

LA BIOÉTICA COMO NECESIDAD EN LA MEDICINA ACTUAL Y FUTURA^a

PROFESORA NURIA TERRIBAS SALA^b

BIOETHICS AS A NECESSITY IN CURRENT AND FUTURE MEDICINE

Abstract

Bioethics, a discipline with 50 years of history, is shown to be an essential tool for current and future medical practice, in a context of paradigm shift in the clinical relationship, with a necessary and increasing empowerment of patients, in a permanent development of knowledge and with the unstoppable presence of technology and the process of digitalization of health. It is necessary to improve and advance in the training in bioethics of health professionals, especially medical doctors, consolidating the ethical values that they must apply in their practice, without falling into defensive medicine and without losing the human component, essential in their work with patients.

Keywords: Bioethics; Ethical values; Technology; Humanization; Defensive medicine.

Resumen

La bioética, una disciplina de apenas 50 años de historia, se muestra como herramienta imprescindible de la práctica médica, actual y futura, en un contexto de cambio de paradigma de la relación clínica, con un necesario y cada vez mayor empoderamiento de los pacientes, en un avance constante del conocimiento y con la imparable presencia de la tecnología y la digitalización de la salud. Cabe mejorar y avanzar en la formación en bioética de los profesionales sanitarios, y en especial a los médicos, consolidando los valores éticos que deben aplicar en su práctica, sin caer en la medicina defensiva y sin perder el componente humano, esencial en su tarea frente a los pacientes.

Palabras clave: Bioética; Valores éticos; Tecnología; Humanización; Medicina defensiva.

^a Conferencia pronunciada en reunión ordinaria de la Academia Chilena de Medicina, realizada el 2 de agosto de 2023.

^b Directora, Fundación Víctor Grifols i Lucas, Barcelona. Cátedra de Bioética de la Universidad de Vic -Universidad Central de Cataluña, España. Email: nuria.terribas@grifols.com

INTRODUCCIÓN

Tomando la definición del Dr. Francesc Abel, quien fue mi maestro y pionero de la bioética en Europa y en España, podemos definir la bioética como *“el estudio interdisciplinar (transdisciplinar) orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito micro y macrosocial, micro y macroeconómico, y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, tanto en el momento actual como en el futuro”*⁽¹⁾.

Esta definición en si misma ya supone un reto intelectual y humano importante puesto que exige de los profesionales de aquellas disciplinas llamadas a participar en la bioética, el esfuerzo de analizar colectivamente los problemas, aportando su conocimiento –interdisciplinariedad–, pero también siendo capaces de ir más allá, construyendo algo conjuntamente que trascienda de sus propias disciplinas –transdisciplinariedad–, a fin de alcanzar un consenso en esa toma de decisiones ante problemas éticos.

El progreso médico y biológico al que él aludía, y que en las últimas cinco o seis décadas ha supuesto un salto inmenso en el avance del conocimiento, exige el diálogo entre las disciplinas más científicas y las humanidades, con lenguajes y lógicas de razonamiento bien distintas, lo que da más mérito a esa tarea de puesta en común y construcción en positivo. La mentalidad del médico o del científico suele estar alejada de la del filósofo o del jurista y por ello es tan enriquecedor comunicarse y compartir visiones, a modo “puente al futuro” como lo etiquetó Van Rensselaer Potter.

Pero la bioética es aún una gran desconocida, a pesar de la tarea de aquellos que llevamos décadas trabajando en ella. Se confunde a menudo con la moral y la religión y también con el derecho.

Respecto a su distinción con la moral, aunque etimológicamente ética y moral son sinónimos ya que provienen del griego y el latín respectivamente y aluden ambas a la costumbre o carácter, forma de actuar o pauta de conducta, son distintas. La moral sería el conjunto de normas en base a las que la persona o los colectivos actúan y que les dicta cómo deben actuar. El fundamento de la moral puede perfectamente ser la creencia religiosa, que define lo correcto o incorrecto a la luz de unos valores que le aporta una dimensión sobrenatural, trascendente, que va más allá de la razón, y que tiene una base biográfica, sentimental y cultural.

