

□ **INTRODUCCIÓN.** En la medicina occidental, desde la época de los hipocráticos hasta la actualidad, han aparecido numerosos documentos deontológicos que demuestran la importancia que siempre se ha dado a la calidad moral del médico. Éste tiene que incorporar en su labor habitual hechos científicos y valores humanos. Por ello, la actividad médica tiene dos componentes inseparables, el técnico, referente a los hechos, y el ético, referente a los valores. Sólo será de calidad aquella práctica clínica que consiga aunar la corrección técnica y la corrección ética.

Es bien sabido que se requiere un largo período de aprendizaje para la toma de decisiones técnicas en medicina. Sin embargo, las decisiones éticas se han tomado tradicionalmente apelando a los códigos deontológicos profesionales y a documentos históricos, como el Juramento Hipocrático. El problema es que este tipo de normativas es de difícil aplicación en los casos concretos que se plantean habitualmente en la práctica sanitaria. Además, estos instrumentos resultan hoy insuficientes debido a los profundos cambios acaecidos en las dos últimas décadas tanto en la estructura de la relación médico-paciente como en los sistemas sociosanitarios, cambios que se analizarán brevemente a continuación.

1. La *relación médico-paciente* se ha caracterizado siempre por adoptar la forma de una rígida estructura vertical, en cuya base se encuentra la idea común a toda la cultura occidental de que el enfermo es un incapacitado físico y moral y que no puede tomar decisiones prudentes sobre sí mismo. De esta idea se desprende que la función que por naturaleza le corresponde al médico es la de mandar, mientras que la del enfermo es obedecer. Es muy significativo al respecto que a lo largo de la historia hayan aparecido numerosos códigos éticos con el objetivo de regular la profesión médica, pero ninguno que haga referencia a los pacientes. Este paradigma paternalista, que durante siglos ha regido todo tipo de relaciones humanas, ha evolucionado hacia otro que puede denominarse autonomista, puesto que se basa en el reconocimiento del derecho que tiene todo individuo adulto de tomar decisiones sobre sí mismo según su propio proyecto de vida. Y el enfermo, mientras no se demuestre lo contrario, es un sujeto adulto que tiene el derecho de tomar innumerables decisiones sobre su enfermedad, decisiones que tradicionalmente solía tomar el médico por él. Parece claro que este modelo es más participativo, pero también más conflictivo.

El médico, con sus conocimientos técnicos, intenta ayudar al enfermo, introduciendo en la relación sanitaria un principio ético que se conoce con el nombre de *principio de no maleficencia*. El paciente acude a él de forma autónoma, y la existencia de su enfermedad no es motivo suficiente

para pensar, como se ha hecho durante 20 siglos, que ha perdido toda su autonomía. Puede ocurrir que el médico considere necesario administrar un tratamiento al paciente y que éste, desde su autonomía, se niegue a ello. Surge así un conflicto que pone de manifiesto que todo acto médico consiste en un proceso de entendimiento entre dos personas, una de las cuales tiene la información técnica, y la otra, la capacidad de decidir y consentir. Esto es lo que se conoce con el nombre de derecho al consentimiento informado, y forma parte del código de derechos de los enfermos que recoge el artículo 10 de la Ley General de Sanidad española. El enfermo ha tomado conciencia de su capacidad para tomar decisiones sobre todo aquello que afecte a su propio cuerpo, y el reconocimiento de este derecho ha generado un cambio sin precedentes en la relación médico-paciente.

