

33 Ética médica

D. Gracia

(Capítulo del Libro Medicina Interna, Farreras Rozman, 13ª ed)

Los problemas éticos de la medicina clínica

El ejercicio de la medicina ha planteado siempre problemas éticos y exigido del médico una elevada calidad moral, como lo demuestra la ininterrumpida serie de documentos deontológicos que jalonan la historia de la medicina occidental, desde sus inicios en la época hipocrática hasta la actualidad. Sin embargo, en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios. Esto explica que la literatura sobre ética médica y clínica haya crecido exponencialmente en los últimos años, dando lugar a la elaboración de un amplio cuerpo de doctrina, hoy indispensable en la formación de un buen profesional. Las razones de este cambio son de tres tipos: 1. Un factor que ha desencadenado multitud de problemas y conflictos éticos ha sido el enorme progreso de la tecnología sanitaria en los últimos 30 años. La puesta a punto, a partir de los años sesenta, de diferentes procedimientos de sustitución de funciones orgánicas consideradas vitales (la diálisis y el trasplante de riñón en el caso de la función renal; la respiración asistida en el de la función respiratoria; las técnicas de reanimación, desfibrilación, etc., en el de la función cardíaca; la alimentación parenteral en el de la función digestiva, etc.) ha permitido medicalizar de modo hasta hace poco insospechado el período final de la vida de las personas e incluso replantear la propia definición de muerte. El nuevo concepto de *muerte cerebral* permite hoy diagnosticar como muertas a personas cuyo corazón aún late y que, por ello y de acuerdo con la definición clásica, están vivas. Por otra parte, la concentración de las técnicas de soporte vital en unos nuevos servicios hospitalarios, conocidos desde los años sesenta con el nombre de unidades de cuidados intensivos (UCI), plantea un nuevo conjunto de problemas éticos: ¿a quiénes se debe ingresar en estas unidades y a quiénes no?, ¿cuándo pueden desconectarse los respiradores?, ¿qué pacientes deben ser reanimados y cuáles no?, ¿hay que tener en cuenta en todo esto sólo los criterios médicos o también la voluntad de los pacientes? y ¿qué papel desempeñan en la toma de decisiones los familiares, las instituciones aseguradoras y el Estado? Aún más espectaculares que las tecnologías del final de la vida son aquellas otras que permiten manipular su comienzo: ingeniería genética, inseminación artificial, fecundación *in vitro*, transferencia de embriones, diagnóstico prenatal, etc. ¿Qué principios éticos deben regir la actividad del médico en estos dominios?, ¿cómo establecer la diferencia entre lo moral y lo inmoral en una sociedad tan plural como la nuestra, en la que no resulta nada fácil poner de acuerdo a las personas sobre los conceptos de bueno y malo? La lista de preguntas podría incrementarse fácilmente. Esta revolución tecnológica, sin precedentes en toda la historia de la medicina, está obligando a cambiar los procedimientos de tomas de decisiones. Hasta hace muy pocos años el médico se limitaba a ser un mero colaborador de la naturaleza, que era la que decidía prácticamente todo, desde el nacimiento hasta la muerte. Hoy esto no es así. El médico ha pasado de ser un simple servidor de la naturaleza a ser su señor, hasta el punto de que puede, dentro de ciertos límites que sin duda irán ampliándose en el futuro,

prolongar la vida más allá del límite considerado “natural”. Ahora bien, cuando esto sucede, cuando la vida y la muerte dejan de ser fenómenos “naturales” por hallarse de algún modo gobernados por el hombre, es lógico que se plantee la pregunta acerca de quién debe tomar las decisiones: ¿el médico?, ¿el paciente?, ¿la familia? De este modo, la revolución tecnológica ha desembocado en una segunda revolución, la de quién puede, debe y tiene que tomar las decisiones que afectan el cuerpo de una persona. La respuesta tradicional fue que el médico y, en último caso, los familiares. La respuesta que se ha ido imponiendo en estas últimas décadas es que tal prerrogativa corresponde en principio sólo a los pacientes. Es la segunda nota característica de la medicina actual: el fenómeno de emancipación de los pacientes y su mayor protagonismo en el proceso de toma de decisiones. 2. La ética médica clásica se basó en el principio de que la enfermedad no sólo altera el equilibrio somático o corporal del hombre, sino también el psíquico y moral. El dolor transforma de tal modo la capacidad de juicio del ser humano, decía ya Aristóteles, que le impide tomar decisiones prudentes. Por eso, la virtud primaria y casi única del enfermo había de ser la “obediencia”. La relación médico-paciente era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer. El estereotipo clásico de buen enfermo ha sido siempre el de un ser pasivo, que no pregunta ni protesta, y que establece con su médico relaciones muy parecidas a las de un niño pequeño con su padre. De ahí que la actitud médica clásica fuera “paternalista”. En la relación médico-paciente el médico asumía el papel de padre autoritario, que busca el mayor bien del paciente pero sin contar con su voluntad. Así se explica que a lo largo de la historia de la medicina sea posible encontrar una enorme profusión de códigos éticos de los médicos, pero ninguno de los enfermos. Éstos han surgido hace escasamente 20 años. Sólo a principios de la década de los setenta comenzó a interpretarse la relación sanitario-paciente como un proceso de negociación entre personas adultas, ambas autónomas y responsables. Con ello se intentó soslayar el proceso de infantilización al que se vio sometido el paciente en el modelo clásico. Las relaciones sanitarias, se dice ahora, serán tanto más maduras cuanto más adultas, y para esto último es preciso que el enfermo deje de ser considerado como un menor de edad. Fueron los propios pacientes los que comenzaron a reivindicar este tipo de trato, exigiendo que se les respetase un conjunto de derechos (que dieron origen, a partir de 1972, a la aparición de los códigos de derechos de los enfermos), el principal de los cuales es el denominado *derecho al consentimiento informado*. En la relación sanitaria el profesional tiene la información técnica, y el paciente adulto la capacidad de consentir o decidir. Ninguno de los dos puede hacer nada sin el otro. Ambos son necesarios, y todo acto médico consiste en un proceso de negociación o entendimiento entre las dos partes, exactamente igual que sucede en los demás aspectos de la vida humana: en las relaciones de pareja, en la familia, en la vida social y política, etc. En todos estos ámbitos de la vida humana se ha pasado de unas relaciones verticales o impositivas, a otras más horizontales o participativas. La medicina no podía ser una excepción. Esto ha hecho ganar en madurez a las relaciones sanitarias, pero también en conflictividad. También éste es un fenómeno que se ha producido en todos los demás ámbitos de las relaciones humanas.

