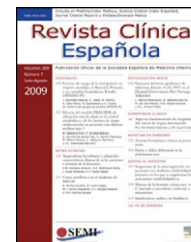




# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## REVISIÓN

### ¿Por qué dedicarse a la bioética? Siete razones para comenzar a hacerlo<sup>☆</sup>



D. Real de Asúa<sup>a,c,d,\*</sup> y B. Herreros<sup>b,c,d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>c</sup> Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo, Sociedad Española de Medicina Interna, España

<sup>d</sup> Instituto de Ética Clínica «Francisco Vallés», Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

Recibido el 10 de septiembre de 2015; aceptado el 13 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 25 de enero de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Bioética;  
Relación  
médico-paciente;  
Mecanismos de  
evaluación de la salud

**Resumen** La bioética clínica se encarga de promover decisiones clínicas racionales teniendo en cuenta los hechos clínicos, las preferencias y valores de todos los individuos implicados en una situación que plantea un problema moral. La intención del presente trabajo es exponer algunas de las razones por las que consideramos esencial tener conocimientos y aptitudes bioéticas en la práctica diaria, así como potenciar una mentalidad proactiva en la investigación en bioética clínica. Entre los argumentos ofrecidos destacan la necesidad de adaptarse a los cambios en la relación clínica de las últimas décadas, la importancia de una actitud ética tanto para el médico como para el paciente, el papel de la bioética en la prevención del «burnout» del profesional, su capacidad para promover una distribución de los recursos más justa, y la posibilidad de desarrollar la investigación clínica en bioética, un territorio escasamente explorado en el ámbito español.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Bioethics;  
Doctor-patient  
relationship;  
Health assessment  
mechanisms

#### Why dedicate yourself to bioethics? Seven reasons to get you started

**Abstract** The aim of clinical bioethics is to promote rational clinical decisions that take into account the clinical facts and the preferences and values of individuals involved in a situation that entails a moral problem. The objective of the present study is to list the reasons why we consider bioethics knowledge and skills to be essential in daily practice and to promote a proactive mindset in clinical bioethics research. The arguments set forth include the need to

<sup>☆</sup> La visión expresada por los autores en este manuscrito representa su punto de vista personal, y no refleja necesariamente la perspectiva institucional del Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo de la Sociedad Española de Medicina Interna.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [diego.realdeasua@gmail.com](mailto:diego.realdeasua@gmail.com) (D. Real de Asúa).

adapt to changes in the clinical relationship in recent decades, the importance of an ethical approach both for the physician and the patient, the role of bioethics in preventing professional burnout, the ability of ethics to promote a more equitable distribution of resources and the possibility of conducting clinical research in bioethics, a field that has scarcely been explored in Spain.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

## Introducción

### ¿Qué se entiende por bioética? y ¿qué busca la bioética?

La ética es aquel saber práctico que se ocupa de las acciones del hombre. Trata de contestar a la pregunta «¿qué es lo mejor que puedo hacer (en esta situación concreta)?». Para responderla hay que considerar el contexto del problema, los valores implicados y las consecuencias de la decisión que se vaya a tomar. Según a qué factor se le dé más importancia podemos encontrar, a grandes rasgos, argumentaciones éticas de tipo *principialista*, basadas en unos principios que regulan la decisión, o *utilitarista*, en la que lo más importante serían las consecuencias de la decisión. En cualquiera de sus formas, la ética ha de ser racional. Para ello utiliza una forma de argumentación denominada deliberación<sup>1</sup>. La Real Academia Española define la deliberación como la consideración atenta y detenida del pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla. Sin embargo, en el contexto del análisis ético la deliberación se realiza mediante un procedimiento estructurado, un método técnico específico que es necesario aprender y practicar y que permite ponderar los factores más importantes implicados en cada problema (contexto, valores, consecuencias) para poder tomar la mejor de las soluciones en una situación de incertidumbre<sup>2,3</sup>. Para que el proceso deliberativo sea efectivo se requiere una participación honesta y pertinente de todos sus miembros, la aceptación entre los participantes de una simetría moral (o el rechazo de opiniones preferidas o de mayor peso, al menos *a priori*) y la necesidad de que todo argumento se acompañe de motivos y de una justificación coherente<sup>4</sup>.