2. El segundo factor que ha modificado la relación sanitaria es de orden institucional y político. Se relaciona con el *derecho a la asistencia sanitaria* y el acceso igualitario de todos los individuos a los servicios sanitarios. Nuestro país ha vivido las últimas décadas, al igual que toda Europa, con el convencimiento de que el Estado benefactor o *welfare state* debe proteger a todos los ciudadanos de las contingencias negativas de la vida, y la enfermedad es precisamente una de esas contingencias. Además, se ha producido en la sociedad actual un hecho inédito en la historia: la extensión del derecho a la asistencia sanitaria a toda la población. Parece que el principio de justicia exige que todas las personas tengan cubiertas necesidades tan básicas como las sanitarias. Ahora bien, ¿dónde situar los límites?, ¿qué necesidad es básica y cuál superflua en el campo de la salud? La Organización Mundial de la Salud adoptó, ya a partir de su documento fundacional de 1946, la siguiente definición de salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad». Si a esta amplia concepción se le añade el hecho tan conocido por todos los sistemas actuales de salud de que en el área sanitaria toda oferta de servicios crea su propia demanda, se llega a la conclusión de que el consumo sanitario no tiene límites precisos. Si esto es así hay que preguntarse si el Estado tiene la obligación moral de cubrir todas las necesidades sanitarias de la población. Parece claro que la respuesta es negativa. Los recursos del sistema sanitario público son limitados y hoy, más que nunca, se hace patente la necesidad de señalar criterios que permitan su justa distribución.

3. Los *avances tecnológicos* de la medicina constituyen el tercero de los factores que han originado el cambio actual en la relación sanitaria. El médico siempre ha sabido no dañar a los enfermos al hacer uso de sus conocimientos. Pero casos tan conocidos como el de Karen Ann Quinlan, la muchacha que permaneció 10 años en estado vegetativo persistente, generan dudas sobre lo que es bene-

ficioso para los pacientes. El uso de técnicas de soporte vital que prolongan inusualmente el proceso de la muerte plantea un sinnúmero de problemas morales: ¿cuáles deben ser los criterios de acceso?, ¿quién es el individuo que puede decidir sobre su aplicación?, ¿en qué momento deben ser retiradas?

Interrogantes similares surgen en los campos de la medicina que permiten manipular el origen de la vida: ingeniería genética, diagnóstico prenatal, fecundación *in vitro*. El médico percibe en la práctica diaria que la aparición de estas técnicas origina interrogantes que no siempre sabe resolver.

## ■ RAZONAMIENTO CIENTÍFICO-MÉDICO FRENTE A RAZONAMIENTO ÉTICO

Los códigos deontológicos son una enumeración de principios que los profesionales consideran dignos de un respeto absoluto en el desarrollo de su labor. Pese a su importancia hoy resultan insuficientes, dados el volumen y la gravedad de los problemas éticos biomédicos. El objetivo primordial de la bioética no es establecer normas, sino enseñar a realizar juicios éticos en situaciones concretas. La ética es una disciplina racional. Ello significa que cada problema moral debe ser sometido a un proceso analítico similar —mental y conceptualmente— al que se utiliza para resolver un problema diagnóstico o terapéutico.

La mente humana ha seguido siempre el mismo proceso en el intento de «conocer» la realidad. A partir de la experiencia diaria, elabora teorías generales que explican la realidad empíricamente observada. Dichas teorías se utilizan en una secuencia posterior en el tiempo para analizar los casos concretos. El primer momento corresponde a un razonamiento inductivo, y el segundo es deductivo. De hecho, cualquier manual de medicina interna no es sino un compendio de teorías generales que se corresponden con las especies morbosas conocidas empíricamente (recuérdese, a modo de ejemplo, la aparición del SIDA y el tiempo transcurrido hasta su categorización definitiva como entidad nosológica independiente). Así, el objeto de estudio de todo programa de licenciatura en medicina se halla constituido por estos principios o teorías que el médico tendrá que aplicar ante cada paciente concreto. Es muy significativo al respecto el hecho de que uno de los textos más clásicos en esta materia lleve por título: Harrison, *Principios de Medicina Interna*.

Pues bien, cada vez que un médico realiza un juicio diagnóstico o terapéutico aplica de forma intuitiva este razonamiento. Un sencillo ejemplo permitirá verificarlo. Si tras una exploración, una anamnesis y unas pruebas complementarias adecuadas los resultados obtenidos coinciden con lo que en la obra mencionada se señalan como neumonía neumocócica, se llegará a la conclusión de que el caso concreto —paciente X— que se está analizando padece esa entidad morbosas, por lo que deberá tratarse con penicilina. Ahora bien, puede ocurrir que este paciente tenga alergia a la penicilina, característica que lo hace diferente de la generalidad y que obligará a realizar una excepción en el tratamiento y a buscar otro antibiótico que, aun siendo menos eficaz, pueda emplearse sin peligro.

