

# UD1: Origen y desarrollo de la Bioética

## Objetivos generales

- Repasar la breve historia de los orígenes y el desarrollo de la bioética
- Comprender su carácter de ética aplicada

## Objetivos específicos

- Indagar sobre el carácter lógico e histórico de la bioética y los principales acontecimientos del siglo XX implicados en su origen
- Reconocer los fines de la Medicina
- Identificar las características básicas de la bioética

Índice	
<b>UD1: Origen y desarrollo de la Bioética.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Desarrollo histórico de la bioética.....</b>	<b>3</b>
2.1 La bioética en España.....	4
2.2 Por qué surge la bioética.....	5
<b>3. Los nuevos fines de la medicina.....</b>	<b>8</b>
3.1 La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud. ....	9
3.2 El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males. ....	10
3.3 La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.....	10
3.4 La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.....	11
<b>4. La bioética en la Sanidad.....</b>	<b>12</b>
4.1 De la deontología médica a la Bioética Sanitaria.....	12
4.2 ¿Qué es la bioética?.....	13
4.3 Características básicas de la bioética actual.....	14
4.4 ¿De qué trata la bioética?.....	15
<b>5. Un modelo comprensivo de la situación actual.....</b>	<b>16</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>18</b>
<b>7. AUTOEVALUACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>8. ACTIVIDADES.....</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La bioética y los problemas éticos en la clínica suelen introducirse siguiendo el hilo conductor del tiempo y de los acontecimientos y también mirando hacia la filosofía, aun sin ser expertos en ella, porque hay muchos elementos de ese saber que pueden ayudar a comprenderlos mejor.

¿A qué se refiere ese *hilo conductor*? En los textos de bioética es habitual encontrar que la introducción al tema se inicia con un relato sobre el nacimiento y desarrollo de la misma. Esta es una manera habitual, casi canónica de presentar conocimientos. La pregunta es: ¿por qué se cuenta siempre cómo nació y se desarrolló un concepto, un proyecto o una persona ilustre?

**El poder de las narraciones.** Toda persona aprende mucho de las historias y de los cuentos, quizás más que de las lecciones teóricas. El aprendizaje en Medicina se apoya en el estudio de los casos clínicos pero también en la lectura de novelas o visión de películas. En todas las culturas se hace evidente la fuerza de los relatos. Contar “lo que pasó” ayuda a entender y recordar. La narración es una estructura para la inteligibilidad, es decir para hacer comprensibles y dar sentido a los acontecimientos.

**La crisis de la razón y la dimensión histórica.** Durante mucho tiempo se consideró que la razón era el instrumento humano específico y ajustador, capaz de penetrar la realidad y conocerla tal como era. Se pensaba que existía una adecuación entre lo que la realidad es y la razón humana puede conocer. Sin embargo, a partir del s. XIX apareció lo que se denominó la “crisis de la razón”, según la cual la razón no puede aprehender la realidad en su totalidad y todas las creaciones y conclusiones de la razón son siempre inacabadas, aproximativas y, por lo tanto, revisables. La limitación de la razón se hace evidente y por tanto la razón es lógica pero también histórica.

Para apreciar esta dimensión histórica de la razón tuvieron que fracasar grandes construcciones de la mente humana como la ley natural o la razón omnicomprendiva o la moral de código único. La ciencia no fue ajena a estos fracasos (4).

Si se pudieran resolver todos los problemas con la lógica, la dimensión histórica no tendría sentido. Por ejemplo el problema de la eutanasia ha existido siempre en la larga trayectoria de la humanidad: en la prehistoria cuando en una partida de caza un ser humano se encontró cerca de otro herido y doliente que le suplicó alivio, en la Edad Media en los campos de batalla, en el renacimiento ante enfermedades mortales dolorosas y largas, en toda época y lugar. Si la solución viniese de la mano de una clarividente razón lógica hubiese sido la misma en toda época. Sin embargo no es así: las circunstancias, el hilo del tiempo y de los acontecimientos hacen que la eutanasia se plantee hoy como un problema ético lógico e histórico, diferente seguro que el planteado en siglos anteriores o se plantearán generaciones futuras. Pero de lo que se haga hoy se alimenta el futuro.

Pensar históricamente hace al ser humano más comprensivo, más razonable y, por lo tanto, mejor. Es demasiada carga para cada generación y cada persona, tener que volver a pensarlo todo como si nada hubiera acontecido antes. Los padres y madres, las profesoras y maestros, quienes practican todo tipo de trabajo y profesiones, con años de ejercicio a sus espaldas son la memoria viva, pero también hay memoria en los libros de ensayo y las novelas, las películas de ficción y documentales, en el arte, la arquitectura, etc. y, por supuesto, en los libros de Medicina, en las clases y prácticas que dan médicos, enfermeras y otros profesores, en los relatos de nuestros pacientes y en las historias clínicas. Pues bien, suele decirse que *lo que no se ha vivido es historia* y como la vida humana es corta y la humanidad antigua, es evidente que se necesita memoria y conocimientos que permitan desarrollar mejor las posibilidades de cada de vida. Incluyendo las dedicadas al ejercicio de la Medicina



Todo esto se cuenta para introducir con sentido lógico e histórico la breve historia de la bioética.

## 2. Desarrollo histórico de la bioética

A mediados del s. XX se suceden una serie de acontecimientos que, vistos con la perspectiva del tiempo, parecen abocar inevitablemente al desarrollo de una nueva disciplina, la bioética, cuya vertiente clínica ha tenido importantes repercusiones en la sanidad.

El primer aldabonazo brutal a la conciencia moral de Occidente fueron las teorías eugenésicas nacidas del conocimiento de la herencia, la reproducción, la zoología, la psiquiatría, etc. y de sus métodos de entonces. Fueron conocimientos que, siendo limitados es decir lógicos e históricos, se supusieron absolutos y se aplicaron como verdaderos. Ello trajo como consecuencia el genocidio y, entre otras cosas, los experimentos de los médicos nazis en los campos de concentración. Los acontecimientos políticos y sociales de la Europa de hace muy poco tiempo desembocaron en la II Guerra Mundial con el resultado de 60 millones de muertos.

Las atrocidades cometidas por médicos y enfermeras y reveladas en el juicio de Nuremberg supusieron la denominada *pérdida de la inocencia* de la Medicina y dieron lugar al primer código que regulaba la investigación en seres humanos, uno de los temas destacados desde entonces en la ética o bioética sanitaria.