Tales relaciones se han hecho más inestables, al tiempo que han ganado en madurez. No está dicho que lo más estable sea por definición lo más humano y ético. Muy al contrario, sucede que el equilibrio humano es siempre inestable y necesita de un continuo proceso de ajustamiento. 3. El tercer frente de conflictos éticos tiene que ver con el acceso igualitario de todos a los servicios sanitarios y la distribución equitativa de unos recursos económicos limitados y escasos. Nuestra época es la primera de la historia que ha intentado universalizar el acceso de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Parece que la propia idea de justicia exige asegurar que todos los hombres tengan cubiertas unas necesidades tan básicas como las sanitarias. Ahora bien, ¿qué son necesidades sanitarias?, ¿cómo diferenciar en el ámbito de la salud lo necesario de lo superfluo? Los economistas aseguran que en el campo sanitario toda oferta crea su propia demanda, con lo cual el consumo de bienes de salud es, en teoría, prácticamente ilimitado. ¿Hay obligación moral de cubrir esas necesidades crecientes en virtud del principio de justicia?, ¿cómo establecer unos límites racionales? Dado que en el área sanitaria las necesidades serán siempre superiores a los recursos, ¿qué criterios utilizar para la distribución de recursos escasos? La convergencia de estos tres tipos de factores ha determinado que la medicina actual sea completamente distinta a la de cualquier época anterior. Puede afirmarse sin miedo a errar que la relación médico-paciente ha cambiado en los últimos 25 años más que en los anteriores 25 siglos, es decir, que desde el comienzo de la medicina occidental, en tiempo de los médicos hipocráticos, hasta los años sesenta. Esto es también lo que ha hecho que la ética médica haya adquirido en nuestros días una dimensión muy superior a la de cualquier otra época. Ha sido preciso crear toda una nueva disciplina, que hoy se conoce con el nombre de *bioética*.

Bioética médica

El término bioética fue utilizado por primera vez por POTTER en 1970. Su objeto de estudio lo constituyen los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida, no sólo por la medicina o por las ciencias de la salud. La bioética médica es la parte de la bioética que intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos planteados por las ciencias medico-sanitarias. Estos procedimientos han de cumplir unos cuantos requisitos que, como mínimo, son los siguientes: 1. La bioética médica ha de ser una ética *civil* o *secular*, no directamente *religiosa*. Hasta hace muy pocos años las éticas médicas tenían carácter directamente confesional y religioso. Hoy esto es imposible, aunque sólo sea porque los países occidentales han perdido la uniformidad de creencias religiosas. De hecho, en un hospital moderno conviven creyentes, agnósticos y ateos, y dentro de cada uno de estos grupos coexisten códigos morales muy distintos. Por otra parte, estas mismas sociedades han elevado a la categoría de derecho humano fundamental el respeto por las creencias morales de todos (derecho de libertad de conciencia). Esto no significa que no sea posible un acuerdo moral sobre los mínimos aceptables por todos y a todos exigibles, que constituya el núcleo de la "ética civil" de la colectividad. Lo que quiere decir es que dicho acuerdo habrá de ser racional y no directamente "creencial". En el campo específico de la bioética médica esto significa que, aun teniendo todas las personas derecho al escrupuloso respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sanitarias están obligadas a establecer unos mínimos morales exigibles a todos. Éstos ya no podrán fijarse de acuerdo con los mandatos de las morales religiosas, sino desde criterios estrictamente seculares, civiles o racionales. La bioética médica ha de ser, pues, una bioética secular o civil. 2. Ha de ser, además, una ética *pluralista*, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior. Este procedimiento, que en el

