



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

Bioética del día a día: más allá de los expertos



Day to day bioethics: Beyond the experts

«La bioética clínica se encarga de promover decisiones clínicas racionales teniendo en cuenta los hechos clínicos y las preferencias y valores de todos los individuos implicados en una situación que plantea un problema moral». De esta manera comienza el artículo publicado en este número por Real de Asúa y Herreros¹. Los autores hacen un esfuerzo notorio por extraer los aspectos más relevantes que la bioética aporta a la práctica clínica diaria. Es llamativo el reverdecimiento de la inquietud bioética en la medicina actual. Los que ejercen las denominadas «profesiones» han tenido siempre un compromiso con la sociedad más o menos explícito, un código ético, que en medicina ha quedado cristalizado desde el siglo v a.C. en textos como el Juramento Hipocrático, que tanto ciudadanos como profesionales reconocen. Este compromiso de la profesión con la sociedad constituye la base del profesionalismo, de la deontología profesional, que no conviene confundir con la deontología como escuela o corriente dentro de la ética filosófica.

El profesionalismo² implica compromisos con la sociedad más fuertes que los que se piden a otros oficios o trabajos. En su esencia destaca que en la profesión médica «*preside el espíritu de servicio y (...) se persigue el beneficio del paciente antes que el propio*». Ese anteponer el beneficio del paciente ha llevado a una prevalencia de la beneficencia en las relaciones profesionales que, cuando no respeta la autonomía de la persona, deviene en paternalismo.

Por tanto, esta línea de fuerza profesional multiseccular que nos orienta a hacer el bien tiene que estar compensada con el reconocimiento cada vez más explícito de la independencia de cada persona. No debería haber ningún problema para ello, si la relación clínica se basa en la confianza («encuentro entre una confianza y una conciencia»), o si responde a «una especial relación de amistad» como la denominaba Laín Entralgo («*un hombre bueno, perito en la ciencia y en el arte de curar*»)³.

El ser humano, además de «animal racional», es «animal emocional». Habitualmente, la valoración acude a nuestra mente antes que la racionalización. Algo nos gusta, o no, y luego intentamos buscar el por qué. Por eso, la consideración de los valores, además de los aspectos técnicos, es esencial en la práctica clínica, y ahí tiene una cabida esencial la bioética.

Efectivamente, han cambiado las reglas del juego, y ahora los pacientes están mejor informados —o desinformados—, y reconocen mejor su autonomía; pero siguen esperando de sus médicos una atención especial que les ayude a sobrellevar su condición de salud. De ahí que la bioética tiene mucho que ver con la comunicación. No solo con la historia clínica que recoge todos los datos fisiopatológicos relevantes, sino especialmente con la comunicación de los valores, expectativas y deseos de las personas. La medicina y todo el sistema sanitario, está basado en la atención de «morbi», enfermedades. El paciente es atendido por múltiples especialidades, y hemos perdido la visión global de la persona enferma. Es imprescindible una transición hacia la atención centrada en la persona, como se está implementando en otros países⁴, no solo en cuanto a escucha activa, sino en cuanto a la estructura misma del sistema de atención sanitaria.

Es preciso poner la narración —«la historia de vida»— y los valores de los pacientes en la primera línea. De hecho, existen múltiples iniciativas que pretenden recuperar las narrativas de los pacientes (DIPEX)^{5,6} e introducirlas en la práctica clínica (SToRe)⁷. En realidad, una de las carencias más relevantes de la relación médico-paciente en la actualidad es, no tanto el respeto a la autonomía y la escucha del paciente en la consulta, como la incorporación de la narración, del «modelo explicativo»⁸ del paciente en la historia clínica y en la planificación de los cuidados. Además de educar al paciente para que entienda lo que le decimos y le pedimos que haga, es preciso educar a los profesionales sanitarios para que entiendan lo que es, de verdad, relevante para el paciente, cuál es su contexto, cuáles son sus miedos y sus esperanzas. Quizá solo desde la experiencia de la propia enfermedad del médico se pueden sentar bases más profundas de comprensión del otro.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.12.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.03.004>

0014-2565/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

El difícil manejo de la incertidumbre y de la adversidad, que son las características de toda práctica médica, supone un conflicto interior en los profesionales que requiere un intenso proceso de maduración personal. Este manejo no está facilitado por el sistema de selección de alumnos de nuestras facultades, donde en la práctica, se priorizan personalidades con gran capacidad de memoria y repetición, pero con especial dificultad para manejar la incertidumbre y adversidad en muchos casos. Como muy bien reconocen los autores, una adecuada integración de los conflictos personales, a través del estudio y de la deliberación bioética, proporciona las armas necesarias para poder afrontar las tensiones y reducir la sobreexposición y la sobrecarga personal: es esencial saber quiénes somos, qué queremos y podemos hacer, y qué se espera de nosotros.