A continuación se resumen algunos de los acontecimientos que se produjeron en el S. XX y tuvieron alguna repercusión en el desarrollo de la bioética (11):

- Redacción del [Código de Nüremberg](#) (Alemania, 1948) como conclusión de los procesos judiciales contra los médicos nazis. Será el primer protocolo de la historia sobre ética de la investigación en humanos. Insiste en el “**consentimiento voluntario** de los sujetos de experimentación”.
- El caso Salgo Tribunal Supremo (EEUU, 1957). Se utiliza el término **consentimiento informado** por primera vez para hablar del derecho de los pacientes a recibir información sobre los procedimientos médicos a los que van a someterse y decidir libre y voluntariamente si lo desean o no.
- A partir de los 60 y 70 todo se desencadena: catástrofe de la talidomina (1961), el caso Tuskegee (Macon. Alabama. New York Times 1972, el caso Karen Ann Quinlan (1976), el Informe Belmont 1978, La Carta de derechos de los pacientes de la Asociación America de Hospitales 1973, etc.
- En 1971 VR Potter utilizó el término bioética al reflexionar sobre la biología medioambiental. Un año después un experto en fisiología fetal pone en marcha el Kennedy Institute y ya en 1969 Callahan y otros habían empezado a promover uno de los centros más prestigiosos en bioética: el [Hastings Center](#).
- Se publica el [Informe Belmont](#) (1978), fruto del trabajo realizado por la National Commission por encargo del Congreso norteamericano para elaborar una guía acerca de los criterios éticos que debían guiar la investigación con seres humanos. Este documento es considerado la carta de identidad de esta nueva disciplina, los principios contenidos en ella se harán extensivos a toda la bioética.
- El momento de la eclosión de este movimiento se produce en los años 80: todos los temas se abordan, se buscan métodos, se expande los comités, las universidades han incorporado la disciplina, las editoriales médicas publican sobre bioética, las religiones se pronuncian sobre temas de bioética. Temas como el aborto, la reproducción asistida, la eutanasia, el suicidio asistido, la investigación en humanos, los cuidados paliativos, el abordaje del SIDA, el genoma, los trasplantes, etc. ocupan la atención y son motivo de debate. Y son tratados porque *hablar de ética es hablar de lo que puede ser de otra manera*.



## 2.1 La bioética en España

En España el desarrollo de la bioética sigue un camino diferente al del resto del mundo debido a su situación política particular.

Durante los años 70 su ciudadanía que vive el final de una dictadura y el inicio de una transición política hacia un sistema democrático. La Constitución de 1978 configurará una democracia liberal y un estado social de derecho. En aquellos tiempos de cambio no hay apenas espacio ni tiempo, pero tampoco hábito para el debate bioético, ni para el debate ético en general. Los aspectos problemáticos de la asistencia sanitaria y otros asuntos relacionados con la salud y la enfermedad o la vida y la muerte ocupan un lugar muy secundario en la escala de prioridades sociales.

Los 80 siguen siendo convulsos o al menos no se produce en el terreno de la bioética ningún avance significativo. Más bien hay un vacío que tiene sus raíces, de nuevo, en el hilo del tiempo y de los acontecimientos. Mientras, en Europa y Norteamérica la bioética se desarrolla de forma vertiginosa, en España se discute sobre otros asuntos. Sólo las cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción se someten a intensos debates y acciones prácticas de la mano de las mujeres y un pujante movimiento feminista. En el campo de la Medicina, sin embargo, los problemas éticos se dirimen en tres ámbitos que habían enraizado profundamente durante el franquismo: la deontología médica, el moralismo católico y el derecho (2).

- **La deontología médica** caracterizada por describir y prescribir una serie de principios y deberes que orientan la correcta actuación de los médicos. Aunque estas prescripciones fueron variando a lo largo de la historia, el criterio de beneficencia paternalista subyacente se mantuvo a lo largo de los siglos. Este principio consistía en que es el médico quien sabe lo que es bueno para el paciente y por tanto la relación con él se sustenta en el mandato-obediencia. La conformación de los códigos deontológicos en torno a este código único, de raíz naturalista, dejó pocas variaciones y con el tiempo a cada vez menos adhesiones. Si la deontología tuvo un papel en el hacer de los médicos, con cambios a menudo leves, siempre lentos y a remolque de la evolución social (como en la judicatura, la iglesia, el ejército y otras instituciones seculares), en el caso de España el peso del régimen político se hizo notar como plomo afectando también a los siguientes códigos deontológicos.
- **El moralismo católico** durante los años 70 y los previos actuó en una doble vertiente. De un lado el sector más retrógrado no dejó de poner límites a cualquier debate sobre los temas más complicados del principio y el final de la vida, de la capacidad humana para la libre decisión, etc. Por otra parte, fueron precisamente moralistas y filósofos católicos los que permitieron y promovieron, por los escasos resquicios que permitía el régimen, el conocimiento de lo que en el resto del mundo occidental se venía discutiendo sobre la vida, la libertad, la ciencia y el conocimiento.
- **El derecho** predominaba sobre el debate social imponiendo una moral y unas obligaciones de máximos plasmada en leyes. Cuestiones que atañían a los proyectos particulares de vida (el matrimonio, la orientación y el ejercicio de la sexualidad, la reproducción, el suicidio, el derecho de las mujeres a la propiedad etc.) durante el franquismo eran homogeneizadas en sus códigos civil y penal. Había que vivir conforme a esas normas o sufrir las consecuencias.

En los 80, tras la transición y en el desarrollo del Estado de Derecho se produce un desajuste grave, fruto de una inmadurez democrática. No hay discurso ético porque se considera que *“la ética es cosa de cada uno”* y sigue sin haber confianza en el derecho. Ambas cosas generan que el debate social sobre cuestiones en las que se debía opinar de forma plural y alcanzar criterios intersubjetivos no se produce o se hace sólo en sectores muy inquietos intelectual y socialmente. El derecho sigue siendo considerado una instancia prescriptora y juzgadora, pero no consecuencia del trabajo de los ciudadanos en generar sus propias normas



sino invirtiendo al legislador y al juez de un conocimiento y poder “naturales”. En definitiva no se podía argumentar racionalmente en ética porque todo se suponía subjetivo y privado y sólo la ley podía establecer reglas de convivencia y límites a los asuntos problemáticos. Pero de nuevo la realidad fue evidenciando que no había soluciones legislativas para todos los problemas.

Esto ocurre porque en una sociedad que se quiere democrática las leyes tienen que nacer de la propia sociedad, de su ciudadanía. Los mínimos éticos, que con frecuencia se convertirán en legislación, tienen su génesis en los proyectos de cada ciudadano sobre su propia idea de vida buena. La pluralidad supone el respeto a la libertad de elección a cada uno sobre lo que le atañe, requiere reglas que den cabida a todos sin que unos puedan limitar o imponer los proyectos a otros y necesita, por ello, que también se regule lo que a todos nos atañe. El sistema democrático es un continuo reinventar las formas de abarcar la pluralidad de proyectos dentro de la tensión, también continua, entre la libertad y la igualdad. Empezaba a comprenderse en los primeros años de la transición.

En los 90 los cambios institucionales y políticos se fueron asentando y se produjo un cambio radical en la situación de la bioética en España y una tardía confluencia con el resto de los países que ya estaban en esa senda.

## 2.2 Por qué surge la bioética

Clásicamente el surgimiento y desarrollo de la bioética se atribuye a tres razones o causas: los avances científico-técnicos, el cambio del modelo asistencial y el cambio en la relación médico-paciente. Los cambios fueron tan profundos que obligaron a preguntarse si las respuestas moralmente aceptables hasta el siglo XX seguían siendo válidas.