orden político ha generado los usos democráticos y parlamentarios, tiene su propia especificidad en el ámbito de la ética. Por principio cabe decir que una acción es inmoral cuando no resulta universalizable al conjunto de todos los seres humanos, esto es, cuando el beneficio de algunos se consigue mediante el perjuicio de otros. Esto siempre se debe a que la decisión no ha sido suficientemente "pluralista" o "universal". Si al tomar una decisión moral tuviéramos en cuenta a la humanidad entera, no hay duda de que los intereses particulares de las personas concretas se anularían entre sí, y quedaría sólo el interés común, el bien común. De ahí que el pluralismo no tenga por qué ser un obstáculo para la construcción de una ética, sino más bien su condición de posibilidad. Sólo el pluralismo universal puede permitir una ética verdaderamente humana. 3. El tercer requisito que ha de cumplir la bioética actual es la de ser *autónoma*, no *heterónoma*. Se denominan heterónomos los sistemas morales en los que las normas le son impuestas al individuo desde fuera, en tanto que autónomos son los sistemas que parten del carácter autolegisador del ser humano. Las éticas heterónomas son de muy diversos tipos: naturalistas (el criterio de bondad lo constituye el orden de la naturaleza), sociológicas (el criterio de moralidad se basa en las normas y convenciones propias de cada sociedad), teológicas (los criterios son los presentes en los libros revelados), etc. Las éticas autónomas consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano. Es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad, y por ello mismo en tribunal inapelable: eso es lo que se denomina "conciencia" y "voz de la conciencia". 4. De todo esto se desprende que la ética médica tiene que ser *racional*. Racional no es sinónimo de racionalista. El racionalismo ha sido una interpretación de la racionalidad que ha pervivido durante muchos siglos en la cultura de Occidente, pero que hoy resulta por completo inaceptable. La tesis del racionalismo es que la razón puede conocer *a priori* el todo de la realidad y que, por tanto, es posible construir un sistema de principios éticos desde el que se deduzcan con precisión matemática todas las consecuencias posibles. Tal fue el sueño de BARUC ESPINOSA en su *Ethica more geometrico demonstrata*. Al menos desde la época de GÖDEL, sabemos que ni la propia razón matemática tiene capacidad de establecer sistemas completos y autosuficientes, lo cual demuestra que la racionalidad humana tiene siempre un carácter abierto y progrediente, con un momento *a priori* o principialista y otro *a posteriori* o consecuencialista. La razón ética no es una excepción a esta regla y, por tanto, ha de desarrollarse siempre a ese doble nivel. 5. Finalmente, la moderna ética médica aspira a ser *universal* y, por tanto, a 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, quedándose en el puro convencionalismo. La razón ética, como la razón científica, aspira al establecimiento de leyes universales, aunque siempre abiertas a un proceso de continua revisión.

Problemas de fundamentación de la bioética

Todos los sistemas bioéticos intentan cumplir con las cinco condiciones anteriores. El principio de la moralidad está en el hecho de que los seres humanos se sienten "responsables" de sus actos y, por tanto, internamente "obligados" a actuar de una manera determinada. La responsabilidad y la obligación son fenómenos directamente derivados del hecho de la racionalidad. Los seres racionales tienen estas características y, por ello, son individuos normales, del mismo modo que tienen otras características que los hacen sujetos de otros valores específicamente humanos, como los esté-

ticos o los lógicos. El origen de la vida moral está siempre en la comprobación que uno hace en sí mismo y que, por definición, tiene que ampliar al conjunto de todos los seres racionales, de que es sujeto de obligación y de responsabilidad. Ser sujeto moral, dijo KANT, es ser “fin” en sí mismo y no sólo “medio”. En esto se diferencian las “personas” de las “cosas”. Las personas son fines en sí mismos, porque son sujetos morales, en tanto que las cosas naturales son medios, porque no adquieren carácter o condición moral más que con respecto a las personas. De ello se deduce que el principio básico de la vida moral es siempre el respeto de todos los seres humanos como fines en sí mismos y el respeto de las demás cosas como medios para los seres humanos. A esta conclusión se llega desde puntos de vista y fundamentaciones de la ética muy distintos. En la tradición anglosajona es frecuente que se llegue a esta conclusión por vía teleológica o utilitarista, en tanto que en la tradición europea son más frecuentes las fundamentaciones deontológicas o principialistas. Es importante no perder de vista, en cualquier caso, que la conclusión a la que llegan es completamente similar.

El utilitarismo moral es una creación típicamente anglosajona, gestada en la época comprendida entre BENTHAM y STUART MILL. Por supuesto, este utilitarismo, que tenía como máxima la consecución del mayor bien para el mayor número de personas, ha dejado paso en la actualidad a otro que, por influencia continental europea, sobre todo de KANT, considera que las normas éticas han de cumplir siempre con el principio de universalización, de modo que el criterio no puede ser ya el del mayor bien para el mayor número, sino el del máximo bien para todos. Pero esta versión del utilitarismo es también anglosajona. El ejemplo más representativo está probablemente en el “prescriptivismo” de RICHARD HARE, para quien el criterio ético fundamental ha de consistir en “la atribución de igual importancia a los intereses iguales de todos los ocupantes de todos los papeles”. Un discípulo de HARE muy influyente hoy en la bioética anglosajona, PETER SINGER, ha formulado esto de modo aún más conciso: el principio básico de la ética es el de “igual consideración de los intereses” de todos los implicados. La tradición continental europea ha seguido por lo general otra vía para expresar el principio de igual consideración y respeto por todos los seres humanos. En general, no parte del principio de utilidad, y por tanto de maximización de los intereses de todos los implicados, sino de la constatación de un hecho primario, que la razón descubre en sí misma como absoluto e imperativo. Este hecho es, en la formulación de KANT, que todos los seres humanos son fines y no sólo medios y que, por tanto, deben ser tratados como tales, y la Humanidad como el reino de los fines. Es importante advertir que tanto en una tradición como en la otra, el principio general de respeto de los seres humanos tiene un carácter estrictamente “formal”, lo que significa que en sí no manda o prescribe nada concreto, aunque sí es la forma de todo mandato que tenga carácter prescriptivo. Se trata, pues, del patrón de medida de los actos en tanto que morales, lo que KANT denominó el “canon” de la moralidad, pero de nada más. Para que cualquier proposición tenga carácter deontológico o prescriptivo debe ajustarse a ese criterio general que es el canon de la moralidad, pero este canon en sí no es prescriptivo y, por tanto, no dicta ninguna obligación moral concreta; es, simplemente, el patrón de medida de toda obligación moral, la forma de todo mandato deontológico. Esa distinción es importante, pues permite diferenciar con nitidez dos tipos de imperativos morales. Unos son los imperativos meramente formales, que carecen de contenido material o concreto y que, por tanto, no obligan a nada en concreto, aunque definen la forma de toda obligación. Estos imperativos son los más radicales que pueden formularse en ética, y por eso tienen un carácter absoluto e

