

LA UTILIDAD NO BASTA. LA INTEGRACIÓN VALORATIVA Y EL ANÁLISIS DE LOS MEDIOS EN SALUD

Lenin de Janon Quevedo

Contacto: Idjanonquevedo@uca.edu.ar

- Magister en Ética Biomédica. Médico especialista en Medicina Crítica. Profesor de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas (UCA). Director de la carrera de Medicina (UCA). Médico de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital "F. Santojanni"-CABA. Presidente del Comité de Bioética del Hospital "F. Santojanni". Miembro del Instituto de Bioética de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.

Desde hace algunas décadas la idea de salud gira en torno a la unidad tetradimensional (bio-psico-socio-espiritual) que es la persona y reconoce su condicionamiento por el estilo de vida, la biología, el medio ambiente y el sistema sanitario. Esta idea convive en aparente armonía con conceptos más abarcadores como el *wellness* o filosofías de vida como las que sustentan la medicina complementaria o la etnobotánica. Han pasado casi veinte años desde que apareciera el concepto de *One Health*, o *Una Sola Salud*, como una interpretación innovadora de salud. Su idea central yace sobre la lógica superposición e interacción de la salud humana con la salud animal y la del medio ambiente, por lo que promueve abordajes holísticos, integradores e interdisciplinarios y el trabajo mancomunado entre especialistas de proveniencias diferentes.

La idea de *Una Sola Salud* ya se esgrimía en la medicina hipocrática. Recordemos que la teoría de los humores explicaba que la salud era el equilibrio entre factores ambientales (viento, temperatura, agua, suelo y alimentos) y los hábitos individuales (dieta, alcohol, conducta sexual, trabajo y ocio), y que el equilibrio de los cuatro humores dependía directamente del balance entre la persona y el medio físico que la rodeaba. (1) Los médicos árabes medievales llegaron a describir los mecanismos de transformación de los humores y su relación con la localización geográfica, genialmente utilizada para la construcción de esa gran creación de la medicina islámica que fue el hospital o *bimaristan*. (2)

La pandemia de COVID-19 pareció catalizar la comprensión de *Una Sola Salud*. Como pocas veces antes, la gente comenzó a interesarse por conceptos hasta entonces exclusivos de especialistas, como el *spillover* o desbordamiento de especies que pasan a poblar otros hábitats y generan consecuencias imprevistas. Sin embargo, habiendo transcurrido los momentos más trágicos de la epidemia, el concepto de *Una Sola Salud* continúa siendo poco conocido entre los múltiples actores que cuidan de la salud humana.

Vale preguntarse ¿por qué permanece desconocido un concepto como *Una Sola Salud* que apela a una comprensión más abarcadora de la salud y propone abordajes integrados e interdisciplinarios para nada contradictorios con la idea de salud prevalente? La respuesta es sencilla: existen múltiples barreras que obstaculizan su implementación y entre las más importantes están aquellas relacionadas con la manera en que se educa a los médicos.

La mentalidad de la educación médica, la orientación al cuidado de la enfermedad, el sesgo hacia la atención clínica, la hiperespecialización y fragmentación del campo profesional, y la falta de integración con saberes no biomédicos son consideradas barreras que entorpecen la aplicación de abordajes

holísticos y multi e interdisciplinarios, como los promovidos por Una Sola Salud, y consiguientemente dificultan reconocer la transformación constante de la vida humana y su coexistencia e interdependencia del resto de formas de vida no humana que la rodean. (3) (4)

Puesto que uno de los objetivos de la medicina es conservar y promover la salud, es compromiso de la educación médica fomentar los abordajes holísticos e integrados que surgen de la propia naturaleza multifactorial de la salud. Desconocer esa naturaleza ahondaría más cierto simplismo biologicista que cada día amenaza a la medicina moderna en convertirla totalmente en una "reducción tecnocrática". (5)

Pero, a mi entender, los análisis integrados y abordajes interdisciplinarios difícilmente sean beneficiados mientras los médicos sigamos seleccionando los medios de manera muy parcializada, como suele ser la elección conforme a los criterios de eficacia o de utilidad. En mi opinión, en medicina no basta con que un medio sea útil, sino que tiene que ser bueno. Y para ello, cualquier toma de decisión médica debe incorporar aspectos axiológicos (éticos) en un contexto de juicio prudencial cuyo objetivo final sea buscar la proporcionalidad.

A continuación, explicaré brevemente este supuesto.