### ➔ Principales causas del surgimiento y desarrollo de la bioética

*Avances científico-técnicos: No Maleficencia*

*Cambio de la relación médico-paciente: Autonomía y Beneficencia*

*Cambio del modelo asistencial: Justicia*

### 2.2.1 Avance científico-técnico de la Medicina en el s XX

Durante la primera mitad del s. XX la Medicina experimentó un auténtico auge tecnológico que ampliaría la capacidad de intervenir sobre el ser humano:

- Progresos tecnológicos en la práctica de la **reanimación y soporte vital**, el tratamiento del dolor en los enfermos terminales, las nuevas terapias oncológicas, etc.
- Medicamentos como los **antibióticos**, los **psicofármacos**, los **inmunosupresores**, los **antisépticos**, los **antiálgicos y anestésicos** y las técnicas quirúrgicas que variaron radicalmente la práctica clínica.
- Técnicas de **transplantes de órganos**, con lo que han supuesto de mejora de calidad de vida de muchos pacientes, pero también de redefinición del concepto de muerte, de aumento del costo de la asistencia sanitaria, de polémica sobre las posibilidades de transexualidad, etc.
- Desarrollo de técnicas de **reproducción humana asistida**: la inseminación artificial, la donación de semen; la fecundación *in vitro* y la implantación de embriones; las técnicas de diagnóstico prenatal y el aborto eugenésico; la congelación de embriones “sobrantes”, etc.
- En los inicios del S XXI lejos de limitarse la complejidad se incrementa con las nuevas posibilidades tanto terapéuticas como eugenésicas y farmacológicas que brinda la **genética**.

Estos progresos tuvieron además importantes repercusiones éticas:





- **Cambios conceptuales.** El aumento de las posibilidades de actuación redefinió conceptos como salud y enfermedad, vida y muerte humanas, sexualidad o reproducción. Se plantean decisiones mucho más complejas y difíciles que antes sobre la salud y la propia asistencia sanitaria y surgen polémicas asociadas.
- **Replanteamientos sobre el deber.** Durante siglos se consideró que en Medicina se había de hacer lo que se sabía y se podía hacer: el saber y el poder. El gran desarrollo científico tecnológico y, sobre todo, sus consecuencias reales y las posibles, añadieron un nuevo elemento a la reflexión: el *deber*. Se trata de dilucidar continuamente si se debe hacer todo lo que se sabe y todo lo que se puede.
- **Cambio en las premisas de la relación.** La ampliación de las posibilidades (diagnósticas, pronósticas, terapéuticas o de cuidados) múltiples y eficaces obliga a los profesionales sanitarios a una continua actualización de los conocimientos pero también a ofrecerlas a los pacientes haciéndoles partícipes de las decisiones que se hacen más complejas. La relación clínica basada en la confianza en el saber del médico y la obediencia ciega, cambia radicalmente como se verá más adelante.

### 2.2.2 Cambio en la relación médico-paciente

En este relato sobre los orígenes de la bioética, se señala un elemento interesante y muy perturbador del modelo clásico: la reivindicación del derecho de las personas a desarrollar su propia idea de la vida buena, de felicidad (Aristóteles), de deber (Kant). El siglo XX conllevó la profundización en la idea madre de libertad y en su hija real la autonomía. La autonomía puede ser definida como un valor que implica poder ejercer el **derecho a decidir** por y sobre uno mismo, es decir poder actuar como seres autónomos. Esta revolución en el seno de las sociedades afectó a la reclamación de derechos civiles. Las mal llamadas “minorías” (colectivos con afinidad cultural, racial, homosexuales, mujeres etc) exigieron el derecho a vivir en libertad, a decidir sobre sus propias vidas sin más límite que el respeto a los demás en los mismos términos, sin discriminación. En el seno de este movimiento también los pacientes —que puede ser cualquiera en algún momento de su vida— comenzaron a pedir libertad en la enfermedad, poder decidir autónomamente sobre aquello que les afectaba en todas las fases del proceso asistencial.

Cuando se introduce a través de los consumidores la Carta de Derechos de los Pacientes por parte de la Asociación Americana de Hospitales, se estaban produciendo muchos avances importantes en la Medicina (año 69 y siguientes). Todos los nuevos tratamientos (UVIs, diálisis, medidas de soporte vital, etc.) se aplicaban a pacientes graves y todavía en condiciones de incertidumbre científica sobre la eficacia y eficiencia de estas terapias. Las

#### ➔ Historia

Los casos de Karen Ann Quinlan y Nancy Cruzan son paradigmáticos para entender cómo surgen nuevos conceptos como **calidad de vida** o **muerte digna** a mediados del s. XX.



En estado vegetativo persistente por distintas causas ambas fueron mantenidas con vida de forma artificial durante años. Sus padres tuvieron que recurrir a los tribunales para conseguir que se les permitiera morir, generando un intenso debate social.

Más información:

- Karen Ann Quinlan Foundation.  
URL: <http://www.karenannquinlanhospice.org/>
- Centro de Bioética de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Casos emblemáticos. URL: [http://bioetica.udesarrollo.cl/html/documentos\\_casos\\_emblematic](http://bioetica.udesarrollo.cl/html/documentos_casos_emblematic)

preguntas sobre quién debía decidir o cómo seleccionar a las personas que debían acceder a estas medidas eran imperiosas, problemáticas. Eran problemas éticos: lo correcto, lo que está bien ¿quién puede o quién debe decidirlo?

A principios de siglo la relación médico paciente o mejor dicho la relación del médico con la enfermedad del paciente ya estaba variando. El psicoanálisis y las disciplinas que se ocupaban de desentrañar la psique humana estaban poniendo en evidencia que los factores personales, afectivos, psíquicos tenían que ver con la enfermedad y el enfermar. El sujeto, la persona concreta se hacía cada vez más presente en cada “caso clínico”, por más que la autoridad (*autoritas* el que poseía el conocimiento) representada en el médico y la pujante tecnociencia pretendiesen obviarlo. Este es el proceso que Laín Entralgo denomina **la rebelión del sujeto** y es previa a la del paciente en pos de su autonomía, cuya raíz hay que buscarla en la consecución de las democracias liberales. El liberalismo, hijo de las revoluciones burguesas (inglesa, francesa y americana) y nieto de la tolerancia, comienza a llenarse de contenidos a partir de las guerras de religión.

Tolerancia, pluralismo, derecho a la libertad son nuevos valores que después de tocar y transformar las relaciones religiosas, políticas, de pareja, entre “razas”, etc. llegaron tardíamente a la relación sanitaria y también la modificaron profunda e irreversiblemente.

Como consecuencia, el paciente es considerado hoy un sujeto autónomo y el médico un conocedor de la Medicina que ayuda a prevenir, aliviar, cuidar o curar la enfermedad. Y lo hace con dos herramientas para hacer el bien al paciente: con su saber médico y con el conocimiento de las necesidades y solicitudes de un paciente competente que ha comprendido su situación y posibilidades. Esta segunda faceta médica debería haber obrado un cambio en la formación de los profesionales sanitarios que aún no se ha dado.

El desarrollo de los derechos humanos y concretamente del derecho a la libertad, que plantea la autonomía como base de la toma de decisiones, afecta y cambia muchas de las relaciones que hasta entonces estaban establecidas de otra manera. La libertad de autodeterminarse supone participar activa y conscientemente en la toma de decisiones, Las relaciones asistenciales exigen en este momento, como otras muchas relaciones humanas, proteger y fomentar valores como la igualdad, el pluralismo, la razonabilidad, etc. Y exigen, también, análisis responsables y deliberativos de las cuestiones conflictivas.

