

BIOÉTICA MÉDICA SISTEMÁTICA (y II)

La bioética es una disciplina a todos los efectos: cuenta con autores, publicaciones, jornadas, congresos y cursos académicos, centros e instituciones de rango regional, nacional e internacional. La exposición sistemática de sus contenidos es diferente según la perspectiva desde la que se aborde (personalista, utilitarista, pragmática, materialista, religiosa, laica, etc.).

Aquí optamos por un planteamiento basado en los valores, los deberes, los principios, la toma de decisiones y las virtudes, como los capítulos básicos de la bioética médica, aunque estos también pueden reinterpretarse en función de cada punto de vista filosófico.

1. FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA: EXPOSICIÓN SISTEMÁTICA

En su sentido más amplio, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales. Desde esa perspectiva, hay que entenderla como *«el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra»*¹.

Sin embargo, el ámbito de la biomedicina y más concretamente el de la medicina clínica, es donde mayor desarrollo ha tenido la bioética, y éste es el enfoque que adoptamos a lo largo de estas páginas. Por eso puede resultarnos útil la definición de G. Hottois: *«La bioética designa un conjunto de investigaciones, discursos y prácticas, generalmente pluridisciplinarias, que tienen por objeto clarificar o resolver las cuestiones éticas suscitadas por el avance y la aplicación de las tecnociencias biomédicas»*².

Es necesario recordar que la bioética médica hunde sus raíces en el fin interno que define a la medicina misma, otorgándole identidad y legitimidad, es decir, el bien de la persona enferma. Y para alcanzar esos bienes, además de la competencia científico-técnica, sin la que no hay ética que valga, es imprescindible estimar valores, cumplir deberes característicos de la profesión, tomar decisiones éticas y adquirir virtudes para intentar conseguirlo.

1.1. La bioética como realización de valores

Nadie puede vivir sin valores. Las personas orientamos la vida por ellos. Valen, aunque no sean, y por eso nos atraen, por eso tienen dinamismo. Son cualidades atribuidas a las cosas, a los seres vivos y a los seres humanos, pero sólo éstos, las personas, los pueden interiorizar,

hacer suyos o rechazarlos. En la vida diaria todos hacemos juicios de valor que se distribuyen por grupos: estéticos (bello-feo), lógicos (verdadero-falso), económicos (caro-barato), vitales (sano-enfermo), religiosos (santo-profano), éticos (bueno-malo, justo-injusto).

Los valores éticos afectan a la persona entera y, además, afectan de lleno la vida interpersonal y social, son relacionales. Tienen dos polos, positivo y negativo (atraen-repelen) y están jerarquizados: los superiores se prefieren a los inferiores y definen el sentido moral de la vida personal y social. Son también indispensables, pues nadie está dispensado de hacer el bien y de ser bueno. La neutralidad axiológica no existe. Este tipo de valores son objeto de estimación y de aprecio. Se aprenden por imitación y, sobre todo, viviéndolos... practicándolos.

La bioética sería un edificio vacío, un campo estéril, sin contenido ni vida, si no aceptara como parte inexcusable suya la necesidad de estimar lo valioso en los otros y en uno mismo. Quien carece de esa capacidad estimativa es incompetente para la vida moral. Valores como la vida, la salud, la dignidad humana, la libertad, la intimidad, la confianza, la empatía, por citar algunos, están presentes en la práctica asistencial como fuerzas directivas que le otorgan sentido y densidad moral. En eso consiste la bioética como realización de valores.

1.2. La bioética como cumplimiento de deberes

Los valores éticos no están en un mundo aparte, colgados en la estratosfera, al contrario, se condensan en deberes, o sea, en principios generales y en normas o reglas más concretas referentes a los distintos campos de la práctica sanitaria. Véase el siguiente proceso lógico: vida-salud (valores)> autonomía (principio)> consentimiento informado (deber: norma o regla). Dicho de otro modo, todos los deberes contienen valores y, a su vez, los valores se refieren a bienes (fines) internos a la medicina misma (el bien del enfermo: sanar, cuidar), cuya consecución verifica la moralidad de la práctica sanitaria.

