitalaria, las restricciones presupuestarias y los recursos limitados que seguirán obligando a una adecuada utilización de

los mismos y la adopción de mecanismos de gestión en los centros sanitarios. La asistencia sanitaria será de mayor calidad, más segura, costo-eficiente y con un alto nivel de exigencia ética”.

Por tanto, como dice Albert R. Jonsen, “el renacimiento actual del interés por la ética médica no fue estimulado por una epidemia de inmoralidad entre los médicos. Tampoco tiene su origen en el desacuerdo sobre los principios generales de la ética médica. Más bien se ha generado por la conciencia creciente por parte de los médicos y los ciudadanos de que esos principios generales suelen ser inadecuados para enfrentarse a las nuevas situaciones”.

## **2. Participación del internista en el origen de la bioética.**

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 participar más o menos activamente en la reflexión sobre estos conflictos y en la búsqueda de soluciones o cursos de acción que disminuyeran los problemas de los pacientes y del sistema sanitario. Me estoy refiriendo a áreas como la geriatría (surgen más problemas éticos de 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, la presencia mayor en los servicios de urgencias, con necesidad de enfrentarse tanto a problemas de enfermos críticos como organización de estos servicios....

Revistas científicas que han estado en el centro de la formación continuada del internista han recogido reflexiones sometidas a metodología de análisis ético que han permitido iluminar y argumentar posibles vías de solución a conflictos, especialmente en el ámbito del final de la vida. Un ejemplo puede ser la literatura generada por el paliativista T. Quill en torno al suicidio asistido y formas de acortamiento del proceso de muerte éticamente admisibles en *New England Journal of Medicine* y *Annals of Internal Medicine*.

### **3. El internista y los principios de la bioética**

Los principios de la bioética pueden servir de guía para reflexionar sobre la aportación del internista a algunos problemas bioéticos en que se mueve nuestro sistema sanitario.

#### Principio de no maleficencia

- La compartimentación de la atención al paciente, la disgregación de su pluripatología en búsqueda de respuestas en especialidades diferentes, suele ser generadora de reiteración de pruebas diagnósticas y polimedicación, muchas veces sin adecuada evaluación de las interacciones potenciales entre tratamientos aconsejados por uno y otro especialista. La atención integral, o al menos la función coordinadora de esta atención por parte del internista, puede evitar multiplicación de consulta de especialidades o, al menos, coordinar indicaciones dadas por otros especialistas, facilitando la preservación en el sistema del principio de no maleficencia. La introducción a la guía de formación de la especialidad así lo recoge “El papel del internista como garante de la atención integral en el entorno hospitalario es decisivo para favorecer una atención sanitaria centrada en las necesidades globales de la persona. Con ello se evita el riesgo de atomizar la medicina no haciendo de la tecnología el eje exclusivo de la atención hospitalaria”.

- La sensibilidad hacia la preservación de la intimidad de los pacientes en un mundo sanitario con gran intercambio de informaciones sensibles, últimamente informatizadas.

- En el principio de no maleficencia está incluida la adecuada formación continuada del profesional, el mantenimiento de su actualización técnico-científica para ofertar lo indicado de forma actualizada. Aunque esto es inherente a cualquier especialidad, la medicina interna ha hecho un esfuerzo especial por formar a los nuevos especialistas en métodos facilitadores de esa actualización continua: lectura crítica de la bibliografía científica, aplicación a la medicina basada en la evidencia, metodología de investigación.

- Por otro lado el internista ocupa también un lugar central en los procesos formativos de pregrado y postgrado que se llevan a cabo en los

hospitales, debiendo también tener presente la importancia de la formación en actitudes éticas con su ejemplo, como la prevención y búsqueda de respuestas de los problemas éticos que se dan en los procesos de aprendizaje.

- El internista ocupa un papel central en el medio sanitario más tecnificado, el hospital. En este medio debe ser capaz de trabajar para que la tecnología esté siempre al servicio de enfermos y profesionales y no al contrario. Su formación y visión integral del paciente debe permitirle reflexionar con otros profesionales las decisiones de no instauración o retirada de medidas terapéuticas (o métodos diagnósticos), dentro del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico, para evitar conductas desproporcionadas y “encarnizamiento terapéutico”, conductas que agraden el principio de no maleficencia.

