

Introducción a la Bioética. Metodología para tomar decisiones en Ética clínica*



M. de los Reyes López

Especialista en Cardiología. Magíster en Bioética (UCM). Expresidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

Resumen La **Bioética** no es moda pasajera, sino modos de hacer y de pensar en nuestro quehacer cotidiano del mundo sanitario, y aún más allá... con visos de permanencia. Aunque no se perciba, la Bioética ayuda a realizar valores. Los métodos que emplea para ayudar a tomar decisiones prudentes, es decir, responsables, semejan caminos de ida y vuelta, son tareas de búsqueda donde entre luces y sombras siempre hay riesgo de equivocarse. Eso es así porque el ser humano es falible, necesita orientación clara, consejo compasivo, tiempo para la reflexión en conciencia, espacios de deliberación y discernimiento, apertura de mente y amplitud de espíritu; sin esto último, todo lo anterior no adquiere su plenitud. Para que la deliberación moral se haga realidad son necesarias ciertas condiciones individuales, talento y talante se podrían llamar; y para que en los comités de ética –para la asistencia sanitaria o de investigación clínica– pueda aplicarse aquélla es preciso que dicho proceso sea colectivo. De todo esto se habla aquí: del ejercicio profesional, de principios, tópicos y procedimientos en Bioética, pero fundamentalmente se dan razones; unas, sobre lo que se debe hacer so pena de reprobación moral y acaso sanción jurídica y, otras, de lo que se exhorta a hacer aunque no exista obligación legal de ello. No hay buena práctica sin la adecuada teoría, pero ésta no será creíble y asumible si no se comprende y concreta en la praxis. He ahí el reto, que esperamos sea fecundo.

Palabras clave Profesión médica; Responsabilidad profesional; Bioética; Decisiones en ética clínica; Deliberación moral.

INTRODUCTION TO BIOETHICS. THE METHODOLOGY TO MAKE DECISION IN CLINICAL ETHICS

Abstract Bioethics is not a passing mode, but rather the way of acting and thinking in our daily activities in the health care world, and even more, that which has a tendency to continue. Although it is not perceived, bioethics helps to establish values. The methods used to help in making wise decisions, that is, responsible ones, resembles a round trip. They are tasks that mean searching between lights and shades where there is always the risk of erring. This occurs because the human is fallible, needs clear orientation, compassionate advise, time for self-reflection, spaces for deliberation and making a judgment, opening of the mind and extension of the spirit. It is impossible to acquire all of the above without the latter. In order to convert moral deliberation into a reality, certain individual conditions are needed. These can be called talent and willingness. This process must be a group one so that the health care or clinical research Ethics Committee can apply all that is necessary. This all is commented on herein: professional exercise, principles, topics and procedures in Bioethics, but fundamentally, reasons are given. Some of these deal with what should be done under penalty of moral censorship and perhaps legal sanction and others on what they are urged to do although there is no legal obligation to do so. Good practice does not exist without adequate theory, but this would not be credible and acceptable if it is not understood and done in the practice. This is the challenge and we hope it will be fruitful.

Key words Medical profession; Professional responsibility; Bioethics; Decisions in clinical ethics; Moral deliberation.

Pediatr Integral 2007;XI(10):863-872

*Al final se adjunta un **glosario**, cuyos términos tienen que ver específicamente con el contenido del artículo. En él se definen, detallan y amplían algunos importantes conceptos mencionados en el texto.

“La buena ética (clínica) debe comenzar con buenos datos clínicos.”
Javier Gafo, *in memoriam*

PREÁMBULO INELUDIBLE: EL EJERCICIO PROFESIONAL, HOY

¿La Bioética es una moda pasajera en el campo sanitario o tiene visos de permanencia? No cabe duda de que ahora hay más sensibilidad hacia esta materia debido, en parte, a que los conflictos de valores existentes pueden analizarse con el método propio de una ética aplicada.

Encrucijadas de la práctica médica: la reflexión ante todo

Hoy día, el *recto ejercicio profesional* no consiste sólo en la aplicación técnica de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, o en el arte interpretativo de las pruebas realizadas, sino que también es indispensable asumir un compromiso moral con el paciente individual y con la sociedad.

El mundo de la salud y la enfermedad plantea cuestiones ineludibles y delicadas de índole antropológica, sanitaria, social, ética, económica, política, legal y religiosa. Sirvan algunos ejemplos de ello: el dolor, el sufrimiento, la discapacidad y la muerte; los interrogantes sobre los fines de la Medicina, los medios técnicos de que se dispone y los costes para sufragar las necesidades y expectativas de los pacientes y usuarios; las respuestas ante situaciones concretas de discriminación, fragilidad o vulnerabilidad de las personas; o la verdadera misión de los profesionales sanitarios en sus respectivos contextos. Las nuevas metas que ha abierto el progreso de las ciencias, junto a sus posibles aplicaciones diagnósticas y terapéuticas, tocan los ámbitos más delicados de la vida en su significado más profundo.

Acaso sea interesante y útil señalar que la palabra “terapéutica” no significa sólo “curación”, sino también “servicio”, “cuidado”. El mismo sentido tiene el término latino *curatio*, el de cuidado o cura, en oposición a descuido o incuria. Por su parte, el verbo griego *iatreúo* significa a la vez cuidar y curar; de ahí procede la palabra *iatrós*, médico, y de ésta deriva *yatrogénico*. En fin, que médico no es sólo

lo el que diagnostica, sino quien a veces cura y siempre cuida. Por eso “curar con cuidado” es, quizá, la última y originaria justificación de nuestra actividad médica.

Según el estado de cosas actual, podría resultar peligroso tratar de solucionar directamente los conflictos éticos y legales concretos de la práctica clínica con el mero intuicionismo, con toscos prejuicios o desde un marcado subjetivismo moral. Eso no es conveniente ni deseable y, por ello, hay que reflexionar previamente de manera ordenada a partir de unas bases elementales de fundamentación. Sólo así podrá entenderse, en su verdadero contexto, que la mayor parte de los asuntos sobre los que dirimir conductas no se reducen a simples *dilemas*, sino que alcanzan la categoría de *problemas* con múltiples facetas y niveles de decisión.

En clínica y en (Bio)ética, los caminos son siempre de ida y vuelta

Todo lo antedicho implica que la *práctica de la Medicina* se ha hecho más *compleja y conflictiva*, que las relaciones intersubjetivas generan tensiones y no siempre satisfacciones, que no se tienen respuestas de certeza para toda condición clínica, que las instituciones y organizaciones sanitarias a veces no se rigen por criterios de equidad y eficiencia y que, con harta frecuencia, los *conflictos morales* que surgen en la atención sanitaria no se analizan con el sosiego debido ni se resuelven con la prudencia necesaria. Y una apostilla preliminar: un conflicto ético no es –como algunos con visión reduccionista afirman– un problema técnico mal planteado o peor resuelto, sino más bien lo contrario, ... la ética es inherente a la práctica de una Medicina Clínica de calidad.