La ética, en cambio, es una rama aplicada de la filosofía que no sólo interpela sobre lo que es correcto o no en el obrar humano sino sobre el porqué lo es o no lo es, buscando su fundamentación. La ética sería el análisis sistemático, crítico y formal de la conducta humana, basada en la razón⁽²⁾.

Es por ello que si la ética pretende ser válida para una mayoría, debe partir de ese análisis basado en valores universalizables, comunes y compartidos, como sería la ética cívica que se fundamenta en los Derechos Humanos. Ello no es incompatible con una

ética de máximos que pueda y quiera aplicar cada uno en su conducta personal, basándose en su moral individual (religiosa o no), pero no puede pretender su imposición a la mayoría ni a aquellos que no la compartan.

Nuestra sociedad es moralmente plural y en el mundo globalizado cada vez más conviven comunidades humanas con morales distintas. Si queremos llegar a un consenso ético en cuestiones relacionadas con el saber científico y sus aplicaciones, como es la medicina, es imprescindible el respeto mutuo y la búsqueda de respuestas sobre lo que es correcto o no, lo que debe hacerse o no y cómo debe hacerse, en base a una ética cívica o ética de mínimos con la que todos podamos sentirnos identificados⁽³⁾.

Otra distinción importante es entre ética y derecho. Muchas personas creen que aquello que es legal es ético por definición y no es así. Ni tampoco aquello éticamente correcto tiene por qué ser siempre legal. El derecho es también una disciplina normativa, como la ética, que pretende regular conductas de las personas, pero el derecho no es autónomo ni universalizable como la ética, sino que es heterónimo (la norma viene impuesta) y local puesto que debe ceñirse a un determinado ámbito o contexto de aplicación. Además, el derecho se sirve de unos mecanismos para hacerse cumplir, como es la posible sanción, por lo que las razones que llevan a obedecer la norma pueden ir desde el convencimiento moral de que es lo que debe hacerse, hasta el puro adoctrinamiento o la coerción que ejerce el miedo al castigo. La ética, en cambio, no cuenta con estas herramientas y debe “convencer” con los argumentos⁽⁴⁾.

MARCO DE TRABAJO DE LA BIOÉTICA EN MEDICINA

La bioética tal como la hemos descrito utiliza como herramienta de trabajo el diálogo inter y transdisciplinar, a fin de poder llegar a la toma de decisiones cuando se da un conflicto de valores. Pero, para que ese diálogo sea fructífero exige de sus participantes aptitudes y actitudes adecuadas: saber escuchar al otro no queriendo imponer el propio criterio, ser capaz de revisar la visión personal ante los datos o argumentos del otro, no creerse por encima de los demás sino dialogar en igualdad de condiciones. En un debate sobre un caso clínico o en un problema ético de toma de decisiones, esas actitudes no son fáciles y muchas veces la voz de autoridad de uno, sea por su cargo o por su condición de experto, puede acallar el resto de las voces perdiéndose la esencia de ese diálogo. Ello ocurre a menudo en los comités de ética en los que una o dos opiniones se imponen sobre el resto o monopolizan el debate, la mayoría de las veces por parte de los médicos. Ahí no hay “actitud bioética” y seguramente no se alcanzará un consenso, sino que vendrá la decisión dada.

Y ello es aplicable tanto a un comité de ética asistencial, que deba dirimir un caso difícil, como en un comité de ética de la investigación cuando valida un proyecto, como en un comité nacional de bioética cuando debe aportar criterio al legislador en una

cuestión a regular, como en un comité de expertos que debe asesorar al gobierno en tiempo de pandemia, por poner varios ejemplos. Si no hay escucha, no hay diálogo ni deliberación. No hacemos bioética⁽⁵⁾.

En la relación clínica ese diálogo también debe estar presente. Los profesionales de la medicina, y también enfermería y otras figuras, deben dar respuesta ante la toma de decisiones con valores éticos confrontados y es esencial que se de ese talante bioético. No habrá una actitud correcta del profesional si no escucha, si solo impone su criterio en base a su conocimiento, pero no integra al paciente y a su entorno en la toma de decisiones, ponderando sus valores, su biografía y sus necesidades, y si no lo contrasta a su vez con el equipo tratante, con un buen trabajo colectivo.