De todo ello pueden extraerse importantes consecuencias. La primera es que existen *teorías generales de actuación*;

son principios inducidos desde la experiencia que indican cómo actuar en la mayoría de los casos, puesto que en la distribución probabilística esos casos se encuentran bajo la campana de la curva de Gauss. La segunda premisa es que hay casos que no se ajustan a la norma; son las *excepciones*, que se establecen siempre para casos concretos y tras evaluar sus condiciones particulares (en el ejemplo citado se realiza una «excepción terapéutica» en virtud de las graves consecuencias que tendría para el individuo alérgico a la penicilina su administración). La tercera es que *la existencia de excepciones no invalida la norma general*, pues ningún profesional dejaría de tratar con penicilina una neumonía neumocócica en un paciente que se ajuste al patrón general. La cuarta y última es que no es posible el buen ejercicio técnico de la medicina si el médico no sabe actuar con soltura en ambos polos, puesto que los dos son imprescindibles para realizar juicios diagnósticos y terapéuticos correctos en cada uno de los casos particulares que se presentan en la práctica asistencial.

El proceso descrito es idéntico para la resolución de los problemas médicos y para los problemas éticos. La bioética, igual que la medicina, persigue la realización de juicios en situaciones concretas y, también como ella, ha de tener en cuenta tanto la teoría general —en este caso los denominados principios éticos— como las condiciones particulares del acto que se analiza. Debido a tales condiciones existirán casos excepcionales que tendrán que ser justificados como tales, y al igual que en el campo de la racionalidad científica, su existencia no invalida la norma o principio ético.

La bioética, por lo tanto, no es una ética especial sino una ética aplicada que se basa en el empleo de las leyes de la lógica racional para la resolución de casos particulares (fig. 1-1).

Ahora bien, la pregunta clave en este campo es si existe algún tipo de principios morales que puedan considerarse absolutos, sobre todo en sociedades tan plurales como las nuestras, en las que ya no son suficientes las creencias religiosas como único punto de fundamentación de las normas morales.

Los principios éticos, como los científicos, no son construcciones racionales-teóricas creadas al margen de la experiencia, sino todo lo contrario. Cada sociedad histórica delimita su contenido según los valores morales que comparten sus individuos, y se considera que la convivencia pasa por el respeto a tales normas. Ello significa que la legitimidad de una norma presupone una pretensión de validez universal al menos para todos los individuos que conforman dicha sociedad. Los *derechos humanos* son un claro ejemplo actual. Constituyen la positivización jurídica de una pretensión moral relacionada con exigencias éticas que nacen del concepto que los hombres de hoy tenemos de la dignidad humana. Estas exigencias tienen un carácter objetivo y universal, pero también histórico: ha sido necesario llegar al siglo XX para que la sociedad humana tomara conciencia de ellas y las asumiera como un mínimo ético exigible a todos.

## ■ PRINCIPIOS ÉTICOS FUNDAMENTALES

Los principios utilizados en bioética surgen al tomar en consideración hechos que no siempre han sido reconocidos en la relación médico-paciente, como la legitimidad