incondicionado, son siempre verdaderos y carecen de excepciones. De este tipo son el principio de igual consideración y respeto de todos los seres humanos, o el de su consideración como fines y no como medios, etc. Son principios que, en orden a todo el ulterior desarrollo moral, tienen el carácter de últimos e incondicionados y, por tanto, de absolutos. Por ello obligan siempre y carecen de excepciones. Siempre hay que tratar con consideración y respeto a los seres humanos y siempre hay que respetar los intereses de los seres humanos, como dirían HARE y SINGER. Lo que sucede es que todavía no hemos dicho qué entendemos en concreto por seres humanos o cuáles son los intereses concretos que hay que respetar. Esto es lo que significa que tales principios tienen un carácter meramente formal. A partir de esos principios formales, es preciso formular normas o criterios concretos, es decir, dotados de contenido material, que nos digan lo que está permitido o prohibido. Por ejemplo, si debemos respetar a todos los seres humanos, parece claro que no los podemos matar o que no podemos mentirles. Los principios de respeto de la vida y de veracidad son materiales, puesto que definen como buenos ciertos actos humanos concretos, y como malos sus contrarios. Esos principios tienen, pues, contenido material y, además, poseen carácter deontológico; es decir, mandan hacer ciertas cosas y evitar otras. Lo que sucede es que ya no tienen la contundencia y la absolutez del principio formal. Así, con respecto al principio formal hemos señalado que obligaba siempre y que no tenía excepciones, en tanto que los mandatos de contenido material no obligan siempre y tienen excepciones: hay veces que está moralmente permitido matar, y otras muchas en que nos vemos obligados a no decir la verdad y aun a mentir. Por eso, estos imperativos no tienen carácter categórico sino hipotético: su moralidad depende siempre de las condiciones materiales, de las circunstancias y de las consecuencias. En bioética se considera que estos imperativos hipotéticos, que derivan directamente del imperativo formal de igual consideración y respeto de todos los seres humanos, pueden reducirse a cuatro o formularse en forma de cuatro principios, los de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El primero y más importante es, sin duda, el de *autonomía*, ya que del principio formal deriva directamente el hecho de que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un sujeto moral autónomo y que, por tanto, él es el agente moral primario, el responsable de sus propias decisiones. En principio, nadie puede coartar la libertad moral de los individuos y la primera obligación moral de todos ellos es realizar su vida de un modo responsable, responder ante su propia conciencia de su particular proyecto de vida. Esto es lo que suele denominarse “felicidad”, el objetivo vital de cada persona. En él está la primera obligación moral de todo ser humano, en llevar la propia vida a plenitud, conforme a sus capacidades y posibilidades. Esto es algo que cada uno tiene que llevar a cabo de forma autónoma y es lo que explica que haya tantos proyectos de felicidad como personas. Por esto también unos pueden considerar “beneficioso” para el logro de ese proyecto de vida que se han propuesto cosas que para otros pueden no serlo. Dicho de otra manera, la “autonomía” define el horizonte de las cosas beneficiosas para mí, lo que en bioética se denomina *beneficencia*. Autonomía y beneficencia son dos principios íntimamente relacionados entre sí. No hay autonomía sin beneficencia ni beneficencia sin autonomía. Luego veremos las consecuencias que esto tiene en la relación médico-enfermo.

Hay, pues, un nivel de principios éticos materiales de carácter deontológico, que son los de autonomía y beneficencia. Ellos definen la ética “privada” de las personas, es decir, sus obligaciones morales intransitivas, las que pueden imponerse a sí mismos (ser médico o aviador o misionero) y que marcan el máximo moral al que aspiran. Los principios de autonomía y beneficencia definen la “ética de máximos”, es decir, el máximo moral exigible por cada individuo a sí mismo, y que puede ser distinto del que se exijan los demás a sí mismos.