El tema que oficialmente preocupa más en nuestra sociedad en relación con las enfermedades irreversibles o terminales es, en este momento, el de la eutanasia. En cambio, se da una situación mucho más frecuente y que es motivo de sufrimiento innecesario para el paciente. Es la llamada “distanasia”, situación contraria a la eutanasia y consistente en la aplicación no suficientemente justificada de tratamientos que empeoran la calidad de vida más aún que la propia enfermedad. No es extraño pues, que la distanasia sea una de las razones por las que se solicita la eutanasia. Se utiliza la palabra distanasia para indicar la utilización en el proceso de morir de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente. Términos como encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica tratan de definir este mismo hecho.

Los médicos tenemos la obligación de ser los primeros en detectar que no se deben continuar haciendo esfuerzos de tratamiento en estos enfermos y hacérselo ver a los familiares en caso de que éstos tengan una actitud de prolongación de esa vida con una esperanza inadecuada. Si esta discrepancia entre criterio médico y familias se produce debe darse tiempo a la comunicación, a la argumentación, para no crear mayor sufrimiento a la familia. En cualquier caso siempre se debe buscar el

momento más adecuado para la interrupción de estos tratamientos, una vez que la decisión está clara.

Tener claro que es aceptable moralmente no iniciar determinados tratamientos o retirar tratamientos que ya se han iniciado, tanto por su inutilidad técnica como por los deseos de los pacientes, es lo único que nos permitirá evitar ser rehenes de los avances científicos. En el campo del trabajo por la humanización del proceso de la muerte no siempre se debe (valoración moral) hacer todo lo que se puede (posibilidad técnica).

Cuando tratamos a pacientes en situación terminal es difícil decidir a partir de qué momento ciertos tratamientos resultan desproporcionados para no caer en una práctica maleficente como es el encarnizamiento terapéutico. Para dar respuesta a esta pregunta debemos analizar siempre una serie de cuestiones que incluyen: ¿cuál es el nivel o tipo de tratamiento del que estamos hablando?, ¿cuál es la situación biológica del paciente?, ¿cuáles son sus deseos?.

Antes de responder a la pregunta sobre cuáles son los deseos del paciente, el médico debe resolver otras dos cuestiones técnicas, como son valorar la competencia de ese paciente y proporcionarle una información adecuada. Es el paciente competente y correctamente informado el que debe decidir si un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico es ordinario o extraordinario para él y por tanto puede aceptarlo o rechazarlo. Es importante establecer un pronóstico correcto en el paciente terminal aunque resulte difícil. Lo proporcionado o desproporcionado de las decisiones diagnósticas y terapéuticas varía en el enfermo en el que esperamos una supervivencia de semanas a meses, con respecto a un enfermo preagónico (días a semanas), o a un enfermo agónico (horas o días).

La expresión “encarnizamiento u obstinación terapéutica” se aplica habitualmente a la prolongación innecesaria de los medios de soporte vital. Sin embargo podría aplicarse a otras situaciones, que aunque no sean terminales sí son irreversibles y en las que se emplean tratamientos para intentar revertirlas sin tener en cuenta la calidad de vida subjetiva.



Hay diferentes motivos que conducen a estas situaciones: el convencimiento de los profesionales o de las familias de que la vida biológica en sí misma es el máximo valor a preservar, tener más en cuenta aspectos científicos de la enfermedad que a la persona enferma, no reconocer adecuadamente el derecho del enfermo o sus representantes a rechazar tratamientos que le prolongue el proceso de muerte, la utilización inadecuada de los datos técnicos sobre el pronóstico, dando un valor desproporcionado al hecho de que en medicina raramente se puede hablar con certeza, etc. Las frases populares “mientras hay vida hay esperanza” o “hagan ustedes todo lo humanamente posible” engloban muchas de las justificaciones que aquí se han enumerado.

La introducción de nuevos fármacos con esperanzas de beneficio en situaciones crónicas y evolucionadas, y sobre todo en enfermedades oncológicas que ya han sido resistentes a otros tratamientos, conduce a veces a prolongaciones de situaciones de sufrimiento que nadie se atreve a parar.