Llegados a este punto, es clave hacerse varias preguntas:

- ¿Podemos detectar con facilidad los *problemas éticos* de la práctica médica cotidiana?
- ¿Somos capaces de discernir los *valores morales* que subyacen o afloran en los conflictos?
- ¿Estaríamos en condiciones de emitir *juicios éticos razonables* sobre cuestiones clínicas?
- ¿Buscamos el acuerdo tras una *deliberación* que pondere los intereses de todas las partes?

- ¿Sabemos integrar en las *decisiones* la racionalidad, las emociones, los sentimientos y las creencias?

Responder afirmativamente a todo ello supondría un grado de madurez moral poco común, ya que no basta la mera intuición ni por supuesto son suficientes los mensajes que algunos apuntan: “sólo hay que tener olfato moral”, “la ética es algo subjetivo y no se puede enseñar ni obligar”, “los actos son morales según que el Derecho los permita o los prohíba”, “sólo debo guiarme por principios y convicciones elevadas”, “las acciones son buenas o malas sólo según las consecuencias que se deriven de ellas”, “la autoridad de la jerarquía le confiere la razón”, ... Como se ve, un variado elenco de opiniones y asertos. Pero, ¿hay otros discursos?

Ante semejantes incertidumbres, ¿qué puede aportar la **Bioética** –como disciplina práctica que es– en nuestra sociedad española con pluralidad de ideas, valores y creencias? Pues algo fácil de enunciar pero nada sencillo de llevar a cabo: **ayudar a tomar decisiones prudentes y a realizar valores**; es decir, no trata de buscar consenso de cualquier manera o según mercadeo de votos, sino elegir el o los cursos de acción óptimos (a veces el mal menor) huyendo de las posturas extremas irreconciliables. Éste es el marco general, no ideal sino real; su aplicación en cada caso –en cada cuestión planteada en cada artículo de esta monografía– obligará a deliberar con arreglo a un método sistemático de análisis de los hechos, provocará el afloramiento de los valores en conflicto y, al final y sólo entonces, intentará concretar los deberes morales y las acciones a implementar. Nada más, pero tampoco menos.

CUESTIONES DE FUNDAMENTACIÓN: UN MARCO DE REFERENCIA BÁSICO

La Bioética no puede constituirse en moda sino que debe ser un modo de hacer y un talante para replantear nuestro quehacer cotidiano. Debe ser un modelo para buscar la calidad, la excelencia en nuestro trabajo, en la ética profesional del día a día. Porque la ética, en tanto que educación en los valores, no es cuestión de modas sino de actualidad permanente y una necesidad imperiosa de nuestra sociedad civil.

Juicio clínico y ético: dos procesos que exigen prudencia y método

Antes de nada, dos precisiones lingüísticas, que no por sabidas resultan menos controvertidas. Se trata de los vocablos “ética” y “moral”, que con el tiempo han pasado a ser complementarios y muchas veces intercambiables. *Ética* es un término de origen griego que significa el estudio de las costumbres o hábitos de la vida de los seres humanos; *Moral* es el término latino para designar lo mismo. Sin embargo, “ética” ha venido a significar posteriormente el estudio filosófico de los juicios morales, más atento a los problemas de fundamentación que a las cuestiones de contenido, aunque también evalúa la idoneidad de los valores o principios en su aplicación a ciertos campos; por su parte, “moral” se suele circunscribir a las opciones de valor personales o de grupo que determinan unas normas de conducta.

También, hay que resaltar que los *juicios clínicos* son siempre empíricos y concretos; no basta el simple “ojo clínico” que toma decisiones en arco reflejo sin pasar por una fase de evaluación sistemática del paciente y sus circunstancias. Igualmente, los *juicios éticos* deben ser experienciales, y por eso tampoco es suficiente el “olfato moral”; por tanto, será preciso efectuar el análisis de los diversos cursos posibles de acción y someterlos a un *proceso de deliberación*. El resultado de este último no pretende convertir los conflictos en dilemas, en cuestiones con sólo dos salidas, opuestas, disyuntivas y a veces extremas. La realidad nos demuestra que casi siempre el curso óptimo está en un punto intermedio y que las actuaciones, nunca imbuidas de certeza, deberán efectuarse con “tacto prudencial”.

En suma, que no sólo se necesitan *talento o aptitudes* (conocimientos y habilidades), que no es poco, sino *talante o actitudes*; y ambos se pueden adquirir con esfuerzo, perseverancia y voluntad de mejora en el actuar cotidiano. Sólo de este modo: propiciando la reflexión, la escucha activa, el respeto y la tolerancia por las opiniones ajenas y, además, promoviendo la coherencia y autenticidad en la defensa de los propios valores éticos, se puede actuar prudentemente.

La *prudencia (phrónesis)*, según esta línea de razonamiento, sería aquella vir-

tud intelectual que permite tomar *decisiones racionales* en condiciones de *incertidumbre*. Ahora bien, las decisiones prudentes nunca son ciertas, pero sí aspiran a ser *razonables*. De hecho, tras un proceso similar de deliberación y seguimiento de un mismo método, es posible que dos personas lleguen a conclusiones distintas y elijan cursos de acción diferentes, que no por ello dejen de ser prudentes. Y es aquí donde surgen las dudas y emergen ciertas tensiones; porque, aunque cueste reconocerlo y asumirlo, siempre habrá unas personas “abiertas” y otras “estrechas” de mente, cuyas perspectivas difieran e incluso supongan graves antagonismos.

La responsabilidad médica (ética y jurídica): mucho más que meros conceptos

La *responsabilidad* es una condición inexcusable de la naturaleza humana; por eso, el hombre debe vivir responsablemente, esto es, debe responder y dar razones de sus actos que, por definición, son actos de libre elección. ¿Ante quién debe responder? En primer lugar ante uno mismo, ante su conciencia. La *conciencia moral* es el juicio de la propia razón sobre la moralidad de las acciones que realizamos, es el primer tribunal de la razón moral. Pero también, el ser humano debe rendir cuentas a los demás –es decir, a las personas y a la sociedad en su conjunto– no sólo porque nos las pueden exigir sino por las consecuencias que a otros les puedan afectar.

Los médicos, por el hecho de haber elegido dicha profesión, tienen (tenemos) unas obligaciones especiales con características algo diferentes de sus obligaciones generales como ciudadanos o de las obligaciones específicas que se impongan a sí mismos como individuos particulares. Es más, la sociedad establece unos mínimos que se refieren a lo que se considera maleficente –es decir, la *ignorancia*, la *impericia*, la *negligencia* y la *imprudencia*– pero no a lo que se ha dado en llamar la *excelencia*.

