



## CARTA AL DIRECTOR

### Bioética. Nuevos desafíos, nuevos conflictos en la asistencia sanitaria



### Bioethics. New challenges, new conflicts in healthcare

Sra. Directora:

El término Bioética fue empleado por primera vez en 1970 en un artículo publicado por el Dr. Potter, médico y humanista<sup>1</sup>, plasmado posteriormente en el libro *Bioética, un puente hacia el futuro*, en el que define la misma como aquella disciplina que combina el conocimiento biológico con los valores humanos estableciendo un diálogo (un puente) entre la ciencia y las humanidades. Si bien el concepto fundamental se reduce a las ciencias de la salud, en realidad abarca los principios morales inherentes a toda la condición humana, a la búsqueda del conocimiento y su correcto empleo para mejorar la actual calidad en la asistencia sanitaria, por lo que el médico ha de actuar en función de unos valores o principios éticos universales tales como la «no maleficiencia», «beneficiencia», «autonomía» y «justicia».

En la presente carta mostraremos 3 escenarios de posibles conflictos éticos a los que actualmente se enfrenta el profesional sanitario derivados del avance tecnológico en las ciencias de la salud, el cambio en la relación médico-enfermo y la necesidad de la igualdad («equidad») en el acceso a los servicios y prestaciones sanitarios.

El gran progreso de la tecnología sanitaria ha modificado sustancialmente la actuación médica en lo concerniente a 2 aspectos claves de la dignidad de la persona. Por una parte, el inicio de la vida, con el desarrollo de la genómica (ingeniería genética, fecundación in vitro, diagnóstico prenatal...) y por otra, su término (sustitución de funciones orgánicas consideradas como vitales, desarrollo de los cuidados paliativos...), provocando numerosos conflictos éticos que obligan a un replanteamiento en la toma de decisiones trascendentales. Mientras que en los albores de la práctica médica la figura del médico se reducía a la de un mero espectador al servicio de la naturaleza tal y como lo expresaron los filósofos clásicos, desde Platón en su obra *El banquete* en la cual manifiesta que «*El médico debe de hacer que el médico que lleva el paciente consigo, que es la naturaleza, lo cure*» hasta el propio Hipócrates al establecer en su «*legado hipocrático*» que: «*La propia naturaleza del enfermo es el médico de la enfermedad y el arte consistía en favorecerla y no interferir en su acción ni perjudicar al enfermo*». En la actualidad sin embargo, el médico adquiere una capacidad activa sobre hechos tan

trascendentales como es la vida y la muerte. Con respecto del inicio de la vida ¿qué criterios ha de adoptar el facultativo en estas situaciones, para que sean moralmente válidos?, en caso de detección de una anomalía genética en el nasciturus ¿sería lícita la interrupción de la gestación o por el contrario entraría en conflicto con el principio de «no maleficiencia»?<sup>2</sup>, e igualmente con respecto de la muerte, ante la prolongación innecesaria de la vida a través de cuidados intensivos innecesarios o «encarnizamiento terapéutico» ¿debe de prevalecer el criterio científico o tener en cuenta la voluntad de los pacientes?<sup>3</sup>. Tradicionalmente dichas decisiones correspondían al médico, y en último término a los familiares, pero superado este modelo paternalista, la decisión última correspondería al propio paciente y en menor medida a los familiares más allegados, en consonancia con el marco jurídico en el que los mismos tengan lugar.

Históricamente, la relación médico-enfermo era asimétrica, esto es, el médico en base a su conocimiento científico era el depositario de la decisión terapéutica respecto del enfermo. Es el fundamento del «*paternalismo médico*», la limitación intencionada de la autonomía del paciente basándose en el principio de beneficencia. Sin embargo, a partir de 1972 aparecen los códigos de derechos de los enfermos, plasmados en última instancia en el «*consentimiento informado*» como expresión de la autonomía del paciente. Si bien este modelo permite establecer una relación activa entre médico y paciente pues el primero aporta el conocimiento científico y la información técnica y el segundo contrasta dicha información con sus creencias y proyecto de vida, dicho modelo no se encuentra exento de conflictos. Por parte del paciente, en la falsa creencia de la «infalibilidad tecnológica» como sustitutivo de la práctica médica habitual, y por parte del facultativo en la merma de la habilidad en la práctica diagnóstica manifestada en el abuso de procedimientos y técnicas no siempre necesarias que conducen al ejercicio de la denominada como «*medicina defensiva*». Por otra parte, en casos muy concretos como sería la negación de un paciente a someterse a tratamiento en el caso de padecer una dolencia infecto-contagiosa y por tanto con potencial afectación a terceros ¿quién tomaría la decisión respecto del tratamiento?, ¿el paciente basándose en el principio de autonomía o habría de actuar el médico en base a las normas de beneficencia y no maleficiencia?<sup>4</sup>.