Conocer y hacernos conscientes de todos estos factores implicados puede ayudar a que los detectemos y favorezcamos la mejor muerte de estos pacientes, sin necesidad de intervenciones directas, sino sólo dejando que su enfermedad siga su curso, mientras les atendemos y aliviamos.

Por tanto el campo de las decisiones que evitan el encarnizamiento terapéutico es especialmente cercano al internista en el hospital, sobre todo en las decisiones vinculadas a enfermos en contacto con intensivistas, oncólogos, etc. Todo este campo está completamente acorde con asumir como objetivos de la medicina de nuestro tiempo no sólo el mejorar la salud de los pacientes sino conseguir el alivio del dolor y sufrimiento o el acompañamiento en su muerte, como bien recoge la reflexión del Hastings Center de 1996 sobre nuevas prioridades entre los fines de la medicina.

Como veremos al hablar del principio de autonomía la instauración de las instrucciones previas, en las que el internista puede tener también

un papel central, puede reducir estos problemas de tratamientos desproporcionados.

### **3.1. Principio de justicia**

Tanto en la medicina pública, principalmente, como en la privada, el adecuado planteamiento de la actividad del internista en el sistema, debe ser un buen aliado para los gestores, y en definitiva para la sociedad, para una mejor distribución de los recursos sanitarios limitados.

- La compartimentación de la atención de la persona enferma, del enfermo pluripatológico, es generadora no sólo de potenciales interacciones farmacológicas, sino de aumento de gasto por multiplicación de pruebas diagnósticas, polifarmacia, atención sanitaria a los efectos secundarios de la polifarmacia, etc. Pero además la compartimentación y la multiplicación de consultas de especialidades diferentes es generadora de alteraciones del principio de justicia al aumentar las listas de espera de los distintos especialistas.

- El consumo inadecuado de recursos en el contexto de realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos “desproporcionados”, ya definido al hablar del principio de no-maleficencia, atenta también contra el principio de justicia.

- El trabajo de recuperación de la confianza en el médico, mediante la potenciación de la atención integradora, debe redundar también en una disminución de utilización de recursos vinculados a la denominada “medicina defensiva”.

- La necesidad de la formación del médico en conocimientos de gestión clínica y la perfección de la necesidad de que los nuevos especialistas internistas perciban su papel como gestores clínicos, como responsables del gasto sanitario, ha estado presente desde hace años en la formación de los nuevos internistas.

### **3.2. Principios de autonomía y beneficencia:**

En el campo de la bioética actual no podemos hablar de forma separada de estos dos principios. Buscar el mayor beneficio del enfermo

significa no sólo ofrecer los tratamientos adecuados desde un punto de vista técnico, de acuerdo con la evidencia científica, sino favorecer y respetar el proceso de decisión del enfermo de acuerdo a sus propios valores.

Como decía al inicio, estos principios están vinculados a la que probablemente sea la razón principal del nacimiento de la bioética como disciplina: el cambio en las relaciones sanitarias, con la potenciación del papel del paciente como protagonista.

- Consentimiento informado. El consentimiento informado no es más que la forma de llevar a cabo este tipo de relación que preserve la autonomía de la persona en el mundo de la salud, facilitándole la toma de decisiones según sus valores. Con el único límite de no poder elegir lo contraindicado, el médico está obligado a facilitarle la elección en materia de salud, entre las opciones posibles, entre las que siempre debe estar el no hacer nada, con conocimiento de la potencial evolución según lo elegido. Siendo esta una obligación ética desde hace años, en nuestro país ha quedado recogida como obligación legal a partir de la Ley básica de autonomía de los pacientes.

Este proceso se ha llevado a cabo en los distintos sistemas sanitarios, también en el nuestro, según varios modelos, que desde el punto de vista ético y del tipo de relación interpersonal que suponen son muy diferentes:

- Modelo paternalista clásico.

- Modelo informativo. El médico da información como experto, separándose y dejando que el paciente sólo decida entre las distintas alternativas.

- Modelo interpretativo. Además de informar intenta acercarse a los valores más importantes del paciente, aconsejándole.