Así pues, asumir una *responsabilidad ética* implica el permanente respeto a los principios éticos que rigen el ejercicio de la profesión médica. En este sentido, se trata de una categoría previa y superior a la *responsabilidad jurídica*; ya que, ésta

se puede satisfacer con el cumplimiento de las exigencias de diligencia debida y de los mandatos de las leyes aplicables. Por eso, el *ethos* profesional debe elevar sus miras y no conformarse con los mínimos de legalidad, debe orientarse hacia la excelencia.

CUESTIONES DE APLICACIÓN: LA BIOÉTICA SIEMPRE ES ÉTICA APLICADA

La Bioética puede ayudar a resolver conflictos, conciliar posturas enfrentadas y, probablemente, reeducar en los nuevos valores surgidos en el ámbito sociosanitario. Otra cosa es cómo se lleva esto a cabo. Además, falta por conocer aún el verdadero calado del interés por la Bioética en los ámbitos docente y asistencial de nuestro país.

Principios bioéticos de la profesión médica

Desde antiguo –al menos desde el siglo IV a. de C., cuando se cree que fue compuesto el Juramento hipocrático– la profesión médica ha tratado de establecer sistemas de autocontrol para evitar o paliar la mala práctica, y este propósito ha pervivido en la Medicina occidental hasta la actualidad. Aunque existen diversos paradigmas de fundamentación de la Bioética, acaso el de los “principios” sea el que más difusión y aplicación ha tenido. Pero no hay que olvidar hoy día que una Bioética moderna, entroncada de lleno con las éticas civiles, supone la incorporación de “otros extraños a la cabecera del paciente”, como algunos han descrito.

El término híbrido “*Bio-ética*” fue acuñado por Potter (1970). La plasmación inicial de sus principios –*respeto por las personas, beneficencia, equidad*– ocurre con la publicación del famoso Informe Belmont (*National Commission*, 1974-78). Poco después Beauchamp y Childress proponían que los *valores* que entran en juego en los problemas que se discuten en ética médica, y en general en Bioética, giraban en torno a cuatro principios básicos: *no maleficencia, autonomía, justicia y beneficencia*. Estos principios, en su devenir (Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. 1989), han adquirido la siguiente formulación cada uno:

TABLA I.
Correspondencia
entre la
propuesta
“principalista” y
la “casuista”

<i>Principialismo (4 principios)</i>	<i>Casuismo (4 tópicos)</i>
No maleficencia	Indicaciones médicas
Autonomía	Preferencias del paciente
Beneficencia	Calidad de vida
Justicia	Rasgos contextuales

- **Principio de no maleficencia:** no se debe hacer o promover un daño o perjuicio deliberadamente a otro, sea por acción u omisión. Recoge la clásica consigna latina de la ética médica, *primum non nocere*, extraída del viejo aforismo hipocrático “favorecer, o al menos no perjudicar”; eso incluye también la adecuación de la relación riesgo/beneficio. Su contenido tiene que ver específicamente con la competencia del médico, y viene definido por la *lex artis* y los criterios de indicación, de no indicación y de contraindicación; no obstante, siempre habrá que establecer criterios prudentes de actuación según sean las circunstancias del caso (*lex artis ad hoc*). Esto permite entender que este principio no sea intemporal o absoluto, sino que haya que definirlo en cada momento, de acuerdo, entre otras cosas, con el desarrollo del arte médico.
- **Principio de autonomía:** se deben respetar las preferencias de las personas capaces y se debe promover activamente la expresión de dichas preferencias. Se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar aspectos de la propia vida y muerte.
- **Principio de justicia:** deben repartirse de forma equitativa, entre los miembros de una sociedad, las cargas y los beneficios. Las diferencias sólo se pueden justificar si van en beneficio de todos o de los más desfavorecidos. Se emplea para establecer los criterios de distribución de los recursos limitados.
- **Principio de beneficencia:** se debe hacer o promover el bien hacia las personas respetando los ideales de vida buena de cada una de ellas. Así como no puede hacerse el mal a otra persona aunque nos lo pida, tampoco se le puede hacer el bien en contra de su voluntad.

Procedimientos en Bioética

En España, Diego Gracia compiló de manera exhaustiva hace años los métodos procedimentales existentes y ofreció, al final, su propuesta metódica (*Procedimientos de decisión en ética clínica*. 1991). Aquí sólo se describirán sucintamente algunos de los más empleados para tomar decisiones, con una breve argumentación de sus fundamentos.

- El “**principialismo**”. Beauchamp TL y Childress JF formularon los “**cuatro principios**” (*Principles of Biomedical Ethics*. 1979) como *deberes prima facie*—expresión tomada de Ross D (*The Right and the Good*. 1930)—; es decir, consideraron todos del mismo rango o nivel, aunque en caso de conflicto las circunstancias particulares de cada caso determinarían cuál prevalece (*deberes reales o efectivos*). Lo fundamentan en el concepto de “*moralidad común*” (“la moral compartida en común por los miembros de una sociedad, es decir, por el sentido común no filosófico y por la tradición”). Ese “*sentido común moral*” evitaría los extremismos, tanto deductivistas—considerar que los principios morales son absolutos y deben aplicarse automáticamente en todas las situaciones, caiga quien caiga—como inductivistas—pensar que no hay más ética que la de cada caso, de tal modo que las generalizaciones sólo son inducciones incompletas a partir de éstos—. Pese al éxito de su teoría, en la búsqueda de ese equilibrio reflexivo han recibido críticas, por ejemplo: si tales principios son homogéneos, si son todos expresión de deberes morales o si algunos de ellos configuran más bien *ideales morales*.
- El “**nuevo casuismo**”. Jonsen AR, Siegler M y Winslade WJ (*Clinical Ethics*. 1986) postularon que la manera idónea de realizar juicios morales ade-

cuados consiste en evaluar en profundidad las situaciones concretas, analizar la experiencia y el conocimiento adquiridos por la tradición y compararlas con casos similares. Lo justifican así porque (Jonsen AR y Toulmin S. *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. 1988) algunos tipos de razonamiento y juicio morales no apelan a principios ni a reglas, a derechos o virtudes, sino a narraciones, casos paradigmáticos, analogías, modelos a imitar, intuiciones inmediatas, o la capacidad crítica de discernimiento.

La esencia de este método—que desconfía de los principios abstractos como herramientas útiles para abordar conflictos concretos—consiste en ir gradualmente de los casos claros y resolubles a los más complicados y difíciles; y sobre eso, determinar “qué *máxima* debería guiar el caso en su *contexto específico*” para generar confianza y sabiduría práctica, lograr autoridad moral y consenso social.