Todos queremos ser felices, y hasta todos tenemos la obligación de serlo, pero cada uno lo será de una manera distinta. Por eso las obligaciones morales de este nivel tienen carácter privado e intransitivo. Yo puedo considerarme obligado a hacer muchas cosas que, sin embargo, no puedo obligar a los demás a que hagan. Si las hacen, será porque aceptan libremente mi punto de vista, es decir, porque piensan como yo. Pero en principio nadie puede obligar a otro a actuar conforme a su peculiar idea de la felicidad. La coacción convertiría la acción en no autónoma y, por tanto, haría por completo imposible toda esta dimensión de la moralidad humana. Pero la moralidad no se agota en este nivel de lo privado e intransitivo. Hay otra moralidad que es pública, compuesta por obligaciones claramente transitivas. En efecto, el principio de igual consideración y respeto de todos los seres humanos parece exigir, además del respeto de la diversidad de los proyectos de vida, la uniformidad en ciertas cuestiones básicas o comunes, es decir, en las acciones transitivas, en las relaciones entre los seres humanos. Esto es lo que definen los principios de *no maleficencia* y de *justicia*, que también están íntimamente relacionados entre sí, hasta el punto de poder considerarlos como dos facetas de un mismo principio, el de igualdad básica y respeto mutuo en la vida social. En este nivel, pues, a diferencia del anterior, el criterio básico no es el del respeto de la diversidad de códigos éticos, sino el de exigencia de igualdad básica, de respeto, aun coactivo, de un mismo código de reglas mínimas de convivencia. Por eso, éste no es el nivel de la ética de máximos, sino de la ética de mínimos. Lo que constituye este nivel es el mínimo de deberes que han de ser comunes a todos y que todos debemos cumplir por igual. Este mínimo define la ética pública de una sociedad, y tal es la razón de que tenga por garante al Estado. El Estado surge para proteger y promover el cumplimiento de los deberes propios de este nivel, que por ello mismo tienen el carácter de públicos. Estos deberes se refieren al respeto de la integridad física de las personas (no maleficencia) y a su no discriminación en la vida social (justicia). Estos deberes se establecen por consenso público y general y toman forma también pública. De ahí que se plasmen en derecho. El principio general del derecho es la igualdad de todos ante la ley, la no discriminación de nadie y la posibilidad de exigencia coactiva de sus preceptos. De ahí que los mandatos de este nivel obliguen, una vez establecidos por vía legítima, a todos los miembros de la sociedad, aun en contra de su voluntad. A partir de aquí es posible definir de modo más preciso el concepto de autonomía. Por autonomía se entiende en bioética la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción. Naturalmente, los principios de no maleficencia y de justicia son de algún modo independientes del de autonomía y jerárquicamente superiores a él, ya que obligan aun en contra de la voluntad de las personas. Entre aquéllos y éste hay la misma diferencia que entre el bien común y el bien particular. Yo puedo, debo y tengo que perseguir mi bien particular, pero también tengo obligación, en caso de conflicto, de anteponer el bien común al propio bien particular. Los principios universales o de bien común, como son el de no maleficencia y el de justicia, tienen prioridad sobre el principio particular de autonomía. Esto es algo que parece evidente y que, en cualquier caso, está en la base de toda la ética y el derecho occidentales. No parece fácil cuestionarlo de raíz. Por otra parte, aquello que es beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón por la cual es incomprendible separado de la autonomía. No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque sí estamos obligados a no hacerle mal (no maleficencia). Poner sangre a un testigo de Jehová es un acto negativo de beneficencia, precisamente porque va en contra del propio sistema de valores del individuo, es decir, porque se opone al proyecto de vida, al ideal de perfección que se ha trazado en la vida. La beneficencia depende siempre del propio sistema de valores y por ello tiene, a la postre, un carácter subjetivo, a diferencia de lo

que sucede con los principios de no maleficencia y justicia. De todo esto puede concluirse que los cuatro principios se ordenan en dos niveles jerárquicos, que podemos denominar, respectivamente, nivel 1 y nivel 2. El primero, el nivel 1, está constituido por los principios de no maleficencia y de justicia, y el nivel 2 por los de autonomía y beneficencia. El primero es el propio de la *ética de mínimos*, y el segundo es el de la *ética de máximos*. Naturalmente, en caso de conflicto entre ambos siempre tiene prioridad el nivel 1 sobre el 2. Dicho de otro modo, las obligaciones públicas siempre tienen prioridad sobre las privadas. A los mínimos morales se nos puede obligar desde fuera, en tanto que la ética de máximos depende siempre del propio sistema de valores, es decir, del propio ideal de perfección y felicidad que nos hayamos marcado. Una es la ética del “deber” y otra la ética de la “felicidad”. También cabe decir que el primer nivel es el propio de lo “correcto” (o incorrecto), en tanto que el segundo es el propio de lo “bueno” (o malo). Por eso el primero es el propio del Derecho, y el segundo el específico de la Moral. Esta teoría de los dos niveles tiene la ventaja de recoger la sabiduría de siglos y evitar extremismos doctrinarios. Estos extremismos han consistido siempre en la identificación de los dos niveles y, por tanto, en la anulación de la diferencia entre ellos. Un extremismo, el propio de todos los totalitarismos políticos, consiste en negar el nivel 2, convirtiendo todo en obligaciones de nivel 1. Todos tienen que ser felices por decreto y compartir el mismo ideal de perfección y felicidad. Éste ha sido el sino de todas las utopías. Y siempre ha sucedido que la negación del nivel 2 ha llevado a la degradación moral de las personas y de la misma sociedad. El extremismo opuesto es el de negar el nivel 1, convirtiendo todo en nivel 2. Ésta ha sido siempre la utopía liberal extrema y libertaria. Tampoco esto es posible. Es necesario respetar los dos niveles y conceder a cada uno su parte. La ética clásica distinguió siempre entre dos tipos de deberes, los llamados de obligación perfecta o de justicia, y los de obligación imperfecta o caridad. Ambos son expresión precisa de la teoría de los niveles.