Pero ese deber ético que parece tan esencial y necesario, y que todos como ciudadanos deberíamos exigir, no está presente muchas veces en la mentalidad y actitud del médico ni del profesional sanitario, aunque en las últimas décadas se hayan experimentado cambios. La relación clínica, ha estado anclada durante siglos en el paternalismo médico del juramento hipocrático en el que el paciente era un “infirmus”, falta de firmeza física y psicológica por su situación de enfermedad, que se ponía ciegamente a manos del médico con autoridad y conocimiento para curar y sanar, bajo el principio básico de no maleficencia. Esa tradición empezó a variar ligeramente cuando los derechos de los pacientes entraron a formar parte de las reivindicaciones sociales de derechos a distintos niveles (laborales, políticos, etc.) y empiezan a formularse las Cartas de Derechos de los Pacientes en Estados Unidos (1973) y en Europa (1979)⁽⁶⁾, donde el principio de beneficencia se incorpora en la relación clínica de modo que el profesional ya pondera alternativas posibles en sus decisiones contando con el parecer del paciente. Es a finales del s. XX e inicios del s. XXI que los derechos de los pacientes entran a formar parte del derecho positivo y se promulgan leyes que los reconocen, consagrando el principio de autonomía de las personas que conlleva respetar el derecho a la información y a la toma de decisiones a través del consentimiento informado⁽⁷⁾.

La presencia de los derechos del paciente en la norma cambió la relación clínica, pero en un sentido poco favorable a los valores éticos. De hecho, el médico instauró el consentimiento informado –máximo exponente formal de la autonomía del paciente– como requerimiento legal y burocrático que había que cumplir, más que asumirlo como un deber ético, además, de legal, para que las personas fuesen parte de su proceso de salud. El reconocimiento de los derechos del paciente en la ley ha venido a generar más medicina defensiva y burocracia y no mejora ética.

La relación médico-paciente como un diálogo entre dos en la toma de decisiones, exponiendo la información, escuchando, aclarando dudas y acompañando a la decisión final, que es lo que debería implicar un auténtico proceso de consentimiento informado, no se daba entonces y no se da tampoco ahora en muchas ocasiones.

Y el primer déficit lo encontramos en la universidad y en la escasa relevancia que se

da a la formación ética en el pregrado. Las facultades de medicina y de otras profesiones del ámbito de la salud no consideran la formación en bioética como algo troncal y transversal a lo largo de su formación de modo que sus contenidos se reducen a unos pocos créditos, salvo contadas excepciones, créditos que tampoco los estudiantes acogen con excesivo entusiasmo y acaba considerándose la materia como una asignatura que sobra, cuando debería ser trascendental.

A ello se suma un fenómeno ya identificado y del que encontramos estudios que lo avalan como es el de la “erosión ética” de los médicos durante su período de formación y residencia. Lo pocos valores que consiguen interiorizar en el pregrado, se pierden paulatinamente cuando entran en contacto con la práctica médica y ven como se trabaja a su alrededor. Ello muy a menudo va generando una pérdida de valores de modo que quizás sean excelentes expertos en su especialidad, pero seguramente les faltará un elemento esencial de la profesión como son los valores éticos aplicados en su práctica clínica^(8,9).

Finalmente, cabe mencionar que tampoco la bioética tiene presencia en el ámbito de la formación continuada y de posgrado, para profesionales que ya están en activo. No hay inquietud por formarse y estar al día en estas cuestiones y solamente de forma aislada se promueve esta formación en algunos hospitales o instituciones más sensibles a ello.

Si a ello le añadimos que los profesionales trabajan en un contexto cada vez más complejo, con mayor masificación de la asistencia, con múltiples especialistas donde cada uno asume una visión parcial del paciente y nadie tiene una mirada integral, con alta tecnificación que fragmenta al individuo que acaba identificándose con un resultado de una prueba o un diagnóstico, sin una integración de sus necesidades también sociales, todo nos lleva a un empobrecimiento de la medicina desde los valores éticos y a una deshumanización creciente.