Además, Real de Asúa y Herreros¹ mencionan 2 aspectos muy relevantes: la asignación de recursos, y el racionamiento y la priorización de recursos escasos o caros, a veces con beneficios muy marginales. Ser capaces de analizar todos los valores en juego, tanto los de los pacientes implicados como los de los gestores sanitarios y los de aquellos otros pacientes cuyas prestaciones pueden verse influidas por la reorganización del presupuesto, es un tema político, pero también bioético.

Debemos avanzar en la investigación sobre cómo incorporar la bioética a la práctica clínica. En efecto, si bien no es fácil plantear un estudio controlado o ciego en este ámbito, la investigación epidemiológica, sociológica y antropológica tienen cada vez más cabida en el ámbito sanitario. Por ejemplo, ¿qué aspectos éticos deben considerarse a la hora de implementar un programa de deshabituación tabáquica? o ¿cómo integrar el bien del paciente, y la salud pública, con sus deseos y preferencias? Una reciente tesis doctoral es un buen ejemplo de cómo investigar con profundidad en estos aspectos⁹. En cualquier caso, son estudios que requieren abordajes multidisciplinares en los que la investigación cualitativa, propia de las ciencias sociales, tiene un papel muy relevante.

¿Es necesario que todos los profesionales sanitarios sean expertos en bioética? Sería recomendable un conocimiento suficiente, como el que todos tienen que tener del significado de muchas pruebas diagnósticas o complementarias, aunque no las utilicen habitualmente. Pero también es comprensible la necesidad de contar con Comités de Ética Asistencial (CEA) y expertos en el tema. Al final, muchas

consultas de este tipo se podrían manejar como las interconsultas habituales entre servicios. Algunas de las cuestiones que se plantean a los comités son sencillas y se pueden solucionar por cualquiera de los «especialistas», por cualquiera de sus miembros con formación: se hace la interconsulta y se recibe la orientación. En ocasiones, los temas son tan complejos que requieren una «sesión clínica», incluso conjunta de varios servicios. Ese sería el ámbito específico del CEA. En España se han desarrollado los CEA en muchos hospitales, y cumplen una labor importante de apoyo y de formación. Ojalá que estas reflexiones, que apuntan Real de Asúa y Herreros en su trabajo¹, animen a mucha más gente a profundizar en su formación bioética y a plantearse la mejora de su práctica en estos aspectos¹⁰.

Bibliografía

1. Real de Asúa D, Herreros B. ¿Por qué dedicarse a la bioética? Siete razones para comenzar a hacerlo. *Rev Clin Esp.* 2016;216:271-5.
2. OMC. Profesión médica. Profesional médico. Profesionalismo médico. 2010. Viguera Editores SL. ISBN: 978-84-85424-97-9.
3. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. 2003. Editorial Triacastela. Colección: Humanidades Médicas. Madrid. 232 pag. (edición original 1964).
4. Ekman I, Hedman H, Swedberg K, Wallengren C. Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ.* 2015;350:h160.
5. Dipex España [consultado 8 Mar 2016] Disponible en: <http://www.dipex.es>
6. Dipex International [consultado 8 Mar 2016] Disponible en: <http://www.dipexinternational.org>
7. SToRe [consultado 8 Mar 2016] Disponible en: <http://www.storeproject.eu/>
8. Arthur Kleinman. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry.* University of California Press; 1980.
9. Muñoz Cifuentes P. Cuestiones éticas de la atención al paciente fumador en atención primaria. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. Enero 2016.
10. Master Interuniversitario en Bioética y Bioderecho. Universidad de La Laguna y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. [consultado 8 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.ebioetica.es>

E.J. Sanz

Máster de Bioética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, La Laguna, Tenerife, España
Correos electrónicos: ejsanz@gmail.com, esanz@ull.es