Cuestiones de procedimiento

Sería ingenuo pensar que con un sistema de principios, sea éste el que fuere, se pueden solucionar *a priori* todos los problemas morales. Los principios han de ser por definición generales, y los conflictos éticos son concretos, particulares. Esto hace que siempre se haya considerado necesario establecer en el proceso de razonamiento ético un segundo momento, distinto del de los puros principios. Si éste es racional y *a priori*, el momento de particularidad se caracteriza por ser experiencial y *a posteriori*. Siempre ha habido que admitir ese segundo momento, que Aristóteles denominó *phrónesis*, prudencia, y que se caracteriza por tener en cuenta las consecuencias del acto o de la decisión. Por esto cabe decir que el razonamiento moral consta de dos pasos, uno principialista, deontológico y *a priori*, y otro consecuencialista, teleológico y *a posteriori*. El primero sirve para establecer las “normas”, y el segundo las “excepciones” a la norma. Un buen ejemplo de esto lo tenemos en el tema de la mentira. En principio siempre hay que decir la verdad, pues de no hacerlo así estaríamos incumpliendo la norma de tratar a todos con igual consideración y respeto y, por tanto, estaríamos obrando injusta y maleficentemente. A pesar de ello, todos somos conscientes de que no siempre podemos decir la verdad. Hay circunstancias que nos obligan a no decir toda la verdad y, a veces, hasta a mentir. Éste es el caso de la clásicamente conocida como “mentira

piadosa". La mentira piadosa no puede justificarse más que como una "excepción" a la norma, impuesta por las circunstancias. Creemos que en esa situación concreta los males que seguirían al decir la verdad son tales que se impone hacer una excepción. La excepción la justificamos en el mismo principio de siempre, el de que todos los hombres merecen igual consideración y respeto. Lo que sucede es que en esa situación concreta pensamos que el decir la verdad no es tratar a esa persona con consideración y respeto y que, por lo tanto, el principio general de la moralidad nos permite saltar por encima de la norma, que en ese caso no es adecuada o correcta. Este momento tiene una enorme importancia en bioética. No en vano ésta es una disciplina nacida para resolver situaciones particulares y, por tanto, con vocación de convertirse en un procedimiento de toma de decisiones. Por todo lo ya dicho, este procedimiento debe constar de varios pasos, que están esquemáticamente representados en la **tabla 1.8**.

TABLA 1.8. Procedimiento de toma de decisiones en ética clínica

<p>1. Sistema de referencia moral Premisa ontológica: el hombre es persona y, en tanto que tal, tiene dignidad y no precio Premisa ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto</p> <p>2. Amonesto al no daño al futuro moral Nivel 1: no maleficencia y justicia Nivel 2: autonomía y beneficencia</p> <p>3. Amonesto al no daño al futuro moral Evaluación de las consecuencias objetivas o de nivel 1 Evaluación de las consecuencias subjetivas o de nivel 2</p> <p>4. Juicio moral Contraste del caso con la "regla", como se encuentra expresada en el punto 2 Evaluación de las consecuencias del acto, para determinar si es necesario hacer una "excepción" a la regla, de acuerdo con el punto 3 Contraste de la decisión tomada con el sistema de referencia (punto 1) Toma de decisión final</p>

Tomada de G. D., 1991.

Método de la bioética clínica

A partir de estos procedimientos puede elaborarse un método específico de análisis de las cuestiones éticas en la práctica clínica. Este método habrá de partir, naturalmente, del estudio de casos concretos y, por tanto, de historias clínicas. De ahí la importancia de un modelo de historia clínica suficientemente amplio para dar cabida a los problemas morales. Uno muy recomendable es la *historia clínica por problemas* de WEED, ya que permite identificar los distintos problemas de un paciente, ya sean éstos biológicos, humanos o éticos, y seguir la evolución de cada uno de ellos. La experiencia demuestra que no puede abordarse el análisis de los problemas éticos de una historia clínica si antes no se han estudiado bien los problemas biológicos. Así, por ejemplo, no tiene sentido plantearse si a un paciente se le pueden extraer órganos para trasplante si antes no hay certeza de que se halla en muerte cerebral, ni es posible discutir los problemas éticos del estado vegetativo permanente si no se ha procedido antes a un cuidadoso diagnóstico del caso. De ahí que la primera parte de cualquier método de bioética clínica haya de estar constituida por la historia clínica del paciente. Sin una buena historia clínica en la que se analicen los problemas biológicos, su etiología y su previsible evolución, no es posible el ulterior análisis ético. Es necesario que en la historia clínica se identifiquen no sólo los problemas biológicos, sino también los éticos. La experiencia demuestra que en las historias conflictivas hay por lo general más de un problema ético. Conviene identificarlos todos, para después ir analizándolos uno tras otro, separadamente. Es un hecho comprobado por quienes trabajan en el campo de la ética clínica que el error

que cometen con mayor frecuencia quienes se inician en el manejo de estas técnicas consiste en mezclar en la discusión unos problemas con otros, de modo que al final no se sabe sobre cuál de ellos se está realmente discutiendo. Cada problema moral debe someterse al mismo proceso analítico. De igual modo que los problemas biológicos se estudian siempre con la misma pauta, la propia de la historia clínica biológica, para el estudio de los problemas morales debe seguirse también un procedimiento siempre idéntico, que en esencia es el descrito con anterioridad. Primero hay que contrastar el caso con los principios deontológicos, tanto de nivel 1 como de nivel 2. Es fundamental tener en cuenta que la relación clínica es siempre y por principio de nivel 2, ya que está constituida por un individuo que cree tener una necesidad sanitaria y que de forma autónoma acude a un médico en busca de ayuda cualificada. El principio ético que hace presente el enfermo en la relación es el de autonomía, y el del médico es el de beneficencia. Lo que ambos quieren es llegar a un acuerdo privado, en el que converjan la autonomía del paciente con la beneficencia técnica del médico. El modo de lograrlo es mediante la puesta en práctica del consentimiento informado (que debe estar protocolizado en hojas especiales de la historia clínica). El médico informa al paciente lo que tiene y los procedimientos terapéuticos existentes, y el enfermo decide de forma autónoma sobre ellos, es decir, sobre si consiente o no consiente en su realización. En principio, pues, la relación clínica es una típica relación de nivel 2. Si el paciente no es competente para decidir (un modelo de evaluación de competencia es el que refleja la **tabla 1.9**), entonces deberán hacerlo en su lugar sus familiares y allegados y,