A la hora de clasificar los puntos de vista imprescindibles para enjuiciar los problemas éticos, se recurre a “**cuatro tópicos**”, subsumiendo en cada uno de ellos diversas preguntas. Dichas perspectivas son las siguientes: *indicaciones médicas* (no maleficencia y beneficencia), *preferencias del paciente* (respeto a la autonomía), *calidad de vida* (beneficencia, no maleficencia y respeto a la autonomía personal) y *rasgos contextuales* (lealtad y justicia). Al final, el *acto moral* que se juzga—tanto si es transitivo o dirigido hacia otro, como si es intransitivo o hacia uno mismo—se califica como: *obligatorio*, *permitido* o *prohibido*. Pero aún con distinto lenguaje, hay notable similitud de contenidos y cierta correspondencia entre principialismo y casuismo, variando, eso sí, el enfoque del análisis entre uno y otro método (Tabla I).

- El “**principialismo jerarquizado**”. Entre nosotros, Gracia D (*Procedimientos de decisión en ética clínica*. 1991) afirma que los mencionados principios éticos son sólo “**esbozos morales**” sin contenido material, que derivan en realidad de un “**canon for-**

mal” (“el hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no tiene precio”) con pretensiones de universalidad y de reciprocidad (“en tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen la misma consideración y respeto”). Insiste también en que los principios admiten cierta jerarquía entre ellos y ninguno tiene carácter absoluto. Asimismo, ha hecho ver que determinados planteamientos procedimentales de corte anglosajón no se ajustan bien a la tradición moral, social y cultural de los países latinos.

Para dicho autor, los principios de no maleficencia y de justicia obligarían con independencia de la opinión y voluntad de las personas, y por ello se dice que están a un nivel superior (*nivel 1*) al de los principios de autonomía y de beneficencia (*nivel 2*). El primer nivel es exigible a todos por igual mediante la imposición, la fuerza o la búsqueda de consensos racionales entre todos o la mayoría de los ciudadanos, y es propio de las éticas civiles (**ética de mínimos**); en cambio, en el segundo nivel, cada uno fija su propio horizonte de valores, lo que es propio de las éticas particulares y de las éticas religiosas (**ética de máximos**). En los casos de conflicto, el nivel 1 tiene prioridad sobre el nivel 2 (Tabla II y glosario).

El *razonamiento moral* no concluye aquí. Ninguno de estos cuatro principios tiene carácter absoluto, lo que significa que todos pueden admitir excepciones. Esto hace que las excepciones siempre han de plantearse como un *mal menor*; esto es, cuando a la luz de las consecuencias que se deriven de la aplicación o no de un determinado principio en circunstancias particulares, se entienda que se respeta más el canon cuando no se sigue el principio que siguiéndolo. Este carácter teleológico indica que las excepciones nunca pueden convertirse en norma y sólo puede apelarse a ellas en casos excepcionales. La *carga de la prueba*, es decir, la obligación de justificar racionalmente la decisión, la tendrá quien plantee la excepción.

Principios	Ámbitos	Especificaciones
Nivel 1. Ética de “mínimos”		
No maleficencia	Competencia profesional	Indicación correcta Metodología validada Valoración de hechos biológicos
Justicia	Eficiencia Equidad	Costes/resultados Distribución de recursos Bien común/bien individual
Nivel 2. Ética de “máximos”		
Autonomía	Preferencias individuales	Elección de alternativas Consentimiento informado (criterios de validez y autenticidad)
Beneficencia	Calidad de vida Rectitud ética	Valores de la persona Riesgo/beneficio Decisiones de representación

La deliberación moral como método idóneo en ética clínica

Cualquier método de análisis de los problemas éticos (los descritos u otros) puede ser válido o no, dependiendo de quiénes lo apliquen y cómo lo hagan, qué fundamentos posea y cuál sea su razonamiento, si lo que se busca a toda costa como fin es la solución (única y verdadera) al conflicto o, por el contrario, la importancia recae en el proceso mismo de reflexión, en el camino que se debe desbrozar más que en la meta a la que llegar. Ahí se fragua el éxito o el fracaso de un método u otro, en las personas que los ponen en práctica. Por eso, hay que avanzar respecto a lo antedicho y enfocar el asunto en un contexto referencial más amplio del hasta ahora contemplado: **la deliberación es en sí un método, un procedimiento** (Gracia D. *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. 2001).

Las éticas que articulan principios y consecuencias se conocen hoy con el nombre de “*éticas de la responsabilidad*”, si bien este término –contrapuesto a “*éticas de la convicción*”– tiene un origen más remoto (Weber M. *El político y el científico*. 1919). Un procedimiento para su puesta en práctica es el *proceso de deliberación*, que consiste en la ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concretos a fin de buscar su solución óptima o, cuando esto no es posible, la menos lesiva. La deliberación puede ser individual o colectiva –como ocurre en la clínica (ya sea dentro del marco de la relación médico-paciente, en las sesiones de los comités de ética asistencial

o de ética de investigación clínica) o en los tribunales de justicia (sea por un juez o un jurado)– y se delibera sobre lo que permite diferentes cursos de acción en orden a buscar el más adecuado (Gracia D. *La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica*. En: Comités de Ética Asistencial-ABFYC, 2000).

El *bioeticista* debe aparecer hoy día “como un interlocutor socrático (*mayéutico*) más que como un mero decisor o resolutor de problemas”. Debiera ser “el tábano que cuestiona las arraigadas presunciones de nuestro discurso, desmontando prematuras afirmaciones de verdad, conclusión y virtud”. Por ello, quizá sea útil advertir sobre “qué *nuevos roles* deberían cultivar los bioeticistas” (Leder D. *Toward a Hermeneutical Bioethics*, 1994):

- *Articuladores* de las diversas perspectivas de los participantes en el debate del caso, permitiendo que sus voces y preocupaciones emerjan, se escuchen y se valoren.
- *Facilitadores* del diálogo entre todas las partes interesadas, fomentando el entendimiento mutuo y el respeto.
- *Referentes* (por sus conocimientos y experiencia) en aquellos contextos y puntos de vista que sean especialmente confusos o sistemáticamente motivo de controversia.

En la tabla III, se indican una serie de condiciones necesarias para ejercitar la deliberación y algunos consejos prudentiales para su práctica. *Deliberar, también es un arte*.