El médico de hace unos siglos era paternalista y no escuchaba a su paciente ni le daba voz, pero quizás era más cercano a su entorno y sus necesidades, más empático, más compasivo, más humano, aunque fuese menos técnico.

La medicina actual tiene muchos retos por delante y debe enfocarse a un cambio de paradigma, que fundamentaría en dos ejes:

- Viraje del modelo sistémico, en que es el paciente el que va dando tumbos alrededor del sistema, al modelo centrado en el paciente en el que es el sistema quien debe acercarse a él y a sus necesidades, con una mirada integral. Ello requiere mucha mayor coordinación entre profesionales y niveles de la asistencia y establecer como eje de dicha coordinación a los profesionales de atención primaria. También implicaría aspirar a tener sistemas de información compartidos que permitan acceder a ella ágilmente, evitando reiteraciones, duplicaciones de pruebas e informes, siempre velando por la confidencialidad como deber profesional y la protección de los datos sensibles de salud.

- Protagonismo real del paciente en la toma de decisiones dentro de su proceso de enfermedad, con el acompañamiento de los profesionales, pero sin imposiciones o, por el contrario, actitudes defensivas, que incluso llegan a abandonar al paciente lanzándole asépticamente e incluso a veces abruptamente toda la información y dejándole solo para decidir. En una sociedad que cada vez tendrá más volumen de población envejecida, con múltiples necesidades sanitarias y sociales, con vulnerabilidad y fragilidad, manejar bien la implicación del paciente es esencial para respetar su autonomía y a su vez que se sienta acompañado y con el apoyo necesario. Siempre existirá una cierta asimetría entre médico y paciente, y es el profesional quien debe hacer el esfuerzo para hacer asequible la información.

LA NECESIDAD DE LA BIOÉTICA EN UN CONTEXTO DE “SALUD DIGITAL” Y ALTAMENTE TECNIFICADA

En nuestros días podemos afirmar que estamos ya en la era de la salud digital o “salud 2.0”, en la que las herramientas digitales y tecnológicas están sustituyendo la atención personalizada y el ojo clínico del médico o la mano experta del cirujano. A ello ha contribuido enormemente la pandemia que hemos sufrido a nivel global, muy especialmente por el impacto que ha tenido en los sistemas de salud de los países más desarrollados que tuvieron la necesidad de imponer una serie de medidas para salvar la situación en aquel momento, pero son medidas que han venido para quedarse y ya forman parte de la praxis médica. Me refiero a la visita virtual, la atención telefónica, la monitorización de los pacientes a distancia desde el domicilio, la receta electrónica, la información médica accesible en internet con las “carpetas personales de salud”, etc. Toda esta nueva realidad pone en situación de desventaja a los grupos de población de mayor edad, creando una evidente “brecha tecnológica” que les aísla más aún del sistema y las nuevas formas de acceder a los servicios de salud, aunque algunos, con suerte, contarán con el soporte de hijos o familia que les ayuden en ello.

Sin pretender deslegitimar este tipo de recurso, que pueden realmente agilizar y hacer más eficaz y eficiente la atención sanitaria en determinados contextos, ayudando a minimizar desplazamientos y salvando distancias físicas, debemos tener en cuenta que a su vez aleja a la persona del contacto humano con el profesional, contacto que muchas personas necesitan, especialmente a ciertas edades para mantener una expectativa vital positiva. Se trataría de buscar el justo equilibrio.

Por otro lado, el objetivo de optimizar el tiempo de los profesionales, ahorrando visitas rutinarias que pueden substituirse por los datos obtenidos a distancia, quizás conlleve el efecto contrario obligando a los médicos a dedicar más tiempo a tareas administrativas y burocráticas.