En las últimas décadas hemos sido participantes de grandes cambios sociales y culturales, algunos de los cuales han afectado a la práctica médica. El progreso técnico y la creciente complejidad de la medicina, las novedades en el campo de la investigación, los cambios en la relación médico-paciente o la limitación de recursos sanitarios han traído consigo problemas éticos cada vez más complejos y diversos. La bioética clínica es la rama de la ética que se encarga de ayudar a encontrar la mejor solución a estos problemas. Mark Siegler define la bioética clínica como el «área práctica que ayuda a los pacientes, a sus familias y a los profesionales de la salud a llegar a decisiones clínicas correctas, teniendo en cuenta tanto los hechos médicos de las situaciones como las preferencias y valores del paciente y de la familia»<sup>5</sup>.

En el presente artículo se exponen algunas de las razones por las cuales la bioética forma parte activa y fundamental

de la práctica médica diaria. La intención principal de las propuestas consideradas en el artículo es reflexionar sobre por qué es esencial tener conocimientos y aptitudes bioéticas en la práctica clínica diaria y por qué es crucial promover una mentalidad proactiva en la investigación clínica en el campo de la bioética. Con estas ideas se pretende aumentar el interés de los clínicos por la bioética y animar a una mayor participación colaborativa en esta disciplina.

## Motivos para dedicarse a la bioética

### Porque es imposible hacer nuestro trabajo diario sin valorar

El ser humano no es capaz de vivir sin valorar. De hecho, la mayoría de las decisiones tomadas a lo largo del día son decisiones de valor, son valoraciones. La duda entre comprar una camiseta de marca, que me gusta, o una más barata (valor *estético* vs. *económico*), o decidir si mantener una dieta o tomar un helado a media tarde (valor *estético*, o incluso valor *salud*, vs. *placer físico*) son conflictos cotidianos de valor con los que nos vemos obligados a lidiar. En cualquiera de estos casos, para llegar a una decisión no solo importa el sistema de valores de cada individuo, sino que también son cruciales los aspectos contextuales. Aunque un sujeto pueda considerar que el valor salud está por encima del placer en su escala de valores, tomar un helado un día de verano no supone una decisión moral inadecuada. De hecho, 2 decisiones contrarias sobre un mismo conflicto pueden estar igualmente justificadas y ser igual de razonables. Esta es la complejidad de la ética, en concreto de la bioética clínica. En nuestro día a día, decisiones como pautar furosemida en desayuno y comida vs. desayuno y cena; elegir entre amoxicilina-clavulánico o un carbapenémico en el enésimo ingreso por sepsis por *Escherichia coli* portadora de una betalactamasa de espectro ampliado en un paciente con demencia avanzada; o los innumerables debates sobre los múltiples aspectos del final de la vida en pacientes hospitalizados —sea por la indicación de una sonda nasogástrica, por el uso de aminas vasoactivas, por el ingreso en una unidad de cuidados intensivos, o por su rechazo, por el inicio de una sedación terminal, etc.— son conflictos de valor tremendamente frecuentes. En todas estas situaciones se deben congeniar los aspectos de indicación clínica con las preferencias y valores del paciente, la evaluación de la calidad de vida y otros muchos aspectos contextuales (preferencias de los familiares, aspectos económicos y sociales, etc.)<sup>5</sup>. La creciente pluralidad de la sociedad multicultural en que vivimos hace

posible que encontremos, en nuestro entorno cotidiano y al mismo tiempo, distintas jerarquías de valores. Dado que no es posible encontrar una única jerarquía que sirva para todos los miembros de la sociedad, los conflictos dentro de la relación clínica son habituales, porque aparecen cuando se confrontan diferentes jerarquías de valores.

### Porque han cambiado las reglas del juego

La medicina se ha vuelto más compleja, rica y variada. Desde los comienzos de la profesión médica y hasta hace muy poco, muchos conflictos de valor han sido minimizados en el contexto de una ética profesional de corte paternalista. El paciente era considerado incapaz (*in-firmus*) para compartir las decisiones clínicas. El médico era el único responsable del bien del paciente. Era quien definía en qué consistía dicho bien, según la máxima latina «*salus aegroti suprema lex*» (la salud del paciente es el deber/ley principal)<sup>6</sup>. A raíz del desarrollo de los derechos subjetivos del hombre en el siglo XVIII —derecho a la libertad de conciencia, a la intimidad, etc.— se produjo un cambio radical de paradigma: se comenzó a tener conciencia del individuo como sujeto autónomo portador de derechos<sup>7</sup>. Esta nueva visión no llega a la medicina hasta finales del siglo XX, cuando la relación clínica se convierte en una relación de mutuo respeto, basada en el reconocimiento del valor moral del paciente como persona<sup>8</sup>. En la medicina actual el profesional sanitario no es únicamente la autoridad que prescribe, sino que también debe actuar como asesor, acompañante, informador y guía<sup>9</sup>.