El tercer escenario de conflictos se encontraría en relación con la «equidad», esto es, en el acceso igualitario de todos los sujetos a los recursos sanitarios y la distribución equitativa de recursos económicos limitados. La concepción actual de la asistencia sanitaria incluye a nivel particular «*la justicia distributiva*» representada por la distribución

equitativa de bienes y «*la justicia comunitaria*» responsabilidad del Estado. Según el «*principio de justicia*», todos los habitantes de un país, sin ningún tipo de discriminación, deberían de tener derecho a la misma calidad de atención médica; y aplicado de forma global, todos los países, aun en aquellos que no pueden financiar investigación médica, deberían tener acceso a todos los adelantos de la medicina en un momento considerado. Ahora bien, surge el problema de que en la asistencia sanitaria la oferta crea la demanda por lo que ¿dónde establecer unos límites racionales en la prestación sanitaria?, ¿cómo diferenciar lo auténticamente esencial de lo accesorio en el caso de que los bienes sanitarios sean escasos? La respuesta a estos interrogantes inevitablemente conduciría a la confrontación entre los principios de justicia y de beneficencia<sup>5</sup>.

La interrelación por tanto de los 3 tipos de situaciones anteriormente citadas exige de la ética médica una dimensión anteriormente desconocida, por lo que el papel de la Bioética adquiere actualmente un gran protagonismo.

## Bibliografía

1. Potter VR. Bioethics: The science of survival. *Perspect Biol Med.* 1970;14:127–53.
2. Bin P, Conti A, Capasso E, Fedeli P, Policino F, Casella C, Delbon P, Graziano V, et al. Genetic testing: Ethical aspects. *Open Med.* 2018;13:247–52.
3. Gursahani R, Mani RK, Simha SN. End of life and palliative care in neurology: Does autonomy matter? *Ann Indian Acad Neurol.* 2018;21:239–41.

4. Arora KS, Morris J, Jacobs AJ. Refusal of vaccination: A test to balance societal and individual interests. *J Clin Ethics.* 2018;29:206–16.
5. Garrafa V, Cunha TRD, Manchola C. Access to healthcare: A central question within Brazilian bioethics. *Camb Q Healthc Ethics.* 2018;27:431–9.

J.D. Sánchez López<sup>a,\*</sup>, J. Cambil Martín<sup>b</sup>,  
M. Villegas Calvo<sup>c</sup> y M.L. Moreno Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España

<sup>b</sup> Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>c</sup> Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España

<sup>d</sup> Unidad de Anestesiología y Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es)

(J.D. Sánchez López).

Disponible en Internet el 29 de junio de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.02.006>  
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Limitaciones del consentimiento informado ¿afectan a la calidad asistencial?



### Limits on the informed concept. Do they affect the quality of care?

Sra. Directora:

Actualmente el consentimiento informado (CI), constituye el eje vertebrador del principio de autonomía del paciente y, por tanto, uno de los pilares básicos de la calidad asistencial, pues garantiza el derecho a decidir de este sobre su propio estado de salud tras recibir una información «adecuada», esto es, suficiente veraz e inteligible por parte del facultativo. Constituye, por tanto, una obligación inexcusable por parte del mismo la de informar al paciente de todas aquellas circunstancias que puedan incidir de forma razonable en la decisión terapéutica, por lo que deberá de informarle sobre los medios y el fin del tratamiento médico-quirúrgico, indicando el diagnóstico de su proceso y pronóstico del mismo<sup>1</sup>.

Si bien es cierto, como hemos mencionado previamente, desde un punto de vista legal el CI constituye el exponente principal del principio de autonomía hemos de reflexionar sobre aquellas situaciones que se plantean según el papel que tenga dicha información, diferenciando aquellos casos

en los que el médico representa el eje de la situación, o si por el contrario dicha relación se construye sobre la base la autonomía del paciente. En el primero de los casos, el médico en función del principio ético de su ejercicio tiene como objetivo fundamental el bienestar del paciente. En estas situaciones, la información pasaría a un segundo plano, ya que lo que importa es el bienestar del mismo a cualquier precio, haya o no CI. En el otro supuesto, centrado en el paciente como eje de la decisión, la información pasaría a un primer plano, y se utiliza para que el mismo pueda decidir de forma consciente y libre los pasos a seguir, respetándose su independencia y criterio y donde la verdad no ha de enmascarar u ocultar la verdad<sup>2</sup>.

No obstante, hemos de reflexionar acerca de los límites de dicha información, ya que podrían crear un conflicto de intereses entre el principio de autonomía que representa el CI y la propia vida o la integridad física del paciente.

Un ejemplo paradigmático lo constituyen aquellas situaciones en las que la negativa del paciente se debe a cuestiones de tipo religiosas, en estos casos el médico, aún sin solicitar la autorización judicial podría justificar su actuación si esta es demandada, pues la vida del paciente constituye un bien supremo tutelado por el ordenamiento jurídico, por lo que no puede contraponerse a la voluntad de un paciente condicionado por sus creencias<sup>3</sup>.

No hemos de olvidar que dicha información ha de ser gradual, variable e individualizada, ya que la misma dependerá