- Modelo deliberativo. Añade al intento de conocer los valores del paciente un cierto grado de persuasión en la elección de la mejor opción según esos valores, acercándose a un papel de amigo o maestro.

Algunos resumen en dos estos cuatro modelos: un modelo puntual, centrado en conseguir la aprobación y/o firma del procedimiento por

parte del paciente, y otro modelo, procesual, enriquecedor de la relación y que busca la excelencia, en que la firma, si necesaria, es algo complementario (un registro de que el proceso se ha realizado, pero sin sustituir a éste).

El internista por su formación y tradición, al menos en nuestro contexto mediterráneo, debe ser potenciador de este modelo centrado en el proceso, que englobaría tanto al interpretativo como al deliberativo. Caminar hacia estos modelos o consolidarlos requiere: entender que es distinto informar que comunicar, por tanto hacer presente en la función del internista el desarrollo de esta faceta de mejorar la capacidad y habilidad de comunicación.

- Debemos como internistas seguir trabajando la ruptura con el mito de que la evaluación de la capacidad es cosa de los psiquiatras, mejorando nuestra formación y puesta al día en herramientas que mejoren nuestra evaluación de la capacidad de los pacientes al pie de la cama o en la consulta. Una reciente revisión que ponía en evidencia los déficit que tenemos los médicos en este campo y la necesidad de subsanarlos, aparecía recientemente en una publicación tan ligada a la formación continuada del internista como es el *New England Journal of Medicine*.

- Una buena historia clínica es el centro del consentimiento informado. El internista es un especialista formado específicamente en la excelencia de la historia clínica como herramienta de búsqueda de respuestas a los problemas de los enfermos. Una buena comunicación con el paciente, el asentamiento de la confianza en la relación, esenciales para un mejor desarrollo del proceso de consentimiento informado, deben comenzar por esta historia clínica.

- El internista como “coordinador” de las informaciones sanitarias del paciente. Sin pretender que el internista deba suplir el proceso de información que deben llevar a cabo otros especialistas que atienden al paciente, sí puede ejercer una función de complemento y aclaración de informaciones no bien integradas que sea facilitadora para la toma de decisiones de los pacientes. Debemos recordar además que en cuanto a los procesos de consentimiento informado “puntuales”, como por

ejemplo para pruebas diagnósticas invasivas realizadas por otros especialistas, la obligación del consentimiento informado no la tiene sólo el que va a realizar la técnica sino el que la indica.

- Debe ser facilitador de una cultura hospitalaria que permita la mejora del consentimiento informado como proceso, evitando que únicamente sea un “consentimiento firmado” y en contribuir a recordar a las administraciones que la obligación legal de hacer este proceso debe incluir tiempos para la información, dentro de los contemplados para la atención sanitaria.

- Instrucciones previas o testamentos vitales. Su desarrollo también ha quedado consolidado como derecho de los pacientes por la Ley Básica de Autonomía. Las instrucciones previas no son más que una manifestación del proceso de consentimiento informado cuando el paciente ya no es capaz de decidir. Su objetivo es preservar la autonomía de los pacientes en esos momentos, facilitando que los médicos sepamos lo que el paciente hubiera deseado en una situación como ésta en la que él no puede expresarlo ya.

Internistas y médicos de familia deben tener un papel protagonista en el desarrollo de las instrucciones previas en nuestro sistema sanitario o, mejor dicho, como ahora veremos, en el **proceso de planificación anticipada de las decisiones**.

El internista tiene contacto, muchas veces continuado, con muchos enfermos crónicos o con enfermedades degenerativas o progresivas, en que son predecibles algunos de los problemas que se van a plantear en su evolución.

Por ello este apartado se dedica especialmente a llamar la atención sobre lo que denomino “oportunidades perdidas” en nuestra sociedad y especialmente en nuestro sistema sanitario.

No voy a negar que desde la “salud”, desde una situación psicofísica que nos sitúa lejos de la discapacidad personal, se hace difícil decidir como querríamos que fuera nuestra respuesta ante situaciones concretas: como con la necesidad de respiración artificial o nutrición por sonda, deterioro mental severo, dependencia física completa, etc.