### Porque todos seremos pacientes

Múltiples estudios muestran cómo, a lo largo de la carrera profesional de los médicos, existen diversos factores que ayudan a construir una cierta percepción de invulnerabilidad frente a la enfermedad<sup>10,11</sup>. Sin embargo, todos entendemos que esta afirmación no es racionalmente sostenible. La enfermedad produce un cambio de perspectiva en determinadas costumbres y presunciones que previamente se consideraban inmutables. En un estudio realizado con médicos que habían sufrido enfermedades graves en el Reino Unido se observó que, para una parte importante de los mismos, la vivencia de ser paciente les condujo a valorar más su propia vulnerabilidad, a modificar su práctica clínica y a abordar a los pacientes de un modo distinto<sup>12</sup>. En algunas entrevistas, los médicos insistían en la necesidad de ampliar la formación de los estudiantes de medicina en estos aspectos (vulnerabilidad, relación médico-paciente, etc.). Por tanto, la formación en bioética no parece importante solo para el paciente, sino que también es esencial para el médico, como demuestran estos argumentos basados en el autocuidado, de corte a su vez kantiano, según la regla de oro «obra con los demás como desearías que obrasen contigo»<sup>13,14</sup>.

### Porque la bioética sirve para prevenir el desgaste emocional

El desgaste emocional en el trabajo (o *burn-out* profesional) es un síndrome bien conocido que, a grandes rasgos, incluye: cansancio, despersonalización en el cuidado y trato a los

pacientes y sentido de ineficacia en el puesto de trabajo<sup>15</sup>. De entre los factores que conducen a este desgaste emocional destacan: la sobrecarga laboral, la sensación de pérdida de control en el trabajo, una compensación insuficiente, la falta de justicia en dichas compensaciones y los conflictos de valores<sup>16</sup>. Estos conflictos pueden aparecer cuando determinados factores externos impiden a los profesionales sanitarios prestar a los pacientes la atención que estos merecen (o que los profesionales querían dar), como puede ser contar con tiempo insuficiente en las consultas, aportar la información de manera mecánica y «prefabricada», la presión por promover altas precoces, etc.<sup>17</sup>. El estrés moral se ha estimado como causa del 60% de los casos de desgaste emocional de los profesionales<sup>18</sup>. El desarrollo de metodologías de resolución de conflictos —incluidas las de resolución de conflictos éticos, de habilidades de comunicación y de negociación— son las herramientas más útiles para prevenir y combatir esta situación. Así, la formación en bioética puede permitir no solo una mejor atención a los pacientes y un aumento en la satisfacción personal en el trabajo, sino también un ahorro de costes emocionales y económicos, tanto individuales como para las organizaciones sanitarias<sup>15</sup>.

### Porque la bioética ayuda a gestionar los recursos con justicia

En los últimos años, el coste dedicado a la asistencia e investigación ha crecido de manera exponencial en todos los países occidentales<sup>19,20</sup>. No hay datos que indiquen que esta tendencia vaya a disminuir en un futuro próximo. Sin embargo, cada vez más nos vemos confrontados con una necesaria contención de costes, especialmente si queremos seguir preservando nuestro sistema sanitario. En los últimos años han aumentado los debates acerca de cuáles deben ser los límites de la cobertura de un sistema público de salud. De manera simplista, existen políticas a favor del aumento de la carga impositiva para financiar los crecientes gastos y otras que abogan por la contención de costes<sup>21</sup>. Los grandes modelos de contención de costes se han basado hasta ahora en la evidencia clínica disponible para evaluar qué tratamientos deben incluirse y cuáles no. Pero la evidencia científica no es suficiente para alcanzar un consenso amplio. Es necesario un debate más profundo acerca de las normas, los principios y los valores que deben regir esta contención de gastos. Para ello, se ha propuesto considerar algunos aspectos como: 1) el abandono de la idea de que la evidencia ofrece información neutral y evaluable *per se*; 2) el cambio del papel del médico, que no debe servir únicamente como informador en la toma de decisiones, sino también como guía para establecer un plan general de cuidados, un oportuno consejero cuando quizás los tratamientos no estén consiguiendo una mejora evidente de la salud o de la calidad de vida, y 3) la consideración acerca de que el acceso a tratamientos muy novedosos, con un beneficio real dudoso o marginal, pueda no estar al alcance de todos<sup>21</sup>. Y es que el uso de la evidencia para tomar estas decisiones será solo útil si se acompaña de una reflexión ética subyacente que considere cuáles son los principios normativos que acordamos de manera general para decidir a quién tratar, qué tratamientos o pruebas diagnósticas cubrir y, en resumen, a dónde dirigir los gastos en recursos sanitarios. Buscar la mejor manera de gestionar

estos recursos es una cuestión ética central y urgente y, por ello, la bioética es fundamental para realizar una política de contención de costes y de ahorro más justa.