Podríamos decir que en los últimos tiempos hemos iniciado una nueva era científico-técnica en el ámbito de la medicina, con una nueva cultura del trabajo y nueva

percepción del cuidado, que se rige por la eficiencia, la inmediatez y la agilidad. A las nuevas herramientas en la atención, se une la inteligencia artificial como una realidad ya en nuestro entorno que irá a más y ganará protagonismo en procesos diagnósticos y terapéuticos⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, la información es global y la ciudadanía, en especial las generaciones más jóvenes que buscan y encuentran, poniendo al profesional muchas veces en el compromiso de tener que validar datos de *Google* o contextualizar la información al caso concreto. También forma parte de la realidad de nuestros tiempos la exigencia del “aquí y ahora” en la respuesta a las necesidades de salud, de forma que la ciudadanía se vuelve más exigente y pide respuestas rápidas, mostrando su descontento si no se dan. Los profesionales tampoco están formados con esta nueva realidad y deberán adaptar su forma de hacer a los nuevos retos.

Deberíamos preguntarnos si realmente los objetivos de la tecnología en medicina se cumplen o quizás en algunas cuestiones generamos el efecto adverso y sobre todo dejamos de lado el aspecto más humano de la atención médica. Por más especialista que sea un médico y mayor uso de la técnica pueda hacer, no deber perder nunca de vista que su trabajo siempre será con las personas y para las personas. La información, la comunicación empática y el contacto humano, son factores clave en la gestión de la angustia, la incertidumbre y la expectativa de la persona enferma. El uso de la tecnología no debe hacernos perder de vista los fines de la medicina, como son la prevención de la enfermedad y la conservación de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento, la atención y curación de los enfermos y también el cuidado de los incurables, así como la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila⁽¹¹⁾.

LA BIOÉTICA COMO HERRAMIENTA PARA HUIR DE LA MEDICINA DEFENSIVA

Es por todos conocido que algunos factores influyen de forma clara en el aumento de la exigencia de reclamaciones por responsabilidad jurídica a los sanitarios. En la medicina actual, y más aún en la futura, se da mayor complejidad de la actividad sanitaria y aumento del riesgo. Por otro lado, cada vez más los servicios sanitarios son percibidos por el ciudadano como “bienes de consumo”, con poca tolerancia a la enfermedad y mayor exigencia de resultados, a pesar de que la medicina es una ciencia de “medios” y no de “resultados”.

Otro factor esencial es la progresiva pérdida de confianza entre médico y paciente o de este con los profesionales que llevan su proceso de salud. Y ello es así por muchos factores, ya mencionados, que alejan a la persona de la medicina tal como la concebíamos hace unas décadas, probablemente más rudimentaria, pero más próxima a las necesidades de la persona. Por último, es un factor relevante también la intolerancia al error, al resultado no previsto y mucho más a la muerte. Para el médico la muerte es

vista como un “fracaso” y se tolera mal cuando se considera que era evitable. Esto lleva muchas veces a prácticas yatrógenas, con sobretratamiento y sobreactuación en el paciente, que puede llevar incluso a perjudicarlo, con el ánimo de no equivocarse, que no se escape nada, sin medir los efectos adversos de todo ello. Estas prácticas de “medicina defensiva” son perniciosas y deberían evitarse.

A menudo esta mala aceptación hace que el profesional quiera eludir la responsabilidad cuando sucede algo, generando malestar con el paciente y su entorno y dando alas a la reclamación y a la demanda judicial, sin mediar en el conflicto, probablemente reconducible desde el diálogo y la aceptación de culpa, si correspondiese⁽¹²⁾.

La bioética puede ayudar también en esto, ofreciendo al profesional el apoyo y el acompañamiento del Consultor ético o del Comité de Ética Asistencial cuando se le presente un conflicto, y apoyándose también en los protocolos éticos y en las normas de buena práctica clínica en los distintos procesos diagnósticos y/o terapéuticos que deba llevar a cabo. Probablemente actuar conforme a estos criterios y respetar los derechos de sus pacientes, le ahorrará problemas, avalará su buen hacer profesional y le evitará litigios.

LA BIOÉTICA EN 50 AÑOS

A modo de corolario de este artículo, quisiera brevemente hacer un repaso de lo que han dado de sí 50 años de bioética, y lo que nos queda por hacer.