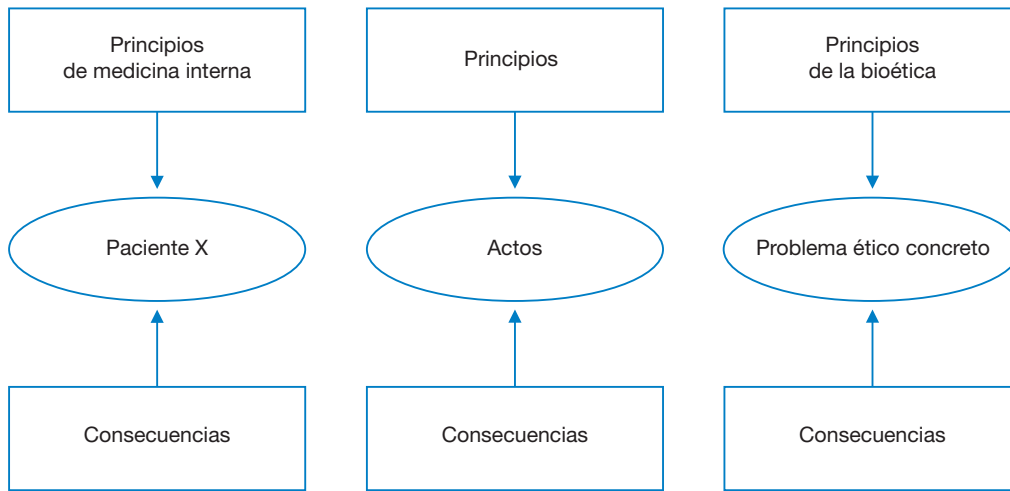


Figura 1-1 Razonamiento científico y razonamiento ético.

moral de todos los sujetos que intervienen en ella, la propia historia de la profesión médica, las características de la asistencia sanitaria actual y la exigencia ética de que todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y respeto.

El médico tiene la obligación de *no hacer daño* a los enfermos y de procurar en cada situación los medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados, de ahí que se le deba exigir la máxima corrección técnica en el desarrollo de su labor.

El principio ético que delimita su campo de actuación es el de *no maleficencia*, principio que hace referencia a la vida biológica que el personal sanitario tiene entre sus manos. Por consiguiente, su contenido puede definirse con criterios universales y comunes: dada una situación «X» del paciente y contando con los medios diagnósticos «Y», puede deducirse con una alta probabilidad de acierto la actuación que, desde el punto de vista técnico, compete llevar a cabo. Esta es la razón de que puedan establecerse protocolos en los distintos servicios de cada hospital.

El segundo sujeto de esta relación, el enfermo, aporta un principio distinto, el de *autonomía*. Por autonomía se entiende la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacción interna o externa. El paciente no queda privado de su autonomía por el mero hecho de iniciar una relación sanitaria con el médico, aunque así se haya creído durante siglos en la cultura occidental. Desde ella, desde su autonomía, el individuo decide qué es beneficioso para él, razón por la cual hoy es incomprensible separar la beneficencia de la autonomía.

No es posible hacer el bien a los otros en contra de su voluntad.

Por último existe un sujeto que, si bien no está físicamente presente, interviene en toda relación sanitaria: la sociedad.

El hecho de que los sistemas sanitarios sean públicos dota a la antigua y privada relación médico-paciente de un cariz social de gran importancia ética.

Los recursos humanos, profesionales y técnicos son generados por la sociedad, y los médicos tienen la obligación de distribuirlos equitativamente, así como de evitar

cualquier tipo de discriminación en su acceso por la población. Se configura así el cuarto principio ético, el de justicia (fig. 1-2).

Lo más probable es que los principios mencionados entren en conflicto. Piénsese, a modo de ejemplo, en el paciente que rechaza con insistencia un tratamiento que el médico cree indicado, o en la necesidad de un medio terapéutico que no se encuentra entre las prestaciones del sistema sanitario.

Por otra parte, ocurre que los problemas morales son concretos y particulares, mientras que los principios, por definición, son abstractos y generales. Esto determina que sea necesario introducir en el razonamiento ético el momento de lo particular, ya que un sistema de principios