### Porque es un campo con importantes posibilidades de investigación

Uno de los motivos por los que un determinado campo de trabajo o un conjunto de trastornos pueden resultar atractivos es por las posibilidades de investigar que ofrecen. La bioética parece haber sido, hasta el momento, una «ciencia» que se desarrolla en los departamentos de las facultades, lejos de la cama del paciente. Sin embargo, la literatura reciente está llena de ejemplos prácticos sobre investigación «a pie de cama» en bioética clínica. Los estudios acerca de la dudosa equivalencia en la evidencia disponible sobre las estrategias de profilaxis en endocarditis bacteriana<sup>22</sup>; los análisis éticos sobre los ensayos clínicos realizados con eplerenona o denosumab<sup>23</sup>; los recientes trabajos publicados sobre consentimiento informado<sup>24</sup> o sobre aspectos éticos de la sedación terminal<sup>25</sup>, en el *New England Journal of Medicine*, son ejemplos de cómo la investigación en bioética clínica posee una enorme actualidad y un gran futuro. Por otro lado, además de potenciar la investigación en el campo de la bioética clínica, es importante introducir la bioética en la investigación clínica. Un ejemplo de ello son las voces que abogan, cada vez con más frecuencia, por incluir de manera clara las preferencias de los pacientes en la elaboración de las guías de práctica clínica<sup>26</sup>.

### Porque es una oportunidad de futuro

En la medicina actual, cada vez son menos los médicos generalistas sin un área de especialización concreta, y la rica proliferación de grupos de trabajo en el seno de la Sociedad Española de Medicina Interna es un buen ejemplo de ello. Dentro de estos, siempre ha habido áreas de mayor interés, bien por su prevalencia —como el riesgo vascular o la insuficiencia cardiaca— o bien por su carácter multiorgánico, como las enfermedades autoinmunes sistémicas. Por este motivo, muchos hospitales de primer nivel en nuestro país cuentan con áreas especializadas y profesionales particularmente dedicados a estos campos. Sin embargo, son pocos los profesionales que se dedican a la bioética. Precisamente este es el motivo que la convierte en una excelente oportunidad de futuro. En un mercado laboral tan segmentado como el nuestro, la bioética se presenta como una necesidad importante y mal cubierta<sup>27</sup>. Cada vez será más necesario contar con expertos en bioética que formen parte de los comités de ética de los hospitales<sup>28,29</sup>, de las comisiones de calidad, que se encarguen de la docencia en bioética en la institución, o que sean consultores clínicos en bioética, algo cada vez más común en los Estados Unidos de América y en otros países de nuestro entorno europeo<sup>30-34</sup>.

### Conclusiones

El ejercicio de la bioética clínica es complejo, pero tremendamente rico e imperiosamente necesario. No solo se requiere una buena dosis de talento o aptitudes

(conocimientos y habilidades), sino también de talante o actitudes. Todo ello se puede adquirir con esfuerzo, perseverancia y voluntad de mejora en el actuar cotidiano, sin olvidar una adecuada formación en la materia. Solo así, animando a la escucha activa, promoviendo el respeto y la tolerancia por las opiniones ajenas, y defendiendo la coherencia y autenticidad de los propios valores, se podrá actuar éticamente. Sirvan las presentes reflexiones para aumentar el interés y el conocimiento en esta materia, así como para animar a la participación en proyectos colaborativos de investigación en este campo, que promuevan una práctica clínica mejor y más justa.

«Los grandes espíritus siempre han encontrado una violenta oposición de parte de mentes mediocres» (Albert Einstein).