No pretendo afirmar que el que las personas “sanas” hablemos de nuestros deseos al final de la vida y elaboremos documentos de instrucciones previas sea un terreno que no se pueda trabajar. Pero hay otro terreno al que sí es más prioritario que dediquemos esfuerzos. Me estoy refiriendo al de las personas con enfermedades crónicas, enfermedades degenerativas, progresivas (especialmente neurodegenerativas) y enfermos oncológicos. La enfermedad obstructiva crónica evolucionada y la enfermedad de Alzheimer pueden ser ejemplos de los dos primeros grupos.

Cualquiera de las enfermedades mencionadas, y otras muchas en cada uno de los tres grupos, condicionan que las personas afectadas tengan contactos reiterados, y a veces muy prolongados, con el sistema sanitario. La relación con sus médicos de atención primaria y especialistas, especialmente internistas, es una oportunidad inmejorable para ir hablando de sus deseos en caso de producirse situaciones futuras. Estas situaciones ya no serán teóricas ni inespecíficas o genéricas, como lo podría ser la firma del documento de instrucciones previas por una persona sana, sino que son definibles a veces con muchos detalles. Es la descripción de estas situaciones concretas la que da mucho más valor a la voluntad de estas personas.

Las competencias del internista deben incluir la capacidad de informar, comunicar y facilitar la planificación anticipada de las decisiones en estos grupos de pacientes.

#### **4. El internista y los comités de ética asistencial**

Las inquietudes del internista ante la aparición de los problemas éticos, han conllevado que entre los profesionales que se han ido formando regladamente en bioética (masters, expertos universitarios, etc.) haya muchos internistas. Ellos han estado también presentes en el desarrollo de uno de los medios de los que dispone nuestro sistema sanitario como herramienta de ayuda para dar respuesta a estos problemas como son los comités de ética asistencial.

Los Comités de Ética Asistencial surgen en un mundo sanitario en que hay:

- toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, a pesar del importante desarrollo tecnológico
- con participación de más protagonistas (no sólo médico-paciente): profesionales sanitarios, pacientes, familias y allegados y el resto de la sociedad
- en una sociedad plural
- con recursos limitados

Son comisiones consultivas e interdisciplinares, al servicio de los profesionales y usuarios de las instituciones sanitarias, creadas para asesorar en la resolución de los conflictos de valores que se producen a consecuencia de la labor asistencial y cuyo objetivo es mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Sus funciones son:

- Asesorar en conflictos de valores
- Educar en el respeto a valores y derechos humanos en el mundo sanitario
- Elaborar Informes sobre los casos consultados
- Elaborar guías o protocolos de actuación para situaciones conflictivas que se repiten

**Como resumen y conclusión** indicar que la bioética, y dentro de ella la ética clínica, puede entenderse como un saber práctico que nos proporciona ayuda para resolver los problemas clínicos de los pacientes, siendo un medio de humanización sanitaria que potencia la atención global e integral a la persona enferma, que es el núcleo del trabajo de la Medicina Interna.

## **Bibliografía**

Orden SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. BOE de 7 de febrero de 2007.

- Lo B. Aspectos éticos de la medicina clínica. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al. edit. Harrison. Principios de medicina interna. Vol I. 14 ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U. 1998:
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics, 4 ed. New Cork: McGraw-Hill, 1998.
- Gracia D. Ética Médica. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. Vol I. 3ª ed. Barcelona: Doyma 1995:33-39.
- Jonsen A. La ética en la práctica de la medicina interna. En: Couceiro A. edit. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999:223-232.
- Garrido JA. Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. An Med Interna (Madrid) 2006;23:493-502.
- Garrido Sanjuán JA. Acortar la muerte sin acortar la vida. Madrid: PPC; 2006.
- Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela; 2004.
- Sans Sabrafen L, Abel Fabre F, redactores. Obstinación terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, 28 de junio de 2005. Disponible en [http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/obstinacion\\_terapeutica.pdf](http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/obstinacion_terapeutica.pdf) visitada el 9 de diciembre de 2007.
- Hastings Center, 1996. Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols, n.º 11. Barcelona; 2004. En:<http://www.fundaciongrifols.org/esp/publicaciones/cuadernos.aspx?id=36>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002.