El desarrollo del derecho humano a la libertad también de las personas enfermas ha hecho replantearse este valor orientándolo hacia la apropiación por parte de cada ser humano de su vida, de su salud y su enfermedad, de su sexualidad, su reproducción y, en el final, de su propia muerte.

### 2.2.3 Cambio del modelo asistencial: cambios institucionales y políticos

Un segundo elemento para el surgimiento de la bioética clínica o asistencial son los cambios en los modelos de asistencia sanitaria. En España esto ocurre a partir de los años 60 con el lento camino de una medicina de pago y de beneficencia hacia un sistema asistencial público y de aseguradoras médicas. Como en otros países esto acaba produciendo una profunda modificación de las relaciones asistenciales.

El desarrollo económico generó un estado favorecedor del bienestar en Europa y en todo el llamado mundo desarrollado. Las corrientes de pensamiento del socialismo democrático que plantean un sistema en el cual se integran sociedad liberal y estado social dan lugar al Estado Social de Derecho que recoge, entre otras muchas europeas, la Constitución Española. Su objetivo es profundizar en los derechos humanos llamados de segunda generación o positivos, hijos de las revoluciones socialistas: el derecho a la asistencia sanitaria, a la educación, etc. Son los derechos económicos, sociales y culturales. Estos requieren de un Estado que los promueva y desarrolle legislando y ejecutándolos. Estableciendo, por ejemplo, un sistema



sanitario y un sistema educativo que haga efectivos esos derechos para todos y cada uno los ciudadanos.

A partir de los 70 se inicia una recesión económica que cuestiona el modelo *new deal*, pero para entonces en Europa la organización del modelo sanitario ya está instaurada y en marcha. Las relaciones sanitario-paciente tienen otro escenario: el pago de honorarios o la asistencia de beneficencia son formas de asistencia minoritarias. Los sanitarios trabajan en los sistemas públicos de salud y los pacientes acuden a él como un derecho sufragado con los impuestos de todos los ciudadanos. Las relaciones asistenciales han variado sustancialmente. En España el modelo se instaura en dos fases

- Años 70-80 desarrollo de la Medicina Hospitalaria
- Años 80-90 desarrollo de la Atención Primaria
- Y en dos tiempos dependiendo de las transferencias en materia de Sanidad a las comunidades autónomas. Así las denominadas Comunidades Históricas: Cataluña, Galicia y País Vasco son las primeras en desarrollar sus Sistemas Públicos de Salud autonómicos, y posteriormente lo hacen las demás que habían quedado inscritas en el entonces denominado territorio INSALUD, dependiente del Mº de Sanidad.

La especialización médica corre paralela al desarrollo de este modelo. El gran cambio en la Medicina de Familia es quizás el ejemplo más evidente. Factores como la equidad en el acceso al sistema sanitario, o la justa distribución de recursos empiezan a formar parte de la práctica asistencial. Los profesionales y los pacientes ven incorporarse valores que pueden entrar en conflicto dentro de las propias relaciones clínicas y los gestores se convierten en una pieza muy influyente en las relaciones clínico-asistenciales. La gestión y sus valores no son fácilmente comprendidos por profesionales que proceden de una tradición, como la médica, mucho más ligada al bien individual que al bien común.

Los cambios políticos con la idea del estado de bienestar, de justicia social, aplicados a la asistencia sanitaria, obligan a toda la sociedad a plantearse la distribución de unos recursos limitados que también deben alcanzar la sanidad. Los sistemas sanitarios son hoy elementos decisivos de la política social de todos los países: *dime que sistema sanitario tienes y te diré en que fase de desarrollo está ese país*. Este elemento modifica significativamente la clínica como también hemos visto que lo ha hecho el desarrollo científico-técnico de la Medicina. Cualquier decisión clínica pasa hoy por contemplar en ella el acceso y el uso justo a los recursos sanitarios humanos y materiales y el fiel cumplimiento de la legislación vigente.

### 3. Los nuevos fines de la medicina

Hasta mediados del siglo XX los fines de la medicina estaban meridianamente claros. Estos eran curar la enfermedad y combatir la muerte y cualquier mejora o reforma del sistema sanitario pasaba por dotar de los medios tecnológicos y económicos para su consecución.

Sin embargo, como se ha visto, las grandes ***transformaciones causadas por las ciencias biomédicas y la práctica de la medicina*** no conducían a una inminente conquista sobre la enfermedad sino que por el contrario acarreaban nuevos problemas. La respuesta más común a estos problemas ha sido de naturaleza esencialmente técnica o mecánica. Se perciben y abordan como si se trataran de una crisis administrativa y organizativa que reclama reformas en los métodos de financiación y prestación, en cambios políticos y burocráticos y en más investigación y mejores mecanismos para evaluar las tecnologías médicas. El discurso reformista suele estar dominado por debates acerca del papel del mercado, la privatización, la existencia o carencia de incentivos, el control del gasto y el análisis coste-beneficio, los métodos de deducciones y pagos compartidos, la variedad de planes presupuestarios y organizativos y las ventajas y desventajas de la centralización y la descentralización. Como respuestas al problema son comprensibles, e incluso valiosas, pero resultan insuficientes, pues se centran principalmente en los medios de la medicina y la asistencia sanitaria, y no en sus





finos y objetivos. Irónicamente, el vigor del debate técnico ha servido para enmascarar la pobreza del debate sobre las metas y el rumbo de la medicina.

Esto dio que pensar que lo que estaba en tela de juicio no eran los medios de que se dotaba a la medicina sino sus propios fines. Con demasiada frecuencia parece darse por supuesto que los fines de la medicina son obvios y se sobreentienden, y que sólo es necesario aplicarlos con sensatez. Sin embargo, para que los diversos programas de reformas que se llevan a cabo actualmente en todo el mundo no fracasen y puedan alcanzar todo su potencial era necesario replantearse dichos fines. Con este objetivo de reflexión el Centro Hastings de Bioética, promovió el trabajo, entre los años 1992 y 1997, de un grupo internacional que abordase la deliberación y propuesta sobre los Nuevos Fines de la Medicina (8).