### Financiación

Los autores expresan que no han contado con fuente de financiación alguna, ni pública ni privada, en la preparación del manuscrito.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Sánchez-González M, Herreros B. La bioética en la práctica clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53:66–73.
2. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Gracia D, Júdez J, editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela; 2004. p. 21–32.
3. DeMarco JP, Ford PJ. Balancing in ethical deliberation: Superior to specification and casuistry. *J Med Philos*. 2006;31:483–97.
4. Kottow M. Redefining deliberation in bioethics. *Med Health Care Philos*. 2009;12:393–7.
5. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. *Clinical Ethics*. 6th ed. New York: McGraw Hill; 2006.
6. Lutterbach J, Weissenberger C, Hitzer K, Helmes A. *Qui nescit simulare nescit curare — Wer nicht täuschen kann, kann nicht heilen. Anmerkungen zur aufklärung von patienten in der (radio-) onkologie*. *Strahlenther Onkol*. 2004;8:469–77.
7. Gracia D. La confidencialidad de los datos clínicos. En: Gracia D, editor. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004. p. 303–18.
8. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: Privacy and confidentiality in emergency medicine — Part I: Conceptual, moral, and legal foundations. *Ann Emerg Med*. 2005;45:53–9.
9. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:7–17.
10. Stein H. *American Medicine as Culture*. Boulder, CO: Westview Press; 1990.
11. Ingstad B, Christe V. Encounters with illness. The perspective of the sick doctor. *Anthropol Med*. 2001;8:201–10.
12. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract*. 2009;59:811–8.
13. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. San Juan de Puerto Rico: Pedro M. Rosario Barbosa, 2007 [consultado 30 Jul 2015]. Disponible en: [http://pmrb.net/books/kantfund/fund.metaf\\_costumbres.vD.pdf](http://pmrb.net/books/kantfund/fund.metaf_costumbres.vD.pdf)

14. Wattle J. *The Golden Rule*. New York: Oxford University Press; 1996.
15. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor and Francis; 1993. p. 19–32.
16. Maslach C, Leiter MP. What causes burnout? En: Maslach C, Leiter MP, editors. *The Truth about Burnout: How Organisations Cause Personal Stress and What to Do about It*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1997. p. 38–60.
17. Gabel S. Ethics and values in clinical practice: Whom do they help? *Mayo Clin Proc*. 2011;86:421–4.
18. Glasberg AL, Ericksson S, Norberg A. Burnout and stress of conscience among healthcare personnel. *J Adv Nurs*. 2007;54:392–403.
19. Council of economic advisers: Executive Office of the president of the United States. Trends in health care cost growth and the role of the Affordable Care Act. Noviembre 2013 [consultado 30 Jul 2015]. Disponible en: [https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/healthcostreport\\_final\\_noembargo\\_v2.pdf](https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/healthcostreport_final_noembargo_v2.pdf)
20. Anderson GF, Poullier JP. Health spending, access and outcomes: Trends in industrialised countries. *Health Affairs*. 1999;18:178–92.
21. Caplan AL. Will evidence ever be sufficient to resolve the challenge of cost containment? *J Clin Oncol*. 2011;29:1946–8.
22. Mohindra RK. A case of insufficient evidence equipoise: The NICE guidance on antibiotic prophylaxis for the prevention of infective endocarditis. *J Med Ethics*. 2010;36:567–70.
23. Gupta S, Fugh-Berman AJ, Scialli A. Ethics and eplerenone. *J Med Ethics*. 2013;39:110–4.
24. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. *N Engl J Med*. 2015;372:855–62.
25. Kamdar MM, Doyle KP, Sequist LV, Rineheart TJ, Maytal G, Flores EJ, et al. Case 17-2015: A 44-year-old woman with intractable pain due to metastatic lung cancer. *N Engl J Med*. 2015;372:2137–47.
26. Ubel P. Medical facts versus value judgments — toward preference-sensitive guidelines. *N Engl J Med*. 2015;372:2475–6.
27. Smith-Iltis A. Bioethical expertise in health care organisations. En: Rasmussen L, editor. *Ethics Expertise: History, Contemporary Perspectives and Applications*. Dordrecht: Springer; 2005.
28. McGee G, Caplan AL, Spanogle JP, Asch DA. A national study of ethics committees. *Am J Bioeth*. 2001;1:60–4.
29. Pedersen R, Akre V, Forde R. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: The experiences of nine clinical ethics committees. *Bioethics*. 2009;23:460–9.
30. Cummins D. The professional status of bioethics consultation. *Theor Med Bioeth*. 2002;23:19–43.
31. Schneiderman L, Gilmer T, Teetzel H, Dugan D, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on non-beneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290:1166–72.
32. Schochow M, Schnell D, Steger F. Implementation of clinical ethics consultation in German hospitals. *Sci Eng Ethics*. 2015 Sept 24 [epub ahead of print], <http://dx.doi.org/10.1007/s11948-015-9709-2>
33. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics consultation in United States hospitals: A national survey. *Am J Bioeth*. 2007;7:13–25.
34. Hurst SA, Reitel-Theil S, Perrier A, Forde R, Slowther AM, Pegoraro R, et al. Physicians' access to ethics support services in four European countries. *Health Care Anal*. 2007;15:321–35.