TABLA 1.9. Modelo de evaluación de la competencia

<p>Categoría n. 1: Pacientes con nivel de competencia mínimo</p> <p>Criterios de competencia 1. Comprensión básica de la propia situación 2. Asentimiento explícito o implícito a las opciones que se le proponen</p> <p>Sea competentes en esta categoría • Niños, retrasados mentales, dementes seniles moderados</p> <p>Sea incompetentes en esta categoría • Incoherentes, comatosos, individuos en estado vegetativo permanente, autistas</p> <p>Decisiones médicas que pueden tomar a) Consentir tratamientos eficaces b) Rechazar tratamientos ineficaces</p> <p>Categoría n. 2: Pacientes con nivel de competencia medio</p> <p>Criterios de competencia 1. Comprensión de la situación médica y del tratamiento médico 2. Capacidad de elección basada en las expectativas médicas</p> <p>Sea competentes en esta categoría • Adolescentes (de más de 12 años), retrasados mentales leves, ciertos trastornos de la personalidad</p> <p>Sea incompetentes en esta categoría • Trastornos emocionales graves, fobia al tratamiento, situaciones cognitivas</p> <p>Decisiones médicas que pueden tomar a) Consentir tratamientos de eficacia dudosa b) Rechazar tratamientos de eficacia dudosa</p> <p>Categoría n. 3: Pacientes con nivel de competencia elevado</p> <p>Criterios de competencia 1. Comprensión racional y crítica de la enfermedad y el tratamiento 2. Decisión racional basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados</p> <p>Sea competentes en esta categoría • Adultos con mayoría de edad legal, enfermos reflexivos y autocríticos, poseedores de emociones maduras de comprensión</p> <p>Sea incompetentes en esta categoría • Enfermos indolentes, con birritas o ambivalentes, histéricos con defensas neuróticas</p> <p>Decisiones médicas que pueden tomar a) Consentir tratamientos ineficaces b) Rechazar tratamientos eficaces</p>
--

Tomada de G. D., 1991.

en último caso, el juez.

El médico nunca debe tomar la decisión, salvo en los casos de extrema urgencia. Puede suceder que el paciente quiera algo que está tipificado en esa sociedad como maleficiente o como injusto, es decir, como contrario a los preceptos de nivel 1. En este caso, el médico no puede acceder a los deseos del enfermo, ya que se hallan fuera de su competencia. Cuando el enfermo quiere algo que va en contra de la ley

pública, el médico no sólo no puede colaborar en el acto, sino que muchas veces debe comunicarlo al juez. Tal es lo que sucede, por ejemplo, en el caso de malos tratos a los niños. Otra posibilidad es que el paciente quiera algo que la ley no prohíbe y que, por tanto, en esa sociedad no está tipificado como maleficente o injusto, pero que el médico considera inmoral. En este caso, éste debe abstenerse de actuar, salvo en caso de urgencia, alegando objeción de conciencia y derivando al paciente hacia otro profesional. El respeto de la libertad moral de las personas exige también el respeto del disenso racional sobre las cosas que un sociedad considera maleficentes (o no maleficentes) y justas (o injustas). De esos disensos ha dependido, en buena medida, el progreso moral de las sociedades, como lo demuestran los procesos de abolición de la esclavitud, la pena de muerte, etc. Los principios de nivel 1 fijan el marco dentro del cual se establece la relación médico-paciente. Este marco está gobernado por los principios de no maleficencia y de justicia, que detentan, respectivamente, el juez y los gestores sanitarios. Dentro de este marco, la autonomía del enfermo y la beneficencia del médico definen en cada caso el contenido concreto de esa relación.