El proceso de deliberación tiene *exigencias* que, todas ellas, es indispensable

TABLA II.
El “**principialismo jerarquizado**”: niveles, principios, ámbitos y especificaciones

TABLA III.
Deliberación moral:
condiciones para su práctica y consejos prudentiales

- Buena voluntad y búsqueda de la verdad (no es un comportamiento natural, sino moral)
- Cierta grado de humildad o modestia intelectual (la soberbia y la vanidad, malas compañías)
- Ausencia de restricciones psicológicas graves (miedos, angustia, prejuicios rígidos)
- Capacidad de dar razones que muevan los sentimientos (persuasión)
- Deseo de entendimiento y comprensión de la situación (información, toda la necesaria)
- Escucha atenta e intercambio con otros de opiniones y argumentos (empatizar y dinamizar)
- Respeto por los otros cuando se está en desacuerdo (hay valores morales incompatibles)
- Precisa de conocimientos, habilidades y ciertos rasgos de carácter (talento y talante)
- Exige la ausencia de actitudes manipuladoras o coactivas (se pervierte el debate)
- Necesita la virtud de cada uno y la prudencia de todos (es un proceso educativo continuo)
- Cooperación y colaboración en equipo (confianza, sinceridad, lealtad, sentido de grupo)
- Análisis público y crítico de los propios puntos de vista (el momento y la oportunidad)
- Búsqueda del consenso legítimo (no a cualquier precio) y aceptación del disenso justificado
- No asumir la infalibilidad e inmutabilidad de las decisiones tomadas (hay incertidumbre)
- Ajustamiento al marco legal vigente (en el país), aun cuando la ética pueda desbordarlo

TABLA IV.
Deliberación moral:
procedimiento secuencial en ética clínica (I)
(adaptado de Gracia D)

1. Presentación del caso por la persona responsable, después de recoger y ordenar todos los datos pertinentes (**hechos**)
2. Discusión de los aspectos médicos, biológicos y biográficos, de la historia clínica (**hechos**)
 - 2.1. Problemas de salud física y psíquica (enfermedad mental)
 - 2.2. Problemas psicológicos y emocionales
 - 2.3. Problemas de la relación sanitaria
 - 2.4. Problemas sociales y económicos
 - 2.5. Problemas legales (reales o potenciales)
3. Identificación de los problemas morales que presenta (**valores**)
 - Definir cada uno, establecer las posibles relaciones entre ellos, señalar el/los más relevantes, sintetizar el principal recogiendo todos los matices necesarios
4. Identificación de los valores éticos en conflicto (**valores**)
5. Elección del problema ético motivo de la preocupación y proposición para el debate colectivo (**valores**)

ble cultivar: la escucha atenta (las emociones a veces lo impiden o dificultan), el esfuerzo por comprender la situación objeto de estudio, el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal correspondiente, el consejo no directivo y, finalmente, la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario.

Los problemas éticos consisten siempre en *conflictos de valor*, y los valores tienen como soporte necesario los hechos. Para proceder correctamente, se parte siempre de la *historia clínica del paciente*, pues sin un buen conocimiento previo de los datos biológicos y biográficos difícilmente se podrán valorar los aspectos éticos comprometidos. Por tanto, pueden establecerse unas etapas por las que debe pasar todo proceso deliberativo que quiera ser correcto (Gracia D. *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. 2001). Los pasos se-

cuenciales de describen sucesivamente en las tablas IV, V y VI (y también glosario).

La experiencia demuestra que siguiendo un procedimiento como el descrito pueden resolverse muchos conflictos morales, o al menos clarificarse las situaciones, aun en el caso en que no desaparezcan las opacidades o los problemas. Finalmente, conviene recordar que el objeto del proceso de deliberación moral no es tomar las decisiones, ya que sólo tiene *carácter consultivo* (el ejemplo típico son los comités de ética para la asistencia sanitaria); únicamente, en el caso de las sentencias judiciales la deliberación adquiere carácter decisorio y ejecutivo.

CONCLUSIÓN

Tiene plena vigencia lo que algunos venimos afirmando desde hace tiempo: "Hemos concebido la educación en Bioética como un empeño compartido e ilusionado para mejorar la calidad de nuestro quehacer como profesionales sanitarios, como ciudadanos responsables de una sociedad pluricreencial que debiera caminar hacia el logro de la excelencia en la ética de lo cotidiano" (La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España. ABFYC, 1999).

El *debate moral* sobre los problemas del mundo de la salud y la enfermedad no se agotará nunca, porque innumerables son las preguntas, las respuestas, la discusión acerca de fines y medios, las facetas de los conflictos y el modo de fundamentar o no los argumentos y motivos; por ello, hay que volver de manera recurrente sobre las cuestiones de actualidad.

Nos urge a todos reflexionar sobre el cambiante contexto sociocultural y sanitario de nuestro país en la actualidad. A nadie se le escapa que, respecto antaño, han cambiado bastante los valores individuales, familiares, sociales, culturales y religiosos que imperan hoy día. Se dice que hay crisis de valores, pero ¿de cuáles?, ¿acaso siempre hubo los mismos?; de "los de toda la vida", como a algunos gusta decir sin precisarlos, lo cual suena a hueco, porque cada época va descubriendo o encubriendo valores según

qué circunstancias. Hay quien aventura la ausencia o el déficit de valores espirituales como la causa fundamental de ciertos conflictos morales, pero eso no es suficiente para explicar ni dar respuestas convincentes a todos los problemas. Otros apuntan a la falta de autoridad o al relativismo ético de la sociedad de consumo de nuestro mundo occidental; pero sus contrarios, el autoritarismo o la imposición sin diálogo de pautas de conducta también llevan su parte de culpa en la situación creada.

Por la enjundia del tema que nos congrega, no estaría de más disponer nuestro ánimo con aquella máxima agustiniana, breve pero sustanciosa, que reza así: “en lo importante, unidad; en lo dudoso, libertad; y en todo, caridad”. Pues eso, paz y bien, porque ésta es sin duda alguna la principal razón de ser de este capítulo previo al análisis de las situaciones concretas que vienen a continuación.

GLOSARIO (EN ORDEN ALFABÉTICO)**

Bioética

Disciplina que estudia los aspectos éticos de la Medicina y la Biología en general y las relaciones del ser humano con los restantes seres vivos. En la actualidad también se define con referencia a las Ciencias de la Salud o biosanitarias. Sin embargo, la Bioética, como toda ética aplicada, es el intento de analizar racionalmente los deberes que como individuos y como miembros de la comunidad humana tenemos para con nosotros mismos y para con todos los demás, en lo relativo a la vida biológica, salud, enfermedad, gestión del propio cuerpo, etc. Se trata de ligar *hechos biológicos y valores*. Este neologismo ha gozado de una cierta indefinición o de una cierta polisemia, lo que explica que se la disputen diversas disciplinas o áreas: de la deontología profesional y el bioderecho a la ética médica, de la investigación a la clínica, de la Medicina a la ecología, de las éticas civiles a las religiosas. No obstante, la acepción (*Bioética*) usada para los fines de este documento es la de un gran espacio de debate racional, civil, plural y crítico de los problemas morales surgidos en torno a la vida o en torno al cuerpo.

