

# ¿Podrá la bioética salvar a la medicina del siglo XXI?

Montse Esquerda  
Helena Roig

Directoras del Institut Borja de Bioètica-URL  
mesquerda@ibb.hsjdbcn.org  
hroig@ibb.hsjdbcn.org

## Resumen

El desarrollo tecnológico en medicina ha llegado muy lejos, y no parece que vaya a detenerse. Si bien esta es, a priori, una buena noticia, este desarrollo no está exento de riesgos. El exceso de tecnificación ha traído asociada una deshumanización de la medicina, en la que, aunque el paciente es en teoría el centro de la atención, en la práctica queda relegado a un segundo plano. La bioética es la disciplina que puede y debe revertir esta situación, devolver a la persona su lugar central en la atención sanitaria.

## Palabras clave

bioética, medicina, paciente, profesional, técnica, humanización

## Abstract

Technological advances in medicine have certainly come a long way and this situation is unlikely to cease in the near future. This may be a good thing in principal but there is a degree of risk involved. Too much technification has been associated with the dehumanisation of medicine; even though the patient is theoretically the centre of attention, in practice, we find patients often relegated to a secondary plane. Bioethics is the discipline that can and ought to reverse this situation so that the person once again occupies the central position in healthcare setting.

## Keywords

bioethics, medicine, patient, professional, technique, humanisation

En los años 80 Stephen Toulmin escribió un conocido artículo titulado «Cómo la medicina salvó la vida a la ética»<sup>1</sup> en el que mostraba cómo las cuestiones derivadas de los cambios devenidos en la medicina habían proporcionado una salida a la ética, que hasta entonces se movía entre una filosofía moral académica muy centrada en la meta-ética y debates circulares, hasta llegar a un punto muerto. La eclosión de la bioética y, posteriormente, de otras éticas aplicadas supuso una bocanada de aire fresco que, según palabras del mismo autor, salvó la ética.

Quizás en la actualidad la pregunta a plantear es *si la bioética será capaz de salvar a la medicina* de convertirse en una técnica o biología aplicada, altamente efectiva y super-especializada, pero que por el camino ha perdido su esencia, su vocación de curar y cuidar, aliviar el sufrimiento y consolar a las personas.

La revolución científico-técnica de la medicina ha representado un enorme progreso, pero hay que reconocer que conlleva una serie de amenazas, no ya en el ámbito de un futuro hipotético, sino en el quehacer diario de la práctica asistencial: la despersonalización, la tecnificación del trato, el riesgo de *hipermedicalización*, la fragmentación de la atención, diluida en múltiples equipos referentes, la super-especialización o la mercantilización de la salud.

El bioeticista argentino José Ma-

**E**l bioeticista argentino José María Mainetti lo resume con una frase contundente: «Nuestros maestros se preguntaban si la medicina era arte, ciencia o religión. Nosotros nos preguntamos si es industria, comercio o política»

contundente: «Nuestros maestros se preguntaban si la medicina era arte, ciencia o religión. Nosotros nos preguntamos si es industria, comercio o política».<sup>2</sup>

A lo largo de toda la historia de la humanidad cuidar ha sido inherente a curar. Ahora, por primera vez, la medicina puede curar sin tener que cuidar.<sup>3</sup> La actual edad de oro de las ciencias de la salud ha posibilitado tratamientos específicos, efectivos y radicales desde el punto de vista tecnológico. Pero el cuerpo tradicional de la profesión incluye la compasión, la escucha, el cuidar, el estímulo, el respeto a las decisiones tomadas, el acompañamiento en el proceso y el soporte emocional.

Eric Cassell habla del valor central de la persona en el entorno sanitario, como un supuesto claramente aceptado en el ámbito académico, pero que ha de afrontar muchos obstáculos

para su aplicación práctica. «En la actualidad, la naturaleza de la persona tiene un efecto muy importante en el origen, el diagnóstico, el progreso, el tratamiento y las consecuencias de una enfermedad. Los pacientes también se han convertido en personas. La aparición de la bioética como fuerza en la medicina y su énfasis en el respeto a la persona y a la autonomía desempeñaron un papel importante en estos cambios. De modo que, en estos momentos, la bandera de la medicina centrada en la persona ondea sobre el tejado de la mayoría de las Facultades de Medicina y de los hospitales estadounidenses, pero la medicina que se practica en sus plantas sigue estando centrada en la enfermedad. En los últimos cincuenta años, como mínimo, la medicina ha intentado sin éxito asignar a la persona, en lugar de a la enfermedad, el papel de objetivo central de la medicina y de los médicos, lo cual ha culminado en el movimiento actual a favor de una medicina centrada en el paciente».<sup>4</sup>