El documento final describe y propone los siguientes fines para el tiempo que ahora toca vivir, en los que en casi todos los países crece la preocupación acerca del futuro de la medicina y la asistencia sanitaria de cara a realidades como el envejecimiento de la población, la rapidez de los cambios tecnológicos y el constante incremento de la demanda:

#### ➔ Los fines de la Medicina

- La **prevención** de enfermedades y lesiones y la **promoción** y la conservación de la salud
- El alivio del **dolor** y el **sufrimiento** causados por males
- La atención y la curación de los enfermos y los **cuidados** ante enfermedades incurables
- La evitación de la **muerte prematura** y la busca de una **muerte tranquila**



Documento completo URL: <http://www.fundaciogrifols.org/esp/publicaciones/cuadernos.asp?id=36>

La aparición de un poderoso *movimiento hacia la autodeterminación de los pacientes* y en favor de *una medicina más equitativa* constituye el trasfondo moral de estas transformaciones

### 3.1 La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.

Este fin de la Medicina implica evitar enfermedades y lesiones en la medida de lo posible

- ayudando a los pacientes a conservar la salud
- enseñando de qué modo puede conseguirse
- promoviendo la salud en la infancia,
- ayudando a las personas a vivir en mayor armonía con su entorno

Los medios y los objetivos suponen:

- Beneficios económicos por menor tasa de morbilidad y cronicidad en edades más avanzadas, por reducción de la dependencia de la alta tecnología.
- Hacer ver que la medicina abarca más que el tratamiento y la cura de los ya enfermos, y que los sistemas de asistencia sanitaria van más allá de la “atención al enfermo”.
- Necesidad de una mayor colaboración entre la salud pública y la medicina dado que la epidemiología traza las pautas de enfermedad, accidente y discapacidad y la medicina orientar al paciente individual e identificar a aquellos con mayor riesgo
- Coordinación medicina con otras instituciones sociales y públicas porque en la promoción de la salud son muy importantes las condiciones de vida existentes (económicas, laborales y sociales)



### 3.2 El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.

El alivio del dolor y del sufrimiento se encuentra entre los fines tradicionales de la medicina pero no se cumplen correctamente con ese fin en todo el mundo, por diversos motivos:

#### 1. Alivio del dolor

- a. Las variaciones enormes en la forma en que los médicos comprenden y practican el alivio del dolor
- b. Las leyes o costumbres relacionadas con los narcóticos impiden aprovechar todas las ventajas de las técnicas paliativas modernas
- c. Las carencias en la educación sobre el alivio del dolor, en la aplicación de los conocimientos disponibles y en el respaldo médico y cultural necesario para asegurar un acceso automático a métodos paliativos aceptables
- d. La medicina de cuidados paliativos es un área incipiente muy importante que aborda cuestiones complejas que aún no se entienden plenamente.

#### 2. Alivio del sufrimiento

- a. El sufrimiento mental y emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad no se suele detectar ni tratar de forma adecuada.
- b. Los fármacos sustituyen la labor que correspondería a la terapia psicológica y a la empatía
- c. La falta de enfoque holístico impide al médico detectar el sufrimiento psicológico del paciente
- d. El sufrimiento ocasionado por problemas de salud mental que afectan a millones de personas en todo el mundo puede implicar el mismo grado de sufrimiento y discapacidad que los males de índole física. La disparidad entre la asistencia sanitaria que se presta a los enfermos físicos y la que reciben los enfermos mentales, con frecuencia más limitada, pone de manifiesto un estereotipo difícil de erradicar: que la enfermedad mental es menos importante que la enfermedad física.

La medicina ha de reconocer que existen muchas formas de sufrimiento humano, como la guerra, la violencia o la traición, cuyas causas no guardan ninguna relación con la mala salud o la enfermedad. No obstante, habrá ocasiones en que incluso la atención más humanitaria y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina habrá de reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve.

### 3.3 La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.

Los enfermos se presentan a sí mismos como personas, expresando al médico lo que experimentan subjetivamente y lo que les motiva a buscar alivio. Son precisamente esas personas las que deben constituir el punto de partida de la cura y los cuidados.

Los cuidados consisten en:

1. **Comunicación afectiva.** Manifestar preocupación, empatía y disposición a hablar y escuchar al paciente.
2. **Conocimiento de los servicios sociales y asistenciales necesarios** para ayudar al paciente y a su familia a afrontar una amplia gama de problemas no médicos que pudieran acompañar.



3. **Excelencia técnica** tanto para la curación como para los cuidados. La medicina puede sanar incluso en aquellos casos en los que no puede curar, ya que puede hacerlo ayudando a una persona a hacer frente a un mal de tipo crónico.
4. **Rehabilitación** que es una rama importante de la medicina moderna a medio camino entre la curación y los cuidados. En algunos casos puede lograr la recuperación de la función normal; en otros, la logra sólo parcialmente, y en otros, ayuda a ralentizar una degeneración progresiva. En cualquier caso brinda a la medicina una posibilidad muy real de sanar incluso cuando el cuerpo no puede recuperar su estado de funcionamiento normal. La rehabilitación necesita mucho tiempo y atención para dar resultados y, en este sentido, requiere una actitud decidida y continua de cuidados y asistencia social.
5. Centrarse en **la gestión de la enfermedad** en vez de en su curación. Dado que la enfermedad crónica es la causa más frecuente del dolor, el sufrimiento y la muerte, se debe ayudar a quien la padece a comprender su dolencia personal, aprender a afrontarla y vivir con ella o forjarse una nueva identidad, posiblemente durante el resto de sus vidas. Esta situación no se limita de ningún modo a los ancianos, los enfermos de sida, niños discapacitados o jóvenes lesionados requieren también atención de este tipo, de hecho, el propio éxito de la medicina en la salvación de vidas (tanto de recién nacidos prematuros como de nonagenarios) ha provocado un aumento, y no una reducción, de la tasa de morbilidad.

### 3.4 La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.

La lucha contra la muerte en muchas de sus manifestaciones constituye un fin esencial de la medicina. Pero siempre debería mantenerse en sano conflicto con el deber de la medicina de aceptar la muerte como el destino de todos los seres humanos. El tratamiento médico debería ofrecerse de forma que fomente, y no de forma que amenace, la posibilidad de una muerte tranquila. Lamentablemente, con demasiada frecuencia, la medicina contemporánea considera la muerte como enemiga suprema. Ejemplos de ello son la asignación de un porcentaje muy elevado de los fondos destinados a la investigación al estudio de enfermedades letales, la prolongación de la vida en ocasiones más allá de toda noción de beneficio para el ser humano y la lamentable desatención de una asistencia humanitaria a los moribundos, como si el paciente que está muriendo hubiera perdido su derecho a recibir la atención, la presencia humana y el alivio eficaz de la medicina.

1. **Evitación de la muerte prematura.** Una muerte prematura ocurre cuando una persona muere antes de haber tenido la oportunidad de experimentar las principales posibilidades que ofrece un ciclo de vida característicamente humano. En la lucha de la medicina contra la muerte, resulta apropiado que un fin fundamental consista en evitar la muerte prematura en la población en general y el individuo en particular. El deber principal de la medicina y de los sistemas de asistencia sanitaria, será, en términos generales, ayudar a los jóvenes a llegar a viejos y, una vez logrado esto, ayudar a los ancianos a vivir el resto de sus vidas cómoda y dignamente.
2. **Búsqueda de una muerte tranquila.** La medicina ha de considerar una prioridad la creación de unas circunstancias clínicas que favorezcan una muerte tranquila. Una muerte tranquila es aquella en la que:
  - a. el dolor y el sufrimiento se reduce mediante unos cuidados paliativos adecuados
  - b. el paciente nunca es abandonado ni descuidado
  - c. los cuidados se consideren igual de importantes que para los que vayan a sobrevivir



3. **Retirada de tratamientos de soporte vital.** Todas las sociedades tienen que establecer unos patrones éticos y médicos para la retirada de tratamientos de soporte vital en enfermos terminales, incluyendo estos y otros criterios:
  - a. Los pacientes y familiares deben desempeñar un papel importante en las decisiones
  - b. El médico ha de saber diagnosticar y tratar las necesidades del paciente y facilitar una muerte tranquila
  - c. Ponderación de los problemas y beneficios que supone el tratamiento para el paciente,
  - d. La disponibilidad de recursos para tratamientos en cuidados de agudos

El fin de la medicina en estos casos debe ser fomentar el bienestar del paciente, mantener la vida cuando sea posible y razonable, pero reconocer que, debido a su lugar necesario en el ciclo de la vida humana, la muerte como tal no ha de tratarse como enemiga. Es la muerte en el momento equivocado (demasiado pronto en la vida), por las razones equivocadas (cuando se puede evitar o tratar médicamente a un coste razonable) y la que llega al paciente de una forma equivocada (cuando se prolonga demasiado o se sufre pudiéndose aliviar) la que constituye propiamente un enemigo.