- **Bioética clínica:** parte de la Bioética (*microética*) que se ocupa de los problemas éticos de la aplicación de la ciencia y la tecnología médica a las personas, sanas o enfermas.
- **Ética de las organizaciones sanitarias:** parte de la Bioética (*mesoética*) que se

6. Identificación de todos los cursos de acción posibles (**deberes**)
 - Establecer un árbol de decisión con los cursos extremos e intermedios
7. Deliberación del curso de acción óptimo (**deberes**)
 - 7.1. Contraste con los principios éticos (**deberes**)
 - Análisis y discusión de los principios involucrados en el caso
 - No Maleficencia y Justicia (*nivel 1*)
 - Autonomía y Beneficencia (*nivel 2*)
 - Identificar los conflictos entre los valores implicados
 - 7.2. Evaluación de las consecuencias previsibles (**deberes**)
 - Análisis del contexto y de las circunstancias
 - Examen de si se puede y se debe hacer excepción a los principios

8. Toma de decisión (**deberes**)
 - 8.1. Contraste con el canon de moralidad
 - Decisión correcta, buena, o aceptable como mal menor
 - 8.2. Ajustamiento al marco legal (prueba de legalidad)
9. Justificación o razonamiento final (**Epicrisis**)
 - Argumentos en contra de la decisión y objeciones a aquéllos, para su defensa pública (prueba de publicidad)
 - Valorar si la decisión, tomándola tras un tiempo prudencial, sería la misma (prueba de temporalidad)

ocupa de la *deliberación* sobre los valores relevantes para una organización sanitaria y de su aplicación a todos los procesos (clínicos y de gestión) que realiza, en orden a convertirla en una institución de excelencia. Más precisamente, se debería decir que es una parte de la ética, ya que se incluye habitualmente en el campo de la *ética de las organizaciones*, en general, o en el campo de la *ética empresarial*.

Calidad de vida

Es la percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. No obstante, se han diseñado cuestionarios y métodos para tratar de evaluarla objetivamente con la mayor fiabilidad posible.

Calidad de la asistencia sanitaria

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima –teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio sanitario– y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

Coacción

Forma de influencia intencionada en las decisiones de otro mediante la presentación de una amenaza creíble de daño, evitable si se accede a los deseos de quien ejerce dicha influencia.

Código

- **De conducta:** conjunto de normas escritas (principios, guías o directrices) que la organización o institución elabora, y que pretende los siguientes fines: clarificar las relaciones que establece, determinar las diversas responsabilidades, orientar el trabajo profesional, integrar a las personas en un proyecto de cooperación y regular las conductas de quienes trabajan en ella.
- **Deontológico** (en referencia a los *Colegios profesionales*): normas deontológicas establecidas por un colectivo profesional determinado, para regular las actividades que realizan sus miembros en el desarrollo de su ejercicio profesional específico. Puede incluir procedimientos disciplinarios porque los Colegios tienen facultades delegadas para ello.

Comité de Ética

- **Para la Asistencia Sanitaria** (CEAS). También denominado *Comité de Ética Asistencial*. Es un grupo interdisciplinar de carácter consultivo, que tiene como finalidad primordial la siguiente: ayudar desde la Bioética a reflexionar y a tomar decisiones a la propia institución, a los profesionales sanitarios y a los pacientes y usuarios sobre los problemas éticos que se pueden producir en la clínica asistencial, tanto en organizaciones públicas como privadas, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y proteger los derechos de todos los ciudadanos con ella relacionados.

TABLA V.
Deliberación moral:
procedimiento secuencial en ética clínica (II)
(adaptado de Gracia D)

TABLA VI.
Deliberación moral:
procedimiento secuencial en ética clínica (III)
(adaptado de Gracia D)

**Se agradece la deferencia en el uso de los términos y sus definiciones, que proceden en su gran mayoría de: Gracia D, Júdez J, eds. En: *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud-Triacastela; 2004.

- **Para la Investigación Clínica** (CEIC). Es un grupo interdisciplinar que se encarga de ponderar los aspectos metodológicos, éticos y jurídicos de los ensayos clínicos, a través del análisis de los protocolos de los mismos y del balance de riesgos y beneficios para los sujetos de investigación.

Conflicto de intereses

Este término se aplica a aquellas situaciones en las que un *interés secundario* y siempre de tipo personal –generalmente económico, pero también ideológico o profesional– se antepone a un *interés primario* –sea el bienestar de los pacientes atendidos, la obtención de conocimiento válido generalizable en investigación, el interés de la ciencia o de la sociedad– condicionando la capacidad de juicio presuntamente independiente del profesional. El interés secundario no tiene por qué ser ilegítimo, incluso puede ser deseable, pero lo que se cuestiona es el peso relativo de esos intereses sobre el interés primordial. Los conflictos de interés en las relaciones sanitarias se deben declarar siempre. Si ese concepto se extiende al ámbito de relaciones entre instituciones o entidades hay que contemplar también otras consideraciones (véase *Valores éticos*).

Deliberación

Proceso de ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concretos a fin de buscar la solución óptima o, cuando esto no sea posible, la menos lesiva para los valores en juego. Se delibera sobre lo que es susceptible de cambio y permite diversos cursos de acción, en orden a la búsqueda del más adecuado de éstos, intentando preservar de forma equilibrada los valores presentes en cada situación. La deliberación puede ser individual o colectiva.

- **Deliberar:** considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos. Resolver una cosa con premeditación (DRAE).

Derechos de la personalidad

Se habla mejor de *derechos fundamentales* (constitucionales), o más aún de *derechos humanos*, al referirnos a los derechos básicos inherentes a todo ser humano por el mero hecho de serlo. Algunos derechos básicos reconocidos son: el *derecho a la vida*, el *derecho a la integridad física y moral de la persona*, el *derecho a la protección de la salud*, entre otros.

Equidad

Forma de aplicación del *principio de justicia* con arreglo a dos criterios, el de universalidad y el de corrección de las diferencias. Se puede formular del modo siguiente: “a igualdad de necesidades corresponde igualdad de acceso a la atención disponible e igual calidad de asistencia para todos”. Según estos criterios equitativos, los recursos se deben distribuir de forma que lleguen a todos por igual, o en caso de desigualdad tengan preferencia los

más desfavorecidos. En este contexto, es muy relevante considerar el llamado criterio de *su-ficiencia*, según el cual: “la salud es un bien primario que se debe repartir equitativamente, ya que las necesidades sanitarias desatendidas dificultan la igualdad de oportunidades para alcanzar los propios fines”. Hay unas obligaciones básicas de justicia que, indudablemente, tienen un límite. Este límite suele hacerse coincidir hoy con lo que se ha dado en llamar el “mínimo decente” o “mínimo decoroso” de asistencia sanitaria. Éste debería hallarse cubierto por igual para todos los ciudadanos, y por tanto en él debería ser considerado injusto cualquier tipo de discriminación, segregación o marginación. El mínimo decoroso ha de tener unos límites que vienen marcados en los llamados *catálogos de prestaciones sanitarias*. El principio de justicia, pues, es el que se utiliza para establecer los criterios de distribución de “recursos escasos”.