Los deberes morales exigen su justificación, o sea, comprobar los valores que contienen, los principios que los orientan y las consecuencias derivadas de su puesta en práctica, exigen responsabilidad profesional. Y así, el deber o regla del consentimiento informado se justifica por la información, la verdad, el diálogo (valores), que a su vez dependen del principio de la autonomía personal y están referidos al bien del enfermo como fin inherente de la medicina. En eso consiste la bioética clínica como realización de deberes... y de valores.

El [Código de Deontología Médica de España](#) recoge, entre otros, los siguientes deberes: «*La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico...*»³.

1.3. Los principios de la bioética “convencional”

Llamamos “convencional” o estándar al modelo de bioética originado a partir del [Informe Belmont](#), y de la obra de Beauchamp y Childress, que difundieron con notable éxito los principios de [autonomía, no maleficencia, beneficencia, y justicia](#). Estos principios, que son un tipo de normas o reglas (deberes), carecen de orden o prioridad entre ellos, es decir, a primera vista (*prima facie*) valen todos por igual y tienen la misma relevancia. Cuando entran en conflicto, será el examen detenido de cada caso y de sus circunstancias lo que determine la prioridad de uno sobre los otros. Es más conocido por el nombre de [principlismo](#)⁴.

- **Principio de autonomía:** Se refiere a la capacidad que tienen las personas para auto-determinarse a actuar, libres de presiones externas que condicionen sus actos (libertad externa) y libres de limitaciones individuales que impidan actuar intencionadamente (libertad interna). Exige reconocer a cada persona el derecho a tener sus propios puntos de vista, tomar sus propias opciones, y actuar conforme a su escala de valores. La concreción más relevante de este principio es la obligación de cumplir la regla del [consentimiento informado](#), entendiéndolo como un proceso de diálogo entre médico y enfermo. Nunca se debería reducir a la firma de un documento formalizado. En España hay una destacada regulación jurídica al respecto⁵.
- **Principio de no maleficencia:** Este principio habría que interpretarlo desde la expresión hipocrática «*ayudar o, al menos, no causar daño*»⁶, que no contrapone dos obligaciones, sino que las gradúa diciendo: lo primero es “ayudar” (el bien interno de la praxis médica) y, cuando eso no sea posible, lo que se debe hacer es “no causar daño”, sin perder de vista que esto último no tiene carácter absoluto y significa que no perjudicar *intencionadamente* al paciente. Sin embargo, los autores norteamericanos fundamentan la obligación en el conocido *primun non nocere*, que surgió en las polémicas neohipocráticas del siglo XIX, y que exige priorizar las normas negativas (no hacer daño) sobre las positivas (hacer el bien) dado que aquellas obligan primero y con más fuerza que las de beneficencia.
- **Principio de beneficencia:** Obliga a hacer el bien a las personas, sin confundirlo con la benevolencia ni con la beneficencia caritativa, sabiendo que se trata de un bien específico en el ámbito sanitario, o sea, curar y/o cuidar como bienes internos que definen el sentido ético de la medicina. Sin embargo, dado que las actuaciones clínicas suelen tener complicaciones y riesgos, tanto previstos como imprevistos, es necesario recurrir al principio de *proporcionalidad*, es decir, que los beneficios previstos justifiquen o, al menos, guarden proporción con los riesgos derivados de la actuación sanitaria.
- **Principio de justicia:** Se trata aquí de la justicia *distributiva*, referida a la [distribución equitativa](#) de derechos, beneficios, responsabilidades y cargas sociales, sabiendo que en el ámbito de la salud los bienes son escasos y las necesidades son múltiples. Esa distribución equitativa se hace aplicando dos criterios: 1) de *carácter formal*, como el «dar a cada uno lo suyo» (Ulpiano, siglos II-III d. C.), que es muy abstracto y carece de puntos de vista para concretar la igualdad de la distribución; y 2) de *carácter material*, que permiten un trato igualitario y se formulan del siguiente modo: a cada persona

según sus esfuerzos, a cada persona según su aportación, a cada persona según su mérito, y a cada persona según las reglas de intercambio del libre mercado.