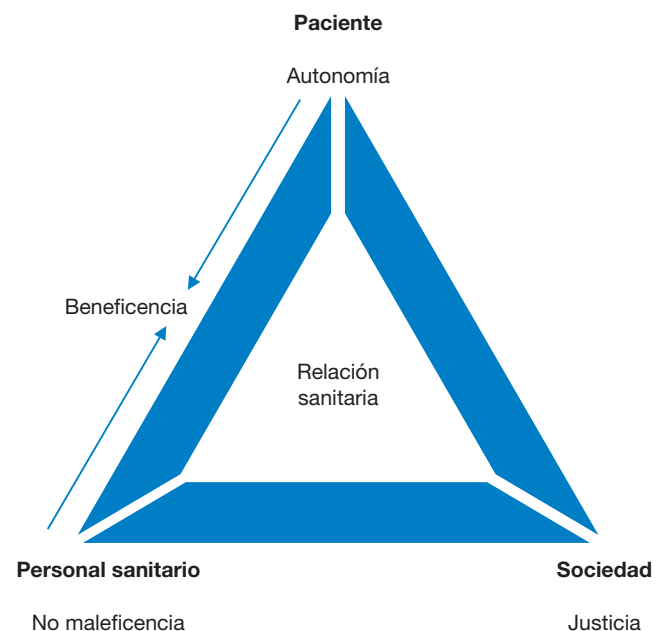


Figura 1-2 Principios éticos de la relación sanitaria.

nunca será por sí solo suficiente para la resolución de los conflictos morales.

Surge así el problema del método. Todo clínico sabe que la importancia de un buen método es tanto mayor cuanto más lo es la incertidumbre generada por la experiencia. El enfermo es un sujeto particular, y aunque la neumonía neumocócica sea una especie morbosa perfectamente definida en tanto que categoría universal, al médico puede resultarle muy difícil realizar un diagnóstico concreto. Para disminuir la incertidumbre cuenta con una valiosa herramienta metodológica, la historia clínica, que le permite tomar decisiones racionales en el campo de la técnica. La ética, como la medicina, decide sobre seres humanos concretos y en situaciones de incertidumbre o probabilísticas. Por ello sería tan imprudente tomar decisiones éticas sin un método adecuado, como efectuar un diagnóstico sin partir de una historia clínica correctamente realizada.

Ésta es la razón de que los comités de ética asistencial, recién creados en nuestro país para asesorar sobre los conflictos éticos que surgen en la práctica asistencial, introduzcan entre sus objetivos el aprendizaje de una metodología de análisis, que permita a sus miembros el manejo sistemático de los valores éticos implicados en cada uno de los casos clínicos que se analiza.

## ■ MÉTODO DE LA ÉTICA CLÍNICA. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS

Desde 1970, año en que se utilizó por primera vez el término bioética, se ha diseñado más de una docena de métodos de resolución de los problemas éticos planteados en la relación sanitario-usuario. Aunque su objetivo es el mismo, los métodos son diferentes porque se fundan en tradiciones históricas muy distintas.

La tradición filosófica del continente europeo siempre ha buscado principios absolutos para fundamentar la moral, obligaciones absolutas para todos los sujetos que sean independientes de su autonomía. El imperativo categórico kantiano constituye una magnífica expresión de esta pretensión: «Obra de tal manera que trates siempre a la Humanidad, sea en tu persona sea en la de otro, como un fin y nunca como un medio». De aquí que esta tradición sea deontologista y que los métodos nacidos de ella concedan gran importancia al momento apriorístico o de los principios.

Existe otra tradición, la anglosajona, que es fundamentalmente empirista, lo que hace que reivindique con gran fuerza el momento de la experiencia, de lo particular. Por ello sus métodos conceden más importancia a las consecuencias y al principio ético que hace referencia al individuo concreto, el principio de autonomía. Por ello, los procedimientos norteamericanos intentan resolver los conflictos éticos buscando el curso de acción más adecuado, mientras que los métodos europeos no creen que esto sea posible si no se busca previamente una fundamentación de la ética que permita jerarquizar los principios y utilizarlos como lo que son: obligaciones absolutas que indican cómo actuar en la mayoría de los casos y a los que sólo puede hacerse excepciones mediante una correcta justificación.

Es evidente que no todos los métodos son igualmente válidos para obtener resultados con alta probabilidad de certeza. Un buen método de resolución de casos en el

ámbito de la bioética clínica debería cumplir los siguientes requisitos:

1. El punto de partida debe ser la *historia clínica*. Dado que tanto el razonamiento clínico como el ético versan sobre particulares, es de gran coherencia utilizar esta herramienta metodológica buscando un modelo de historia en el que puedan introducirse los problemas morales.