Así, a pesar de años de intentar situar el «cuidar» (de la persona) de forma conjunta con el «curar», el día a día sigue presentando bastantes dificultades. Este hecho puede estar claramente relacionado con la formación de los profesionales sanitarios, como bien describe un editorial de *The Lancet*: «El énfasis de la formación de los médicos actuales se pone en las ciencias duras: anatomía, fisiología, bioquímica, patología, microbiología y farmacología. Incluso durante los años de formación clínica, a pesar del contacto con pacientes, los médicos en formación han de pasar una gran cantidad de tiempo para dominar la información cada vez más compleja necesaria para brindar atención médica moderna, (...) pero en la práctica clínica los médicos han de tratar de entender a sus pacientes, sus personalidades, sus historias y peculiaridades

para poder ofrecer el mejor cuidado posible. En este lado *blando* de la medicina, las ciencias *duras* son de escasa ayuda».<sup>5</sup>

No se trata en absoluto de una contraposición entre ciencias duras y ciencias blandas, sino de una complementación: *High Tech with High Touch*. Si la medicina quiere seguir siendo lo que ha representado, tendrá que saber integrar ambas vertientes. Es necesaria, pues, una alta capacidad tecnocientífica acompañada de altas habilidades de comunicación y relacionales, y fuertemente enraizada en los valores profesionales (confianza, responsabilidad y compromiso con el paciente, entre otros).

---

**F**ulford, bioeticista, psiquiatra y filósofo, define muy acertadamente cuatro objetivos básicos y prioritarios de la formación ética de los profesionales sanitarios: sensibilizar, cambiar actitudes, incrementar conocimiento y mejorar estrategias de pensamiento

---

La bioética es claramente una disciplina “blanda”, por usar la terminología del citado editorial de *The Lancet*, y uno de sus grandes retos es, precisamente, situar las disciplinas “blandas” en el núcleo “duro” de la formación de todos los profesionales sanitarios. La bioética, podríamos decir, forma parte de la *genética*, y no de la *epigenética*, de las profesiones sanitarias. Para poder desarrollar este papel, la

bioética tendrá que estar muy cerca del quehacer diario no solo de los profesionales sanitarios, sino también de los centros, las instituciones y los sistemas de salud, y, evidentemente, de los pacientes. Será necesario que el debate ético llegue a las personas implicadas, si no quiere ser estéril, alejado de la realidad y hecho de «castillos en el aire».

Fulford, bioeticista, psiquiatra y filósofo, define muy acertadamente cuatro objetivos básicos y prioritarios de la formación ética de los profesionales sanitarios: sensibilizar, cambiar actitudes, incrementar conocimiento y mejorar estrategias de pensamiento.<sup>6</sup>

**Sensibilizar** implica cambiar la mirada sobre aquello que se hace y cómo se hace. Gran parte de la formación de los profesionales se basa en la automatización. Se automatizan procesos, actividades, habilidades y, evidentemente, esquemas de pensamiento. La automatización permite crear procesos mentales de razonamiento más rápidos y eficientes, pero da una imagen fija, y bastante influida por sesgos cognitivos, de la realidad. Para ser más sensibles a la realidad es necesario, pues, *desautomatizar*, y en este contexto la bioética ofrece un marco basado en la reflexión, la deliberación y el diálogo.

En un futuro inmediato será de capital importancia distinguir bien entre los entornos que faciliten este cambio de mirada, dando espacio para la deliberación, y los que lo impidan. En este sentido, retomando el clásico debate *nature versus nurture*, un reciente editorial de *The New England Journal of Medicine* disertaba sobre el hecho de que tan importante como las capacidades previas de los nuevos estudiantes de medicina (*nature*) es el entorno en el que estos estudiantes se desarrollarán como profesionales y como personas (*nurture*).<sup>7</sup>

Actualmente, gran parte de la formación en valores y actitudes sigue siendo por aprendizaje vicario, por imitación, siendo formación no reglada y que queda en cierto sentido «al azar».