#### 4. La bioética en la Sanidad

Frente a una Medicina de diagnóstico y tratamiento que aparentemente sólo requería de conocimientos técnicos se impone una nueva Medicina que combina los conocimientos de los hechos médicos con el conocimiento de los valores. Los problemas y los nuevos retos que se plantean en el s. XXI hacen necesario el desarrollo de esta disciplina en todas sus posibilidades.

A menudo el debate para afrontar los nuevos problemas de la Medicina y la asistencia sanitaria se han centrado en los medios y se abordan como si se tratara crisis administrativa y organizativa dando respuestas de naturaleza técnica o mecánica, pero las personas aspiran no sólo a una medicina más eficaz, sino también **más humana**.

En los elementos descritos se concentran muchos acontecimientos y reflexiones que a lo largo de todo un siglo han provocado que la relación asistencial, (médico-sanitario-paciente-familia-gestor-político-sistema sanitario) se sitúe en parámetros distintos a los que habían existido hasta ahora.

Los valores en juego, han variado: la buena práctica médica, la autonomía del paciente, la justicia en el sistema sanitario, etc. pueden chocar entre si y hay que afrontarlo. Porque en el pluralismo los problemas, los conflictos de valor no se pueden ignorar por mucho tiempo. En las sociedades tolerantes y plurales los problemas se intentan resolver. El modo de resolver, el método también ha venido variando: de la autoridad técnica, pasando por mayorías, negociaciones hasta llegar, de vuelta en la historia, a la deliberación.

##### 4.1 De la deontología médica a la Bioética Sanitaria

En el ejercicio de la profesión médica siempre se han tenido que tomar decisiones ante situaciones que plantean dilemas o problemas éticos. Pese a ello, durante su formación, al profesional médico sólo se le entrena para resolver los problemas clínicos dejando de lado las cuestiones éticas que han sido consideradas cuestiones privadas que podían resolverse simplemente aplicando “sentido común”. Pero al igual que nadie confiaría el diagnóstico de una enfermedad únicamente a su “ojo clínico” la resolución de conflictos éticos requiere aprendizajes muy concretos (10).



Hasta hace poco la única herramienta con que contaban los médicos para hacer frente a los problemas éticos eran los códigos deontológicos con que se dotaba la profesión que se caracterizan por:

1. Establecer una serie de deberes propios de los médicos tomando como base la **beneficencia** en el sentido paternalista ya que se fundamentaba en la idea de que los valores morales eran unos valores objetivos, cognoscibles por todos y exigibles por igual a todas las personas. Solamente la enfermedad o la ignorancia podían impedir el conocimiento objetivo de lo que se debe y no se debe hacer, por lo que de hecho el enfermo era también un incapaz moral. De ahí que la función ética del médico fuese atender o llevar al enfermo, aún en contra de su voluntad, de acuerdo con los preceptos y los principios del código.
2. Utilizar métodos **parajudiciales** para garantizar su cumplimiento, es decir, un sistema de denuncia y sanción a partir de un comité deontológico.
3. Tener un marcado carácter **corporativista** y **legalista** ya que las únicas normas de referencia son las del propio código.

Aunque es bueno que la medicina cuente con normas éticas de obligado cumplimiento, la deontología resulta insuficiente para la complejidad de los problemas éticos en el marco de una sociedad cada vez más plural y más compleja.

Con la irrupción del principio de libertad de conciencia como conquista del mundo moderno, comienza la época del código múltiple que se fundamenta en el hecho de la pluralidad de valores de la sociedad. En ésta situación es necesario establecer algún procedimiento para tomar decisiones morales comunes o intersubjetivas intentando respetar las conciencias individuales. Es necesario por tanto buscar algún método que permita establecer algunos principios o criterios morales objetivos que puedan ser respetados por todos.

Esto es lo que viene a abordar la bioética clínica que se centra más en las necesidades y derechos de los pacientes que en las obligaciones de los médicos y se basa más en la **autonomía** sin dejar de lado a la colectividad y la solidaridad (justicia). La bioética no es un sistema normativo que se impone a sus adeptos sino que utiliza los métodos de la **filosofía moral** y el razonamiento para la resolución de problemas de una forma **multidisciplinar**.

#### 4.2 ¿Qué es la bioética?

Etimológicamente el término bioética sirve para designar las costumbres (*éthos*, costumbre) que tienen que ver con la vida (*bíos*, vida) o el cuidado de la vida. Desde un sentido más científico puede entenderse el término bioética, como la parte de la ética que analiza las cuestiones de valor implicadas en los conflictos y problemas que se generan alrededor de las ciencias de la vida, hoy tan acuciantes. En definitiva la bioética es ética aplicada.

La ética es una disciplina tan antigua como la propia cultura. De hecho, la filosofía, la ética como una parte de ella, la retórica, la estética, la política son conocimientos clásicos. La Ética no es un saber teórico que exige la demostración, sino un saber práctico que se rige por la argumentación y requiere de prudencia.

Los seres humanos necesitan comprender la vida porque vivir es actuar y, desde una perspectiva ética, actuar es hacer, tomar decisiones sobre lo bueno, lo conveniente, lo útil y sus contrarios. Son decisiones que llevan a la acción o la omisión y cuyas consecuencias tendrán efectos sobre la vida propia y la de los demás, para mejorarlas o para empeorarlas. Decisiones que se toman siempre en condiciones de incertidumbre variable. De esto trata la ética aplicada, de juicios éticos: jerarquización de valores, aplicación de principios, análisis de posibles consecuencias, etc. Son juicios diferentes de los estéticos, de los matemáticos o de los juicios clínicos y son tan habituales que cada día de la vida humana transcurre en una sucesión de juicios que dan forma al comportamiento.





⇒ La **Ética** trata de los juicios morales, de sus premisas y de sus consecuencias.

Su aplicación a las ciencias de la vida, bioética, ayuda a tomar decisiones en condiciones de incertidumbre.



Los sistemas morales existentes en la sociedad regulan la conducta del ser humano de una manera muy superior a la percibida. De hecho las normas son interiorizadas en gran medida a través del proceso de socialización, se asumen sin reflexionar apenas, casi como algo natural. Cuando surgen los conflictos bien personales, bien sociales, es cuando se plantea la reflexión ética. En realidad, el conflicto moral es el motor de la reflexión ética, porque la pregunta de la ética no es “qué debo hacer” sino “porqué lo debo hacer”, es decir la búsqueda de la racionalidad de las acciones humanas.