- **Principio de Justicia:** deben distribuirse de forma equitativa entre los miembros de una sociedad las cargas y los beneficios. Las diferencias sólo se pueden justificar si van en beneficio de todos o de los más desfavorecidos. De entre los varios sentidos del término justicia –conmutativa, distributiva, legal, social– se suele emplear este último para establecer los criterios de distribución de los recursos limitados. Se trata de saber cuáles son las prestaciones de asistencia sanitaria que deben estar cubiertas por igual para todos los ciudadanos, y por tanto tuteladas por el Estado. El máximo nivel de justicia (llamada *post-convencional*) sería aquel donde las decisiones que se tomen también contemplan “el ponerse en lugar del otro”, lo que excluye que se entienda por justo si sólo se satisfacen las necesidades de un grupo. En otro orden, colaborar en la elaboración de las leyes que nos han de regir y en su cumplimiento también forma parte del contenido del principio de justicia.

Estado de necesidad

Situación en la que una persona, para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra persona o infringe un deber, siempre que: a) el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar; b) la situación de necesidad no haya sido provocada intencionalmente por el sujeto; y c) el necesitado no tenga, por su oficio o su cargo, obligación de sacrificarse.

Ética

Término de origen griego que significa estudio de las costumbres o hábitos de los seres humanos. Actualmente, se refiere al estudio filosófico de los juicios morales, más atento a los problemas formales de fundamentación y coherencia lógica que a las cuestiones de contenido (el término *moral* es complementario de éste). Sin embargo va más allá, tratando de evaluar la idoneidad de ciertos valores o principios en su aplicación a los campos concretos. Un ejemplo típico es la *Bioética*, ya que se trata de una *ética aplicada*.

- **Ética de máximos:** todo ser humano aspira a la perfección y felicidad y, en consecuencia, al máximo, a lo óptimo. Lo que sucede es que este óptimo no es idéntico para todos, sino que depende del sistema de valores religiosos, morales, culturales, políticos, económicos, etc., que cada uno acepte como propio. Por tanto, los máximos son distintos para cada cual, que a la vez debe tener libertad para gestionarlos privadamente. De ahí que, este nivel de máximos se halle regido por los *principios bio-éticos de autonomía y beneficencia*. En este nivel, cada uno es autónomo para ordenar y conducir su vida de acuerdo con sus propios valores y creencias y, por tanto, autónomamente, buscando su propio beneficio, es decir, su perfección y felicidad de acuerdo con su propio sistema de valores.
- **Ética de mínimos:** en cuanto miembro de una sociedad, todo ser humano tiene que aceptar y respetar un conjunto de reglas y valores comunes. Esos valores pueden establecerse por dos vías: mediante la imposición o la fuerza, y mediante la búsqueda de consensos racionales o al menos razonables entre todos o la mayoría de los ciudadanos. Esto supone que todos y cada uno, partiendo de sus propios sistemas de valores y, por tanto, de sus respectivas éticas de máximos, han de buscar el establecimiento de un conjunto de valores comunes que rijan la vida social de esa comunidad. Esos valores comunes toman las formas de usos, costumbres y normas jurídicas. Estas últimas definen las actividades de obligado cumplimiento para los ciudadanos y su garante es el Estado, que para hacerlas cumplir puede utilizar la fuerza. Las principales áreas que ha de cubrir ese espacio de ética mínima son: la protección de la integridad física, psíquica y espiritual de los individuos (*principio de no maleficencia*) y la protección de la integridad interpersonal y social, evitando la discriminación, la marginación o la segregación de unos individuos por otros en las cuestiones básicas de convivencia (*principio de justicia*).

Excelencia

Superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo (DRAE).

Lex artis

El Derecho acepta como norma o ley lo que la ciencia determina en cada momento como actuación correcta; por tanto, acepta como conducta médica correcta aquella que la Medicina tiene por tal. Eso significa que la Medicina debe definir en cada momento los criterios científicos generales de actuación o de buena práctica clínica; y a esto se le llama *lex artis*. Por consiguiente, es un criterio valorativo de la corrección de un determinado acto médico o de un comportamiento profesional ya que tiene naturaleza instrumental o de medio. Pero, dada la diversidad de situaciones clínicas, de pacientes y de contextos sanitarios, es imprescindible establecer criterios prudentes

de actuación en determinadas circunstancias, es decir, en cada caso concreto; por eso, la *lex artis* siempre debe ser *ad hoc*.

Manipulación

Forma de influencia intencionada en las decisiones de otro mediante la distorsión, el sesgo o la falsificación deliberada de la información necesaria para tomar dichas decisiones, o mediante la inducción de procesos mentales que pueden alterar o condicionar el desarrollo normal del procedimiento de decisión.

Mayéutica

Método socrático con que el maestro, mediante preguntas, va haciendo que el discípulo descubra nociones que en él estaban latentes (DRAE).

Medicina basada en la evidencia

Es la Medicina basada en pruebas objetivas de eficacia, efectividad y eficiencia. La Medicina basada en la evidencia se ha definido como la integración de la experiencia personal con la mejor demostración externa disponible y procedente de la investigación sistemática; se trata, pues, de una evaluación crítica. O también, como la utilización consciente y juiciosa de las mejores demostraciones provenientes de la investigación clínica para la toma de decisiones, tanto en el cuidado de cada paciente en particular como en la gestión de los servicios sanitarios.

- **Evidencia:** la palabra evidencia suele tomarse con diferente significado en inglés (*evidence*, prueba que apoya una tesis, testimonio) respecto del empleado en español (certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar; DRAE). Su traducción literal (*evidence*, por evidencia) puede confundir los conceptos, aunque esté ya acuñada por el uso debido a cierto desdén en la precisión del lenguaje.
- **Nivel de evidencia:** en la lógica de probabilidades significa *grado de certidumbre*; es decir, de conocimiento seguro y claro de algo.

Moral

Término de origen latino para designar el estudio de las costumbres o hábitos de vida de los seres humanos. Etimológicamente significa lo mismo que **ética**; sin embargo, con el tiempo han pasado a ser términos complementarios. La moral suele definirse como el estudio de las costumbres o hábitos de vida –tanto en su realidad empírica (moral descriptiva) como en su dimensión prescriptiva (moral normativa)–, a diferencia de la ética, que se ocupa con preferencia de las cuestiones de fundamentación. La moral responde más bien a opciones de valor personales o grupales que determinan una norma de conducta asumida.

Persuasión

Forma de influencia intencionada en las decisiones de otro mediante la presentación abierta de argumentos racionales que impelen al persuadido a aceptar libremente la opinión

del que persuade, tras un proceso de discusión crítica de dichos argumentos.

Prudencia (*deliberación moral*)

Es la virtud intelectual que permite tomar decisiones racionales, o al menos razonables, en condiciones de *incertidumbre*. Las decisiones prudentes no aspiran tanto a ser ciertas cuanto a ser razonables; por eso, han de ser el resultado de un proceso de deliberación. Diferentes personas pueden tomar ante un mismo hecho decisiones distintas, que no por ello dejen de ser prudentes. También, se entiende por prudencia la virtud de valorar en cada situación clínica los riesgos de actuar o no actuar. La prudencia pone un límite a nuestros actos basándose en el riesgo de infringir mayores daños de los que tratamos de paliar.