LA EFICACIA Y UTILIDAD

Los tiempos modernos parieron el método científico que significó un punto de inflexión para la investigación y práctica de la medicina. En filosofía de la ciencia, esos tiempos se conocen como el periodo "clásico" (siglo XVII – fines del XIX) y se caracterizó por considerar que el conocimiento científico era absolutamente veraz, que la realidad expresada fundamentalmente en términos matemáticos se reproducía a través de la experimentación y que el conocimiento obtenido no se relacionaba con los instrumentos utilizados para obtenerlo. Le siguió el periodo "no-clásico" (fines del siglo XIX – segunda mitad del XX) que reconocía una veracidad relativa, admitiendo diferentes abordajes para explicar un mismo evento, usando un idioma más complejo, pero matemático al fin, y rechazando a la visibilidad como criterio de veracidad. (6)

En la práctica médica, el criterio imperante de selección de los medios (insumos, fármacos, métodos de diagnóstico o procedimientos) ha sido el análisis de su eficacia y utilidad. En los setenta, Cochrane señaló a la eficacia, efectividad y eficiencia como criterios para las intervenciones en salud. (7) Las diferencias

conceptuales radicaban en el predominio de efectos positivos sobre los negativos, la manipulación del contexto y el gasto de recursos. Para los noventa, Schneiderman y col. diferenciaron efecto de beneficio y profundizaron en la noción de futilidad entendiéndola como el esfuerzo cuyo resultado es posible, pero el razonamiento o la experiencia sugieren que es altamente improbable e irreproducible de manera sistémica. Estos autores reconocían una futilidad cuantitativa, o estadística, y otra cualitativa valorada por el médico en base a índices funcionales de calidad de vida. (8) En los dos mil Burns & Troug propusieron que la futilidad era una idea en evolución y describieron etapas posteriores a la de Schneiderman donde se escuchaba la idea de futilidad del paciente, pero eran los médicos o institución asistencial quienes terminaban decidiendo; y una etapa más contemporánea caracterizada por negociaciones entre médicos y pacientes para la prevención de conflictos. Los autores ven al diálogo como un neutralizador de intereses, en caso de que los médicos deban tolerar —no sin estrés—prácticas fútiles, pero solicitadas por los pacientes. (9)

Los análisis basados en la eficacia o utilidad confieren al médico el rol central en la decisión de lo beneficioso o lo inútil para el paciente. Si los describiéramos en términos históricos de la metodología científica, podríamos decir que esos análisis parecieran transitar entre el periodo clásico y el no-clásico, donde la palabra del médico adquiere dimensiones de verdad absoluta y predominan las expresiones matemáticas (estadística e índices) dentro de un análisis aparentemente desprovisto de subjetividad. En los hechos, el abordaje centrado en el médico que durante años han sido —y continúa siendo— el estándar de decisión no incorpora la valoración del paciente como partícipe de las decisiones y al considerar exclusivamente elementos que el profesional entiende como pertinentes, expone decisiones trascendentes al riesgo de la parcialidad. Tal vez por esa razón se ha llegado a advertir que un estándar de beneficio como el del “mejor interés”, debe protegerse de la subjetividad, preferencias individuales, creencias o prejuicios de los médicos. (10)

LA PROPORCIONALIDAD

A finales del siglo XX e inicios del XXI aparece la metodología científica “post no-clásica” caracterizada por investigar de manera compuesta, interdisciplinaria y orientada en el problema. La metodología incluye una reconstrucción histórica del objeto científico y la incorporación de saberes humanísticos y aspectos axiológicos. (6)

Ya en los dos mil, Calipari describió el abordaje de la proporcionalidad terapéutica basándose en la doctrina de los medios ordinarios y extraordinarios de conservación de la vida y en el presupuesto de que la vida física es un bien primario y fundamental —pero no absoluto— que se conserva de forma dinámica. De ahí que la salud tampoco sea absoluta, sino un bien derivado y compuesto por un conjunto de condiciones que van cambiando durante la historia personal. En virtud de que estos bienes no son absolutos, a nadie se le podría imponer conservar su vida a través de medios extraordinarios¹ y más bien debiera existir una determinada proporción para el uso de estos, de ahí que los medios de carácter extraordinario sean considerados de uso facultativo. Por su parte, los medios (medicinas, tratamientos o procedimientos) que generan en el paciente una esperanza razonable de beneficio son llamados ordinarios y su uso se torna obligatorio. El autor concibe como dinámico a un proceso valorativo secuencial que incluye una primera etapa objetiva estrictamente profesional (proporcionalidad), seguida de una subjetiva o del paciente (ordinariedad) y una tercera que combina las conclusiones de las dos anteriores generando cuatro variantes posibles de medios (o recursos) que son: los proporcionados y ordinarios, que se convierten en obligatorios; los proporcionados y extraordinarios, que son facultativos; los desproporcionados y ordinarios; y los desproporcionados y extraordinarios. Estas dos últimas variantes son moralmente ilícitas por cuanto es irresponsable ofrecer medios sin probabilidad de beneficio o con posibilidad de daño. (11) (12) (13)