La bioética pretende, como ética aplicada o práctica que es, poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas que se plantean en estos ámbitos. A lo largo de estos años, la bioética ha ido adquiriendo un importante contenido o cuerpo doctrinal, de hecho puede decirse que en este momento es una de las ramas más desarrolladas de la ética.

La bioética clínica es ética aplicada a un determinado ámbito de la vida y de las relaciones humanas: la asistencia sanitaria. Por eso, sigue tratando de fundamentar y afinar procedimientos que permitan a las personas que integran esas relaciones "justificar" lo que en ellas se dice y se hace. Hoy, la bioética establece que hablar de aspectos éticos no es otra cosa que introducir los valores que van ligados a los hechos, en cualquier área clínico-asistencial. Así, unido al hecho clínico de un diagnóstico, siempre estará un paciente con su propio proyecto de vida; una familia con la intención de ayudar; unos profesionales sanitarios que realizan su trabajo para “favorecer o al menos no perjudicar”; unos gestores del sistema sanitario que tendrán que distribuir los recursos basándose en determinados criterios de justicia, etc. Es decir, al lado de los hechos que conforman esa relación asistencial están los valores de sus integrantes. El respeto, que todos ellos pueden merecer, hace que la relación sea compleja y, a menudo, conflictiva. Es pues una concepción dialógica, en la que se parte de la validez como interlocutores de todos los que participan en la relación.

### 4.3 Características básicas de la bioética actual

La bioética actual intenta responder a las necesidades actuales, es decir, al volumen y gravedad de problemas que se presentan, cumpliendo unos requisitos básicos. Estos son los siguientes (6).

Se trata de una *ética civil*, es decir, no una ética religiosa. En las sociedades actuales conviven creyentes, agnósticos, ateos y dentro de cada uno de estos grupos hay una gran variabilidad.

Esto implica que, en función del derecho a la libertad de conciencia, se asume que los acuerdos comunes que propician la convivencia han de ser civiles, estrictamente seculares. En términos concretos en el campo específico de la bioética esto significa también que, aun teniendo todas las personas derecho de escrupuloso respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sociales están obligadas a establecer unos mínimos morales exigibles a todos. Esto no podrá fijarse de acuerdo con los

⇒ **Características de una bioética actual:**

- Civil
- Pluralista
- Autónoma
- Racional
- Universal

mandatos de las morales religiosas sino desde criterios estrictamente civiles. Por lo tanto, la bioética ha de ser una ética civil.

Además debe ser una *ética pluralista*, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior. Si al tomar una decisión moral hubiera que tenerse en cuenta los intereses de la humanidad entera, no hay duda de que los intereses particulares de las personas concretas se anularían entre sí y quedaría solo el interés común, es decir, el bien común. De ahí que el pluralismo no tenga porque ser un obstáculo para la construcción de la ética sino más bien su condición de posibilidad.

Es también una *ética autónoma*. Se llaman éticas heterónomas a aquellos sistemas morales en el que las normas le vienen impuestos al individuo desde fuera. Las éticas autónomas, por el contrario, consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano.

También ha de ser una *ética racional*. La razón no tiene capacidad de establecer sistemas completos y autosuficientes (ni siquiera la razón matemática) y esto muestra que la racionalidad humana tiene que ser siempre de carácter abierto, deliberativo y responsable.

Por último, la bioética aspira a ser *universal* y por tanto, ir más allá de los puros convencionalismos morales. Una cosa es que la razón humana no sea absoluta y otra que no pueda establecer criterios universales y tenga que quedarse en el puro convencionalismo. Esos criterios universales son por supuesto abiertos y estarán siempre sometidos a procesos de continua revisión. Un ejemplo evidente es la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

#### 4.4 ¿De qué trata la bioética?

Los temas que trata la bioética en la actualidad pueden agruparse en torno a siete módulos fundamentales (7):

- Historia
- **Fundamentación.** Modos de razonamiento ético, fundamentos filosóficos para establecer juicios de valor.
- **Metodología.** Procedimientos que permitan la toma de decisiones. Además se crean estructuras como son los comités nacionales de ética, los comités *ad hoc* sobre temas específicos éticos relacionados con la ciencia, comités asistenciales de ética, los comités éticos de investigación clínica, también son parte del contenido metodológico o del establecimiento de métodos que permitan resolver conflictos.
- **Relaciones asistenciales,** cuestiones de buena práctica, de las relaciones de equipo interdisciplinario, del consentimiento informado, de la participación y el peso de la familia en la toma de decisiones, de la confidencialidad, del secreto profesional, la objeción de conciencia, distribución y gestión de recursos sanitarios, etc.
- **Principio de la vida,** temas que para muchos son casi el exponente más evidente, más publicitado por decirlo así de la bioética: el control demográfico de la natalidad, el diagnóstico prenatal, el aborto, las nuevas técnicas de reproducción asistida, la genética que bien podría ser en sí mismo un módulo, la ingeniería genética, la clonación, etc.
- **Final de la vida.** La eutanasia, el suicidio médicamente asistido, la limitación de esfuerzo terapéutico, la obstinación terapéutica, el trasplante de órganos, la planificación de los cuidados antes del final de la vida, las voluntades anticipadas, etc.
- **Investigación:** la experimentación con seres humanos (no solamente farmacológica sino quirúrgica y de otro tipo) y la experimentación animal (cuestiones relativas al trato con los animales o bienestar animal).

Todo ello configura los contenidos de la ética que se van enriqueciendo con temas como los grupos vulnerables, la asistencia y el lugar de los ancianos, los problemas con el sida, la



drogadicción, el estatuto del embrión, y así cantidad de temas pasan a formar parte de los contenidos propios de la bioética y seguirán ampliándose en la medida en que se considere un buen lugar para tratar sobre ello.

Obviamente puede ampliarse mucho más y cada uno de ellos tiene contenidos tan importantes que serían módulos en sí mismos. Pero esta es una forma de resumir. Así temas como la historia de la bioética, de la ética en la investigación, de la ética médica, la fundamentación de la ética, cuestiones de ética moral, de hecho y religión, la posibilidad de fundamentación de los juicios morales, las denominadas éticas formales y éticas materiales, deontológicas y teleológicas, el naturalismo, el deontologismo, el consecuencialismo, la axiología, la ética de mínimos, la ética de máximos, etc., todas estas cuestiones son propias de la fundamentación de la bioética.

## 5. Un modelo comprensivo de la situación actual

Se ha hablado de historia, pero también de lógica: de la razón lógica e histórica. Ahora la cuestión del método es esencial: los modos de análisis y resolución de problemas. Pueden identificarse los conflictos, ponerse a la tarea de intentar resolverlos y el camino, el método es una herramienta cuya aplicación, como en el viaje a Itaca proporciona un conocimiento más profundo de la vida humana que lo que revelan las soluciones que puedan apuntarse a simple vista. Todo es aproximativo, revisable, inacabado... ¿pero esto es malo para los seres humanos? ¿Saber que las cosas pueden ser de otra manera es deprimente o esperanzador?