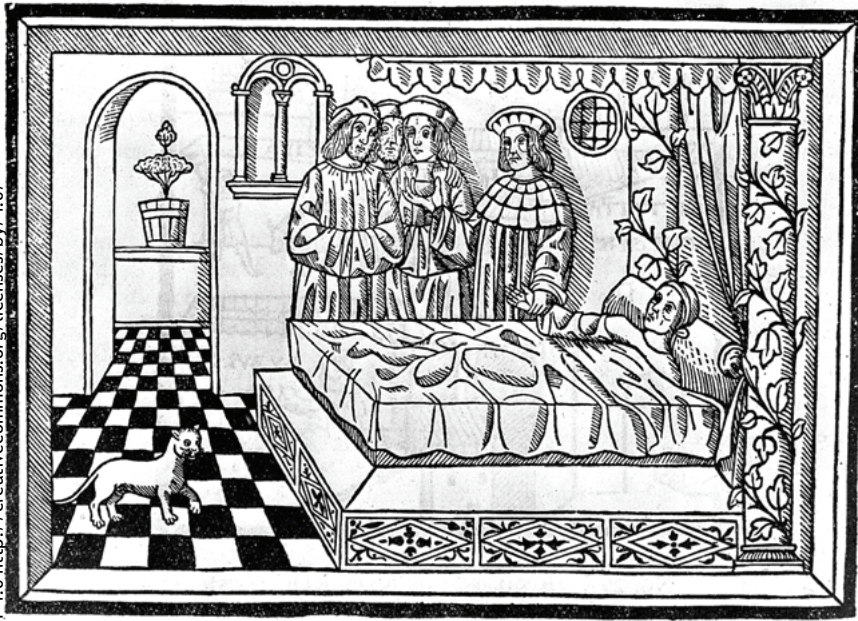
Las llamadas «neuronas espejo» permiten comprender el proceso de aprendizaje por observación-imitación, no solo en lo que a procedimientos se refiere, sino también en cuanto

de que, tal como ha demostrado Dan Ariely, existen contextos que «contagian» conductas poco éticas.<sup>8</sup> La buena noticia es que también los contextos éticos contagian. De aquí la importancia que tienen estos entornos en la sensibilización, no solo de las personas, sino también de las instituciones.

Otro de los aspectos fundamentales según Fulford es el **cambio de acti-**

en el siglo XX se ha reconocido “el valor curativo de la palabra”, y de este valor terapéutico se ha desarrollado incluso una nueva disciplina, la psicología.<sup>9</sup> Es curioso ver cómo las profesiones sanitarias, que tradicionalmente han trabajado con la palabra, no le están dando el énfasis adecuado.

**C**omo decía Francesc Abel, «el cambio más profundo en la relación médico-paciente en los últimos 30 años es el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo. El respeto hacia la persona se tiene que manifestar en la acogida y en la escucha atenta sobre aquello que el paciente quiere y desea comunicar»



No. 300. SILVATICUS (Matth.).

a actitudes y habilidades comunicacionales y relacionales. Estas neuronas se activan cuando desarrollamos una acción que previamente hemos observado en otro individuo, de manera que se genera un patrón de actividad neuronal que facilita la repetición futura de la acción, aunque ya no esté presente el individuo de quien la aprendimos.

Las “neuronas espejo” no solo se activan frente a las acciones, sino también frente a las emociones o intenciones del otro, de manera que reeditan en el cerebro del observador el estado emocional del observado, produciéndose un «contagio».

Quizás tendremos que ser conscientes

tudes, que implica estar preparados para revisar los modelos de comunicación y de relación. Para poder llegar a una buena competencia en la gestión de los valores de los pacientes e implementar los deberes como profesionales, es necesario previamente saber gestionar las relaciones y las emociones. Algunos autores hablan de la «medicina ética» como la «medicina empática». Seguramente esta visión resulta demasiado reduccionista, pero a menudo detrás de conflictos éticos hay dificultades en la resolución de situaciones complejas.