Le corresponde a **Diego Gracia**, entre otras de sus muchas contribuciones⁷, haber realizado una corrección crítica al principialismo basándose en la falta de orden o priorización de los cuatro principios anteriores. Y, para ello, propone un [principialismo jerarquizado](#) que se fundamenta, por un lado, en un sistema de referencia o canon moral previo a los principios y, por otro lado, “jerarquizando” los principios según su distinto grado de fuerza u obligación moral. Sintetizando mucho las cosas, el planteamiento es como sigue:

- A. **Canon moral o sistema de referencia:** el ser humano es persona y, en cuanto tal, tiene dignidad y no precio... tiene valor en sí mismo, es fin en sí mismo (premisa ontológica); todos los seres humanos son iguales y deben ser tratados con igual consideración y respeto (premisa ética); actúa con los demás como quieras que ellos actúen contigo...no hagas a los demás lo que no quieras que hagan contigo (*Regla de Oro*).
- B. **Jerarquización de los principios:** Partiendo de la diferencia existente entre éticas de mínimos y éticas de máximos, hay que establecer dos niveles de principios éticos⁸:
- El nivel 1: lo componen los principios de no-maleficencia y justicia, propios de una “ética de mínimos”. Tienen carácter público y, por tanto, determinan nuestros deberes para con todos y cada uno de los seres humanos, tanto en el orden de su vida biológica (no maleficencia) como en el de su vida social (justicia). Son deberes universalizables y exigibles a todos por igual, incluso coactivamente.
 - El nivel 2: lo componen los principios de autonomía y beneficencia, propios de una “ética de máximos”. Marcan el espacio de la vida privada de cada persona, que sólo ella debe gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Son deberes particulares porque obligan a hacer el bien a la persona individual (beneficencia) contando con su libre decisión informada (autonomía).

Los deberes de la ética de mínimos son más limitados o restringidos que los de la ética de máximos, pero tienen por lo general una mayor exigencia. Así pues, en caso de conflicto entre ambos niveles, los mínimos tienen prioridad sobre los máximos.

1.4. La bioética como método para tomar decisiones

D. Gracia también ha desarrollado un [método para tomar decisiones](#)⁹ compuesto por tres pasos sucesivos: deliberación sobre los hechos, sobre los valores y sobre los deberes.

1º) Deliberación sobre los hechos

Este paso contiene, a su vez, dos momentos: 1) Presentación del caso basándose en la Historia Clínica como soporte básico de información; y 2) Aclaración de los hechos del caso dando lugar a las preguntas y a iniciar la participación y el diálogo.

2º) Deliberación sobre los valores

1. Identificación de los problemas morales del caso

Primero hay que identificar los problemas, es decir, los diversos aspectos, dificultades, dudas o conflictos del caso presentado. Y, segundo, hay que identificar cuál es el problema moral para cada uno de los participantes. La enumeración por separado permite analizarlos con más claridad y evitar la confusión en el debate posterior.

2. Elección del problema moral fundamental del caso

Esta elección está justificada porque no es posible aclarar, ni discutir posteriormente, todos los problemas enumerados. Lo mejor es elegir uno o dos fundamentales, pero, de todas formas, le corresponde a la persona responsable del caso señalar cuál es ese problema.

3. Identificación de los valores en conflicto en ese problema

Dado que un problema moral es un conflicto de valores, es imprescindible 1º) identificar los valores en conflicto dentro del problema fundamental antes señalado, y 2º) elegir el valor o los valores prioritarios del problema fundamental. Esto facilitará la corrección de los siguientes pasos. La bioética es realización de valores: si ahora no los identificamos ni los elegimos correctamente, podríamos desenfocar la elección de lo que debemos hacer.

3º) Deliberación sobre los deberes

1. Identificación de los cursos extremos de acción

Si el anterior conflicto es de valores contrapuestos, un curso extremo es aquel en el que, optando por uno de esos dos valores, se elimina completamente el otro. Esos cursos de acción nos encierran en el dilema de optar por uno de los dos extremos y, por tanto, es importante identificarlos, con el fin de no elegirlos nunca.