La complejidad de la bioética, sus ámbitos, métodos y propuestas queda reflejada en el modelo de sistemas que presenta Potter. Trata, como todo esquema que se precie, de ordenar la realidad para hacerla más aprensible:

- ❖ **ÉTICA GLOBAL:** Ética ecológica. Planteamientos surgidos de la interacción entre la humanidad, la tecnociencia, la economía y la política en toda la biosfera.  
**Promueven criterios, pautas y propuestas normativas que abarcan ámbitos internacionales**  
 Ejemplo: DDHH, desarrollo sostenible, principio de responsabilidad.
  - **MACROÉTICA:** Ética Política. Planteamientos de las organizaciones sociales y políticas.  
**Desarrollan leyes y normas (legislativo y judicial), estructuras y recursos (ejecutivo)**  
 Ejemplo: Hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria con políticas sanitarias que incluyan financiación, provisión de medios humanos, infraestructuras y material, facilitación del acceso, promoción de la prevención, etc.
    - **MESOÉTICA:** Ética de las Instituciones, de las Organizaciones y Servicios. Planteamientos corporativos y estructurales.  
**Aplican la legislación, gestionan los recursos y generan normativa propia**  
 Ejemplo: los procedimientos, protocolos y procesos en los servicios sanitarios hospitalarios o en centros de atención primaria o en centros de salud mental
    - ◆ **MICROÉTICA:** Ética relacional. Planteamientos contextuales y casuísticos. **Se trata sobre la toma de decisiones concretas con repercusión inmediata sobre los protagonistas.**  
 Ejemplo: Acceder o no a reproducción asistida, una negativa a tratamiento indicado, un paciente con voluntades anticipadas manifestadas, etc.

Este curso se centrará en este último aspecto: la microética asistencial o ética para clínicos, pero sin perder de vista su relación con las anteriores.





## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. COUCEIRO Vidal A: *Bioética y medicina actual*. En Rodéx Teixidor y Guardia Masso (eds.) *Medicina interna (I)*. Masson. Barcelona-Madrid 1997. Pg. 3-7.
2. GOIKOETXEA, MJ. *Introducción a la Bioética*. Publicaciones Universidad de Deusto. Bilbao, 1999. ISBN: 8474855837. ISBN-13: 9788474855838
3. GRACIA D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid. Triacastela, 2004.
4. GRACIA D. *Contribución de las Humanidades Médicas a la formación del médico*. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema de mes *on-line* No 1, marzo 2006. En red URL: [http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero1/articulo.pdf](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero1/articulo.pdf). Fecha de consulta: 18/12/08.
5. GRACIA D. *De la Bioética Clínica a la Bioética Global*. Acta Bioética 2002; año VIII, n° 1. En web URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2002000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2002000100004&script=sci_arttext). Fecha de consulta: 16/09/08.
6. GRACIA D. *Planteamiento general de la bioética*. En Couceiro (ed) *Bioética para clínicos*. Triacastela, 1999: 19-37
7. Grupo de trabajo. *La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España*. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid, 1999. ISBN: 84-923165-2-7.
8. Hastings Center Report. *Los fines de la Medicina*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, N.º 11 - (2004). Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona
9. MEDINA C.D. *Ética y legislación*. ED. Enfermería s.XXI. 2008:72-73
10. SIMÓN, P. *Sobre bioética clínica y deontología médica*. En Couceiro A. (ed) *Bioética para clínicos*. Triacastela 1999: Pg. 89-92.
11. SIMÓN, P. *Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética*. Med. Clin. 1995; 105:583-597 y en Couceiro A. (ed) *Bioética para clínicos*. Triacastela 1999: 37-71





## 7. AUTOEVALUACIÓN

1. La bioética es:

- a) Ética aplicada a las ciencias de la vida
- b) Un método para comités de ética
- c) Ética y legislación biomédica
- d) Una deontología para profesionales sanitarios y de la biología
- e) Una filosofía médica

2. La bioética clínica trata de cuestiones como:

- a) Asuntos conflictivos como eutanasia, aborto, etc.
- b) Casos clínicos conflictivos.
- c) Conflictos de valores al principio y final de la vida, relación clínica o en la investigación.
- d) Investigación clínica
- e) Conflictos legales en la asistencia sanitaria

3. La bioética en se plantea como:

- a) Racionalista, sanitaria y autonomista.
- b) Civil, pluralista, autónoma y racional.
- c) Personal y sanitaria
- d) Legal, razonable y civil
- e) Confesional, humanitaria, benéfico.

4. Paternalismo médico se refiere a:

- a) Una actitud afectiva del médico hacia al paciente
- b) Una contrapartida al maternalismo de enfermería
- c) Un modelo de relación médico-paciente
- d) Un ideal de relación asistencial
- e) Una posición del médico en la jerarquía hospitalaria

5. El surgimiento de la bioética clínica se atribuye especialmente a:

- a) Las modificaciones legislativas en materia de medicina y sanidad
- b) El reforzamiento social de las creencias personales y culturales en Occidente
- c) Los cambios en la ciencia y tecnología, la relación y la organización médico-asistenciales
- d) El aumento de las demandas judiciales al personal sanitario



e) Ninguna de ellas

6. La denominada revolución de las minorías nos remite a:

- a) Mayo del 68
- b) Movimiento feminista
- c) Derechos civiles
- d) Autonomía
- e) Constitución

7. Los fines de la Medicina NO incluyen:

- a) El alivio del dolor y el sufrimiento
- b) La atención y curación de los enfermos
- c) Los cuidados ante enfermedades incurables
- d) La prevención de conductas y lesiones punibles
- e) La busca de una muerte tranquila

8.Cuál de los siguientes motivos impide cumplir correctamente con el alivio del dolor como fin de la medicina:

- a) La falta de fármacos y terapéuticas específicas para los diferentes tipos de dolor
- b) La falta de confianza de los pacientes en su médico
- c) El rechazo a los métodos paliativos
- d) Las leyes o costumbres relacionadas con los narcóticos que impiden aprovechar todas las ventajas de las técnicas paliativas modernas
- e) La homogeneidad en la forma en que los médicos comprenden y practican el alivio del dolor

9. El primer acuerdo internacional sobre aspectos éticos en la investigación con humanos se sitúa en:

- a) Helsinki
- b) Tokyo
- c) Belmont
- d) Nuremberg
- e) Ginebra

10. La ética aplicada a las relaciones asistenciales recoge y analiza:

- a) Los principios deontológicos de la relación médico-paciente
- b) Los problemas derivados de la ley de Autonomía
- c) Los valores y sus conflictos en las relaciones clínico-asistenciales



- d) Las cuestiones de jerarquía y norma en la relación médica
- e) Ninguna de ellas

11. La macroética descrita por Potter se refiere a:

- a) Ética ecológica
- b) Ética de las organizaciones
- c) Ética de las relaciones asistenciales
- d) Ética política
- e) Ética de los servicios sanitarios

-----Clave-----

- 1. (a)
- 2. (c)
- 3. (b)
- 4. (c)
- 5. (c)
- 6. (c)
- 7. (d)
- 8. (d)
- 9. (d)
- 10. (c)
- 11. (d)



## 8. ACTIVIDADES

1. A partir de lo tratado en esta unidad didáctica y el material complementario redacta un texto siguiendo el modelo periodístico de las 7 W (qué, quien, cómo, dónde, cuándo, porqué y para qué) sobre un hecho histórico o descubrimiento que haya afectado o esté afectando a la ética médica. Completa la información buscando en Internet.