Comités institucionales de ética

Es muy probable que los actos medico-sanitarios sean hoy mejores que los de cualquier otra época de la historia de la medicina, no sólo desde el punto de vista técnico, sino también desde el punto de vista moral. Sin embargo, también son, como ya señalamos, mucho más conflictivos. La conflictividad no es en sí mala o negativa, sino una característica inherente a la condición humana, que, eso sí, debe reducirse en cuanto sea posible. En el marco de la relación sanitario-paciente, hay veces en las que el conflicto es tan agudo que ya no existe posibilidad de resolverlo desde dentro de la propia relación. Por eso conviene que las instituciones sanitarias tengan instancias específicas de resolución de conflictos morales, que además eviten que éstos traspasen los límites del ámbito sanitario y lleguen a los tribunales. A tal efecto se han creado los comités institucionales de ética (CIE) o comités asistenciales de ética (CAE), compuestos por representantes de los diferentes estamentos sanitarios y por algunos miembros de la comunidad. La función de tales comités, que por lo general tienen carácter consultivo, no decisorio, es mediar en los conflictos éticos y ayudar a la toma de decisiones en aquellos casos en los que se les pida consejo. La razón de que no estén compuestos sólo por médicos, ni sólo por personal sanitario, sino que incluyan también a representantes de los usuarios, es porque, según hemos dicho, las decisiones éticas sólo son correctas si tienen en cuenta los puntos de vista de todos, y no sólo los de algunos. No hay duda de que, en principio, los comités abiertos y plurales son más adecuados para tomar decisiones éticas que los que no lo son. Por eso el problema de los CAE no es que sean plurales, sino que no lo sean suficientemente. Por muy amplios que sean, nunca podrán estar compuestos más que por un pequeño grupo de personas. De ahí el peligro de que éstas actúen teniendo en cuenta sólo los intereses de unos pocos (los grupos que directamente representan), y no los intereses de todos (de acuerdo con los principios de no maleficencia y de justicia). Para evitar esto, es necesario que los CAE procedan siempre de forma metódica en el análisis de los casos, por ejemplo, utilizando el método que hemos propuesto antes. No hay duda de que si así lo hacen, sus decisiones serán correctas y buenas, es decir, éticas, lo cual servirá para varias cosas. En primer lugar, para educar al personal sanitario en la toma de decisiones morales; en segundo lugar, para evitar que los conflictos se incrementen y acaben ante los tribunales de justicia; y, en tercer lugar, para proteger a los sanitarios en caso de que al final lleguen a los tribunales. Cuando un CAE, tras una reflexión madura y teniendo en cuenta las diferentes

perspectivas de los hechos, ha tomado una decisión, es muy difícil que el juez no la asuma como propia. De todos modos, los métodos propios de la ética clínica y los CAE ayudan a incrementar la calidad de la asistencia sanitaria, tanto subjetiva como objetiva, es decir, contribuyen al logro de una medicina mejor.

Conclusión

Los actos médicos han de cumplir siempre dos condiciones básicas que son la *corrección* y la *bondad*. Un acto es incorrecto cuando no está técnicamente bien realizado. Si un médico no sabe utilizar en forma adecuada los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, decimos que los usa "incorrectamente". La incorrección implica siempre falta de suficiencia técnica. Por eso al médico que practica su arte de modo incorrecto se le califica de "mal médico". Hay malos médicos, como hay también malos conductores de automóviles o malos pintores. Los malos médicos no se identifican con los "médicos malos". Mal médico es el que posee una capacidad técnica insuficiente o incorrecta, en tanto que el médico malo es aquel que la utiliza mal porque es moralmente malo. Un buen médico puede ser a su vez un médico malo, dado que la suficiente técnica no implica necesariamente la bondad moral, por lo que al médico se le deben exigir ambas características. Por ello, desde los tiempos de la Antigüedad romana se viene definiendo al médico como *vir bonus medendi peritus*, es decir, hombre bueno, perito en el arte de curar. La pericia en el arte de curar define la "corrección técnica" del ejercicio médico y convierte a quien lo realiza en "buen médico"; la bondad humana, por su parte, define la "bondad moral" del profesional y hace de él un "médico bueno". Son dos factores imprescindibles, que se reclaman mutuamente: la falta de uno de ellos resulta incompatible con el ejercicio adecuado de la profesión. No todas las actividades humanas exigen de quien las practica tanta elevación moral como la medicina. Ello se debe a que los médicos trabajan con lo más preciado que tienen los seres humanos, su vida y su salud. De ahí la importancia que la ética profesional ha tenido siempre en medicina, al menos desde los orígenes de la tradición médica occidental, en tiempo de los hipocráticos. De hecho, la ética del *Juramento* no ha sido sólo el santo y seña de la moral médica durante 25 siglos, sino también el canon de todas las demás éticas profesionales. Las profesiones se diferencian de los oficios en que en estos últimos basta el control jurídico, es decir, la penalización *a posteriori* de las faltas o los delitos. En las profesiones, por el contrario, es preciso un estricto control previo, *a priori*, precisamente porque lo que está en juego es un valor tan fundamental como la vida humana. Y este control previo no puede ser más que ético. Por eso la ética nunca puede ser considerada por el médico como algo externo a su actividad profesional, sino como un elemento intrínseco y constitutivo suyo. Sólo el médico bueno puede ser buen médico.

Bibliografía especial

- BEAUCHAMP TL, MCCULLOUGH LB. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona, Labor, 1987.
- BRODY H. Ethical decisions in medicine, 2. a ed. Boston, Little Brown, 1981.
- DRANE JF. Métodos de la ética clínica. Bol of Sanit Panam 1990; 108: 415425.
- GRACIA D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Med Clin (Barc) 1989; 93: 100-102.
- GRACIA D. Fundamentos de bioética. Madrid, Eudema, 1989.
- GRACIA D. *Primum non nocere*. El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990.
- GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid, Eudema, 1991; 149.
- GRACIA D. La relación clínica. Rev Clin Esp 1992; 191: 61-63.

- GRACIA D. La práctica de la medicina. *Medicine. Tratado de medicina interna*, 5.ª ed. N.º 3, 1992; 3-10.
- JONSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE WJ. *Clinical ethics*, 2.ª ed. Nueva York, MacMillan, 1986. SIEGLER M. Decisionmaking strategy for clinicaethical problems in medicine. *Arch Intern Med* 1982; 142: 2.178-2.179.
- WEED LI. *Medical records, medical education, and patient care. The problemoriented record as a basic tool*. Cleveland, Press of Case Western Reserve University, 1971.