Utilitarismo

Teoría consecuencialista basada en maximizar la utilidad o el mayor beneficio para el mayor número de personas. Se distingue un utilitarismo “de acto” y otro “de regla”. El primero afirma que lo justo o equivocado de una acción debe juzgarse sólo por la bondad o maldad de sus consecuencias. El segundo acepta que la experiencia reiterada sobre las consecuencias de un mismo acto permite deducir una regla, de acuerdo con la cual todo el mundo debería ejecutar la acción en circunstancias análogas.

Valores (éticos)

Cualidades que se estima presentan los seres, en virtud de las cuales unas resultan más apetecibles o preferibles frente a otras. En la estimación de los *valores morales*, la preferencia se traduce en *deber* de respeto y, además, genera *principios* de conducta. Se habla también de *valores éticos* orientados a la acción, es decir, los “mínimos morales” imprescindibles para generar y afianzar la confianza en las relaciones institucionales que proporcionan credibilidad y legitimidad social. Sirvan algunos como ejemplo: integridad, confianza, independencia, libertad, veracidad, transparencia, sinceridad, dignidad, respeto, diálogo, compromiso cívico, eficiencia, equidad, responsabilidad cooperativa, legalidad, liderazgo, etc.

Vulnerable

Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente (DRAE). Se aplica aquí a los sujetos, tanto en el ámbito de la investigación como de la asistencia clínica.

- **Vulnerar:** transgredir, quebrantar, violar una ley o un precepto, dañar, perjudicar (DRAE).

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.** Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos; 1999.

- 2.** Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 2005.

Documentos oficiales de las citadas corporaciones de Colegios médicos, que es necesario tener en cuenta para conocer el marco deontológico del ejercicio profesional en España.

- 3.** American College of Physicians. Ethics manual. 5ª ed. *Ann Intern Med* 2005; **142** (7): 560-82. (URL: <http://www.acponline.org/ethics/ethicman5th.htm>).

- 4.** Asociación Médica Mundial (AMM). Manual de Ética Médica; 2005 (versión en español), ISBN: 92 990028 00. (URL: <http://www.wma.net/s/index.htm>).

- 5.** British Medical Association Ethics Department. Medical ethics today. The BMA's handbook of ethics and law. 2ª ed. Londres: BMJ; 2004. (URL: <http://www.bma.org.uk/ethics>).

Documentos oficiales de otras organizaciones médicas relevantes de gran influencia (estadounidense y británica), que analizan en profundidad diversos aspectos de ética médica.

- 6.*** Callahan D. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Center Report*, 1996 26; S1-27 (versión en español). Los fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2004.

Documento clave promovido por el prestigioso Hastings Center, de indispensable lectura y que conserva vigencia desde su elaboración.

- 7.** Gracia D. Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI. En: Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 79-91.

- 8.** Gracia D. La ética y las profesiones sanitarias. En: Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 265-278.

- 9.** Gracia D. Nuevos desafíos en la ética de las profesiones sanitarias. En: Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 279-99.

Reflexiones y distinciones muy atinadas acerca de los fines y los medios de la Medicina, en aras de evitar la confusión tan frecuente entre ambos. También, del mismo libro y autor, hay otros dos capítulos que resultan muy esclarecedores sobre las profesiones sanitarias y su ética.

- 10.*** Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. En: Ensayos clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990. p. 121-31.

- 11.*** Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica (Versión en español de 4ª ed. inglesa). Barcelona: Masson; 1999.

- 12.*** Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética Clínica. Aproximación práctica a la

toma de decisiones éticas en la medicina clínica (versión en español de 5ª ed. inglesa). Barcelona: Ed. Ariel. Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2005.

Ateniéndonos a la cronología de su aparición en lengua inglesa y a la enorme trascendencia e influencia mundial que han logrado, se reseñan a continuación (en su versión española): el Informe Belmont (1978), de la *National Commission* de EE.UU.; y dos libros imprescindibles para entender una parte fundamental del origen y el devenir de la Bioética –uno es de los creadores del “principalismo” (1979), y otro de los del “casuismo” (1986)–, considerados ya auténticos clásicos de la disciplina.

13.*** Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Universidad; 1989.

14.*** Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema Universidad; 1991.

Un pionero y magno representante de la Bioética en España, reconocido hoy día internacionalmente, publicó su monumental obra acerca de la historia de la Bioética y sus fundamentos hace casi dos décadas. Este libro es la exposición más completa que se ha realizado hasta ahora, desde la perspectiva histórica y la sistemática, sobre la fundamentación de los juicios morales en Medicina. En su peregrinar le sucedió otro libro, complemento del anterior, que aborda el complejo problema de los métodos de análisis y los procedimientos de toma de decisiones en el ámbito de la ética clínica, y que finaliza con una propuesta metódica propia.

15.*** Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. En: Sarabia J, De los Reyes M, eds.

Comités de Ética Asistencial. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000. p. 21-41.

16.*** Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clí (Barc)* 2001; **117**: 18-23.

Estos dos textos son importantes en el pensamiento actual de Diego Gracia. En el primero, esclarece la rigurosa distinción entre dilemas y problemas morales, lo que le lleva a un exhaustivo análisis de cada uno de esos enfoques. En el segundo, describe en profundidad y con altura de miras la analogía entre formas de razonar, en clínica y en ética. Su discurso, en ambos artículos, se centra en la deliberación moral como el método idóneo; al finalizar, propone un proceso secuencial para deliberar que sirva de ayuda, sobre todo, a los Comités de ética.

17.*** Gracia D, Júdez J (eds). Ética en la práctica clínica. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud-Triacastela; 2004.

18.** Couceiro A (ed). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.

Este destacado libro, que tuvo su precedente con la novedosa publicación de once artículos en *Medicina Clínica* (2001) bajo el título “Bioética para clínicos”, es el exponente primordial de un estilo distinto de pensar, escribir y analizar los problemas de la Bioética clínica e incluso institucional en España. Su lectura es una recomendación habitual para quien esté verdaderamente interesado en adquirir un bagaje de temas bien actualizado. Algunos de sus capítulos tienen específica mención en esta monografía y por tanto no se referencian aquí, remitiendo al lector a su índice. Se reseña tam-

bién en este epígrafe un texto muy interesante que aporta una cuidadosa selección de artículos originales de diversas tendencias, que fueron publicados en años anteriores por autores españoles y anglosajones.

19.** Consejo de Europa. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo). Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores; 1997. (Se incluye el informe explicativo de la Comisión Europea en la ed. de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1997). Ley desde el 1 de enero de 2000 (BOE nº 251, de 20 de octubre de 1999).

20.*** Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002; 40126-32).

21.* Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003).

22.* Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias (BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003); artículo 9.

23.* Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos (BOE nº 33, de 7 de febrero de 2004).

Normativa española básica, relativa a ciertas materias mencionadas en este artículo.