2. Búsqueda de los cursos de acción intermedios

Estos cursos se encuentran alejándose de los extremos y eligiendo acciones intermedias. Así se salva el mayor número de valores y, en particular aquellos que han elegido como prioritarios. Esto también evita reducir el caso a un dilema y pasar a tratarlo como un problema donde siempre hay más de dos acciones posibles que facilitarán la elección del curso óptimo.

3. Elección del curso óptimo de acción

Es el resultado de haber contrastado las acciones intermedias con los principios éticos, las circunstancias, las consecuencias y el sistema de referencia o canon moral¹⁰:

- ***Contraste con los principios éticos***

Lo primero que debemos hacer es contrastar los cursos de acción intermedios con los principios éticos de cada uno de los niveles antes expuestos (ver p. 9), para elegir el

curso óptimo de acción. Es importante recordar que, en caso de conflicto entre ambos niveles, el de los mínimos suele tener prioridad sobre los máximos.

- ***Evaluación de las circunstancias***

Las circunstancias pueden ser agravantes, atenuantes o eximentes. Cuando sucede esto último, el deber cede en la circunstancia concreta debido a que la aplicación indiscriminada de un principio es incompatible con el respeto debido a los seres humanos. Y así, por ejemplo, el deber de informar al paciente, basado en el principio de veracidad, cede ante la existencia de razones objetivas cuyo conocimiento pueden perjudicar gravemente su salud. La excepción, tiene de su parte la carga de la prueba, o sea, hay que probar que puede y debe hacerse.

- ***Evaluación de las consecuencias***

Puede haber razones para pensar que la aplicación de un principio trae consecuencias que atentan contra la dignidad humana. En el caso de los deberes públicos (nivel 1), la excepción puede hacerla el juez o la ley vigente despenalizando la aplicación de la norma en ciertos supuestos, lo que no significa admitir la moralidad de tales actos. En el caso de los deberes privados (nivel 2) pueden darse consecuencias previsibles que justifican una excepción a un deber prevalente. El deber de proteger la vida, como valor primario, puede ceder ante las consecuencias negativas de aplicar medidas fútiles a un enfermo terminal, por ejemplo.

- ***Contraste con el sistema de referencia o canon moral***

Por último, antes de tomar la decisión final, es conveniente volver a preguntarse de nuevo si el curso óptimo de acción elegido es acorde o corrobora las premisas del canon moral anteriormente expuestas, pues, de lo contrario, habría que cuestionarse la validez moral de todo el proceso de deliberación y la misma decisión final.

4º) Deliberación sobre las responsabilidades finales

Se concretan en cuatro pruebas: 1ª) prueba de la legalidad: comprobar si la solución adoptada se ajusta al marco jurídico vigente; 2ª) prueba de la publicidad: disposición de defender públicamente el curso de acción elegido; 3) prueba del tiempo: someter el curso óptimo de acción a la hipótesis de resistir el paso del tiempo, es decir, si transcurrido un plazo de tiempo se tomaría la misma decisión ante el mismo caso; y 4) decisión final: es la adoptada por la persona responsable del caso, tras el asesoramiento del grupo de deliberación, puesto que a ella le corresponde tal decisión como responsable del caso.

Los clásicos ya nos lo decían con precisión: «*Cultiva el hábito de estudiar y examinar una acción antes de emprenderla. Antes de obrar, retrocede para tener una visión más amplia, para no actuar a la ligera obedeciendo a un impulso. Determina lo que sucede primero, considera a dónde conduce y entonces actúa de acuerdo con lo que hayas aprendido*»¹¹.

3.5. La bioética como práctica de virtudes: hacia la excelencia profesional

La tarea de revitalizar las profesiones sanitarias se consigue reconstruyendo continuamente los fines o bienes internos que les confieren sentido y legitimidad. Y, para ello, es preciso adquirir buenos hábitos, “virtudes”, que los griegos llamaban *aretai*, excelencias. Se trata de «*cualidades humanas adquiridas, cuya posesión y ejercicio tiende a hacernos capaces de lograr aquellos bienes que son internos a las prácticas y cuya carencia nos impide efectivamente lograr cualquiera de tales bienes*»¹².