2. Deberá realizar una distinción clara y precisa entre *hechos y valores*, así como su secuenciación cronológica. No puede iniciarse el análisis ético si previamente no se ha realizado una clara delimitación de los problemas biológicos y de su diagnóstico. Consecuentemente, deben separarse e identificarse ambos tipos de problemas.

3. De la misma manera que cada problema técnico tiene su lugar y su desarrollo en la historia clínica, cada problema moral identificado debe someterse al proceso analítico ofrecido por el método.

4. Para evitar los problemas señalados en los procedimientos anglosajones y europeos, un buen método debería tener presente que no es posible realizar juicios éticos correctos sin el concurso de los dos momentos descritos: el

**Tabla 1-1** *Método de análisis de los problemas éticos en medicina clínica*

<i>Historia clínica por problemas</i>	
Base de datos	
Datos de identificación	
Antecedentes familiares	
Antecedentes personales	
Enfermedad actual	
Exploración	
Pruebas de laboratorio	
Identificación de problemas	
Biológicos	
Humanos (económicos, sociales)	
Éticos	
Evolución, problemas biológicos	
Síntomas y signos	
Interpretación	
Exploraciones complementarias	
Tratamiento	
Informe de alta	
Problemas en la admisión	
Investigación y tratamiento	
Estado final de los problemas	
Diagnósticos finales	
<i>Análisis de los problemas morales</i>	
Sistema de referencia moral	
Ontológica: el hombre es persona y en tanto que tal, tiene dignidad y no precio	
Ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto	
Análisis de principios	
Universales y absolutos: no maleficencia y justicia	
Particulares y relativos: autonomía y beneficencia	
Análisis de consecuencias	
Objetivas (derivadas de principios universales)	
Subjetivas (derivadas de principios particulares)	
Juicio moral	
¿Se pueden aplicar los principios? (contrastar el caso con el apartado Análisis de principios)	
¿Se puede hacer una excepción? (evaluar el apartado Análisis de consecuencias)	
Tomar una decisión y contrastarla con el apartado Sistema de referencia moral	
Toma de decisión final	

racional y apriorístico de los principios y el experiencial o particular de las consecuencias.

5. Además sería conveniente que ofreciera *criterios de validez interna*, como la forma de realizar excepciones o la existencia de jerarquía entre los principios.

En la tabla 1-1 se resume el método utilizado en el máster en bioética impartido por el Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense, por considerar que cumple con los requisitos mencionados.

## ■ CONCLUSIÓN

La actividad profesional del médico ha estado siempre en relación directa con la ética, puesto que tiene en sus manos el preciado bien de la vida humana. Siempre se le ha exigido una calidad ética y unas cualidades morales en consonancia con la importancia de su labor. Aunque la ética ha sido un elemento intrínseco de nuestra profesión, no parece que los tradicionales códigos deontológicos puedan, por sí solos, ayudarnos a tomar decisiones tan complejas como las que plantea la medicina clínica actual.

Las posibilidades técnicas, los cambios en la relación sanitaria y la secularización imperante en las sociedades occidentales son los motivos más inmediatos que han originado la aparición de la bioética. Con ella se pretende dotar al personal sanitario de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para resolver este tipo de cuestiones. Este aprendizaje no es un adorno ni un lujo dirigido a personas con especial sensibilidad por estos temas, sino un instrumento indispensable para aprender a identificar los problemas morales, desarrollar estrategias de análisis racional de dichos problemas y adquirir los conocimientos intelectuales y las habilidades prácticas necesarias para abordarlos con tanta corrección y destreza como los empleados en el campo de la técnica médica.

## Bibliografía

- BEAUCHAMP T, McCULLOUGH L. Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor, 1987.
- COUCEIRO A. Comités de ética y eutanasia. En: Urraca S, ed. Eutanasia hoy. Un debate abierto. Madrid: Noésis, 1995.
- GRACIA D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989.
- GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
- JONSEN A, SIEGLER M, WINSLADE W. Clinical Ethics, 2ª ed. New York: Macmillan, 1986.