Debemos reconocer los logros de la bioética en estas décadas como es en primer lugar el hecho de haber alcanzado a crear una masa crítica de profesionales formados, que están haciendo un gran trabajo en su campo profesional y en sus equipos y al frente de los comités de ética en sus instituciones sanitarias, pero aún es un grupo reducido y no podemos hablar de haber generalizado esa formación. Se ha logrado también que la ética y la bioética no sean vistas como una “rareza” propia de teóricos o académicos y que poco a poco vaya entrando en la relación clínica. A su vez, la extensión de los comités de ética asistenciales como órganos de consulta en las instituciones sanitarias, así como la consultoría en ética clínica, van siendo una realidad, aunque no todos funcionan con igual credibilidad y eficacia y también hay mucho margen de mejora. Por último, cabe destacar que gracias al impulso de la bioética y su reivindicación a partir de los principios fundamentales de ésta -no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia-, se ha logrado que los derechos de los pacientes entren a formar parte del derecho positivo y tengan respaldo legal, aunque debemos luchar aún contra la actitud defensiva de muchos profesionales.

Pero tenemos por delante mucho recorrido. Deberíamos mejorar y ampliar la formación en bioética a todos los niveles, pregrado, posgrado y formación continuada de todas las profesiones sanitarias. No hemos logrado que se interioricen los valores éticos en la profesión médica y en la práctica clínica como un criterio más de calidad

asistencial y no como una exigencia legal, y hay que seguir trabajando en ello desde el convencimiento de que forma parte de la buena praxis. También es cierto que, en los debates bioéticos, la medicina especializada y la investigación biomédica, con las novedades punteras, han monopolizado los debates y no se ha prestado suficiente atención a la bioética “de pie de cama”, del día a día de los pacientes y sus familias, más allá del último avance científico.

Finalmente, deberíamos trabajar para evitar la erosión ética de los profesionales que se inician en su actividad, procurando neutralizar ese efecto negativo, consolidando y ampliando esos valores éticos de partida. En esa tarea, los tutores de médicos residentes y los gestores tienen un papel muy relevante para hacerlo posible.

En síntesis, la bioética debe estar presente y ser una realidad cotidiana en la práctica de la medicina, presente y futura, formando parte del “ADN” del profesional sanitario si queremos que la medicina continúe siendo la más humana de las ciencias, en una sociedad que evoluciona y en un contexto cada vez más tecnificado.

REFERENCIAS

1. Abel F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Barcelona: Fundación Mapfre; 2007.
2. Camps V. Breve historia de la bioética. Barcelona: RBA; 2017.
3. Cortina A. Ética mínima. Madrid: Tecnos; 1986.
4. Romeo CM. La relación entre la bioética y el derecho. Romeo Casabona, CM (Coord.) Derecho biomédico y bioética. Granada: Comares; 1998.
5. Abel F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Barcelona: Fundación Mapfre; 2007.
6. European Charter of Patients' Rights. Roma. 2002. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf [Consultado el 19 de enero de 2024]
7. Terribas N. Derechos del Paciente. En Beca: JP, Castete, C. (Eds.). Bioética clínica. Santiago, Chile. Mediterráneo, 2012. p. 178-191
8. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-González J, Pifarré J. Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina y enfermería. Rev. Clínica Española. 2018;219:73-8.
9. San-Martín M, Rivera EM, Alcorta-Garza A, Vivanco L. Moral Perception, educational environment and development of medical professionalism in medical students during the clinical rotations in Peru. International Journal of Ethics Education. 2016;1(2):163-72. <https://doi.org/10.1007/s40889-016-0017-8>.
10. Centre of Innovation for Data tech and Artificial Intelligence (CIDAI). Libro blanco sobre la IA aplicada en salud. Barcelona 2022. Disponible en: <https://cidai.eu/es/white-papers/> [Consultado el 19 de enero de 2024].
11. Callahan, D. (Ed.). The Hastings Center. Los fines de la medicina. Fundación Victor Grifols Lucas. Barcelona. 2004
12. Cruz Valiño A. Medicina Defensiva: una aproximación conceptual. Comares; 2021.