Teniendo en cuenta que los términos de excelencia y excelente se aplican a algo o alguien que sobresale en bondad, mérito o estimación, no cabe duda de que las virtudes son modelos de excelencia que definen las relaciones de las personas que comparten la misma práctica, como es el caso de la sanitaria y, además, son de gran ayuda para conseguir los bienes internos que le dan sentido y legitimidad social. Excelente sería aquí quien compite consigo mismo para ofrecer un buen producto profesional, quien no se conforma con la mediocridad de aspirar sólo a cumplir requisitos burocráticos o eludir acusaciones legales de negligencia... quien ejerce su *êthos* profesional basándose en el compromiso con personas concretas, de carne y hueso, cuyo beneficio da sentido a su actuación clínica.

He aquí una posible tabla de virtudes¹³: 1) *Fidelidad y/o lealtad* a la promesa exigida por la relación de confianza con el enfermo; 2) *Benevolencia*: deseo y voluntad de hacer el bien del enfermo; 3) *Abnegación*: subordinar los intereses personales al bien del enfermo; 4) *Veracidad*: decir la verdad al enfermo teniendo en cuenta su derecho a ser informado y su capacidad de comprensión, así como saber callar cuando reivindica su derecho a no ser informado; 5) *Compasión*: empatía y comprensión hacia la situación del enfermo; 6) *Humildad intelectual*: saber cuándo se debe decir “no lo sé” o “tengo que preguntarlo”; 7) *Justicia*: respetar los derechos del enfermo y ajustarse a sus necesidades y su modo de ser; 8) *Prudencia*: capacidad de discernir razonablemente la actuación correcta en cada situación; y 9) *Cuidado*: disposición a promover siempre la calidad de vida del enfermo.

Ponemos el punto final parafraseando lo que decía Aristóteles¹⁴: no hemos pretendido aquí estudiar ética para saber más o para dar lustre a nuestro curriculum profesional, sino para ser justos, virtuosos y buenos...para ser felices con y para los demás. La bioética médica es un magnífico ejercicio de sabiduría, generosidad y excelencia moral.

¹ A. Llano Escobar, “Qué entendemos hoy por bioética?”, *Selecciones de Bioética*, 15 (2009) 6. http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Bioetica/1pdfs_docs/Tab/seleccionesNo.15.pdf

² G. Hottois, “Bioéthique”, en G. Hottois, J. Noël Missa (eds.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, DeBoeck Université, Bruxelles, 2001, 124. <https://educationsante.be/la-nouvelle-encyclopedie-de-bioethique/>

³ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*, art. 4.1. Madrid, 2011. <https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/a8774a7d-9930-469e-8753-eb9e51d29318/codigodeontologia/index.htm>

⁴ C. González Quintana, “El principialismo y la bioética”.

<http://www.bioeticadesdeasturias.com/2012/01/el-principialismo.html>

⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica. <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

⁶ *Tratados hipocráticos*, vol. 5, *Epidemias*, Gredos, Madrid, 1989, 62-63.

⁷ Su obra más importante sigue siendo *Fundamentos de bioética*, Triacastela, 3ª ed., Madrid, 2008.

⁸ D. Gracia, “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, en D. Gracia y J. Júdez (eds.), *Ética en la práctica clínica*, Triacastela, Madrid, 2004, 30.

⁹ D. Gracia, “Teoría y práctica de la deliberación moral”, en L. Feito, D. Gracia, M. Sánchez (eds.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Triacastela, Madrid, 2011, 101-154. Hay un excelente resumen en C. Pose, *Bioética de la responsabilidad. De Diego Gracia a Xabier Zubiri*, Triacastela, Madrid, 2012, 42-49.

¹⁰ D. Gracia, “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, obra citada en nota 20, 29-31.

¹¹ Epicteto, *Un manual de vida*, Harper Collins Publishers, Barcelona, 1997, 50-51.

¹² A. MacIntyre, *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 1987, 237.

¹³ C. González Quintana, “La virtud en la ética médica de E. Pellegrino”.

<http://www.bioeticadesdeasturias.com/2011/11/epellegrino-la-virtud-en-la-etica.html>

¹⁴ Aristóteles, *Ética nicomáquea*, II, 1103b, 30, Gredos, 5ª reimp., Madrid, 2000