El abordaje de la proporcionalidad toma en consideración a la eficacia y eficiencia de los medios y los complementa con aspectos éticos como: la disponibilidad (principio de universalidad), previsibilidad (principio de doble efecto o voluntario indirecto), la capacidad de planificación (justicia distributiva) y excelencia entre todos los medios posibles analizados (accesibilidad). La proporcionalidad considera al paciente —o ante su imposibilidad a la familia, subrogante y en ocasiones comunidad— como partícipe necesario del proceso analítico que, a través de un diálogo deliberativo con el médico y resto del equipo de salud, van atravesando las etapas y tomando decisiones de manera compartida. La deliberación moral para la toma compartida de decisiones no solo favorece los análisis abarcadores, holísticos, complejos e integrados, sino que pone al descubierto la falacia de la esterilidad ética del profesional ante las decisiones del paciente. (14) (15) (16)

1 Aquellos que, según el criterio del paciente, sean física o moralmente imposibles debido a razones como esfuerzo o gastos excesivos, dolor insoportable, miedo intenso o repugnancia extrema.

En resumen, el abordaje de la proporcionalidad terapéutica sintetiza, dentro de un contexto biológico y biográfico, objetividad médica y subjetividad del paciente analizadas sobre valores técnicos y éticos con el objetivo de custodiar la fragilidad de la vida de la persona; o dicho con los postulados de *Una Sola Salud*, la vulnerabilidad, variabilidad y susceptibilidad de la vida humana.

CONCLUSIONES

Los abordajes integrados, holísticos e interdisciplinarios son postulados por *Una Sola Salud*, pero poco contemplados por la educación médica, constituyendo una barrera importante para la implementación del concepto. Se formula que la integración difícilmente sea fomentada mientras los medios terapéuticos continúen eligiéndose sobre los criterios exclusivos de eficacia y utilidad donde el médico juega el rol central. Se propone que los análisis que incorporan elementos valorativos axiológicos, como el abordaje de la proporcionalidad terapéutica, promueven la integración multi e interdisciplinaria de los saberes al combinar la objetividad del médico con la subjetividad del paciente en un marco biológico, biográfico y de reconocimiento de la agencia moral de diferentes actores que a través del diálogo van compartiendo la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tountas Y. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International*. 2009; 24 (2): 185–192. doi:10.1093/heapro/dap006.
2. Koetschet P. Surgery. En: Pormann P (ed). *1001 Cures: Contributions in Medicine & Healthcare from Muslim Civilisation*. UK: Foundation for Science, Technology and Civilisation; 2018.
3. AVMA [American Veterinary Medical Association]. *One Health: A New Professional Imperative*. 2008.
4. Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, Boissier J, Darriet F, Duboz P et al. The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. *Frontiers in Veterinary Science*. 2018; 5 (14). doi: 10.3389/fvets.2018.00014.
5. Lolas F. Salud universal (One Health) y ética. Desafíos para la mentalidad bioética. *Acta Bioethica*. 2022; 28 (2): 181–182.

6. Brizgalina E. La cuestión del estatus de la bioética contemporánea. *Vida y Ética*. 2013; 14 (1): 77–87.
7. Cochrane A. *Effectiveness and efficiency: random reflection on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972.
8. Schneiderman L, Jecker N, Jonsen A. Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Annals of Internal Medicine*. 1990; 112: 949–954.
9. Burns J, Truog R. Futility: A Concept in Evolution. *Chest*. 2007; 132 (6): 1987–1993.
10. González-Melado F, Di Pietro M. The Therapeutic Proportionality Standard: A New Content for the Best Interests Standard. *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(101): 19–42.
11. Calipari M. The principle of proportionality in therapy: Foundations and applications criteria. *Neuro Rehabilitation*. 2004; 19: 391–397.
12. Calipari M. *Curarse y hacerse curar: Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico. Ética del uso de los medios terapéuticos y de soporte vital*. Buenos Aires: EDUCA. 2007.
13. Calipari, M. El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente. *Vida y Ética*. 2008; 9 (2): 163–174.
14. Baldt B. The influence of values in shared (medical) decision-making. *Ethik in der Medizin*. 2020; 32: 37–47.
15. Lim M. Influence of Physician Bias on End-of-life Care. *Virtual Mentor*. 2003; 5 (1). doi: 10.1001/virtualmentor.2003.5.1.jdsc1-0301.
16. Wynia MK. Professional Civil Disobedience — Medical-Society Responsibilities after Dobbs. *New England Journal of Medicine*. 2022; 387 (11): 959–961. doi: 10.1056/NEJMp2210192.