La principal herramienta para el cambio de actitudes es la escucha y la palabra. Tal como decía Laín Entralgo,

Cambiar actitudes implica también poder expresar el impacto que tienen las profesiones sanitarias en los propios profesionales. Tradicionalmente la actitud ante aquello que provoca un impacto emocional o incluso distrés moral al propio profesional ha sido el «pacto de silencio». En «¿Por qué algunos médicos se vuelven malvados (poco éticos)?» se describe muy bien el desgaste profesional que puede devenir, entre otros motivos, por una mala gestión de los impactos emocionales.<sup>10</sup>

El cambio de actitudes supone también cambiar modelos de relación. Actualmente, a pesar de que el respeto y la promoción de la autonomía

de los pacientes están aumentando, estos coexisten todavía con el modelo paternalista. La evolución hacia la superación definitiva del paternalismo no está, no obstante, exenta de peligros. El problema del desarrollo de un modelo basado únicamente en la autonomía es que esta por sí sola no es aplicable, sino que se necesita todo un contexto, espacios, estructuras, ámbitos de atención en los que se pueda desarrollar. De lo contrario, existe el riesgo de una autonomía mal entendida que lleve al abandono del paciente.

Como decía Francesc Abel, «el cambio más profundo en la relación médico-paciente en los últimos 30 años es el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo. El respeto hacia la persona se tiene que manifestar en la acogida y en la escucha atenta sobre aquello que el paciente quiere y desea comunicar».<sup>11</sup> *Acogida* y *escucha*, palabras clave a la hora de aproximarse a la autonomía.

**Incrementar conocimientos** implica superar el *gap* entre la bioética clínica, aplicada a la práctica asistencial, y la bioética académica, si es que existen dos bioéticas. Es constatable que ha aumentado la formación en bioética y cada vez hay profesionales más ampliamente formados, pero estos conocimientos no siguen una curva de normalidad: hay pocos profesionales altamente preparados y muchos con escasa o nula formación.

Incrementar conocimientos implica también superar el principalismo, evitar entender la bioética como una aplicación automática de cuatro principios que, como una fórmula, da un resultado. El valor está en el proceso y en cómo este se lleva a cabo. Francesc Abel decía «Con los principios bioéticos no tenemos en absoluto resueltos los problemas de la bioética,

ni siquiera los de la bioética clínica. Por esto sería necesario que estuviéramos de acuerdo en los valores a transmitir en su jerarquización y, en definitiva, en la concepción que tenemos del hombre, de la sociedad, del sentido de la vida y de la muerte. Como esto no es posible, hemos de intentar llegar lo más cerca posible, que quiere decir aceptar de entrada que individuos con distintas concepciones éticas, hasta dentro del mismo sistema ético, lleguen a conclusiones éticas diferentes, y que esto requiera diálogo, tolerancia y fidelidad a las propias convicciones».<sup>11</sup>

Las actitudes no se pueden modificar por normas. Como el mismo Fulford expresa, la ley puede llegar a «matar» la ética, y esto se ha visto, por ejemplo, en el desarrollo del *consentimiento informado*. Lo que tendría que ser un procedimiento para garantizar la información a la persona se convierte en un trámite administrativo y burocrático. La norma, sin la reflexión previa y comprometida sobre lo que implica, se puede convertir en mero trámite.

Todo ello para poder llegar a **mejorar las estrategias de pensamiento**, tanto de forma individual como colectiva, de manera que la bioética sea ya una parte nuclear de todos los procesos, que no sea necesario un procedimiento de razonamiento, sino que ya sea una forma de hacer, una manera de entender y practicar la asistencia sanitaria.

### Referencias bibliográficas

1. Toulmin S. How medicine saved the life of ethics. *Perspect Biol Med*. 1982; 25(4): 736-750.

2. Favaloro RG, Moszenberg A, Mainterrri JA, Klimovsky G, Ciochini H. Conversaciones sobre ética y salud. Buenos Aires: Torres Agüero; Centro Editor de la Fundación Favaloro; 1996.

3. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Helping and healing: religious commitment in health care*. Washington: Georgetown University Press; 1997.

4. Cassell E. La persona como sujeto de la medicina. Barcelona: Fundació Victor Grífols i Lucas; 2009.

5. The Lancet, ed. The soft science of medicine. *The Lancet*. 2004; 363(9417): 1247.

6. Fulford B, Thornton T, Graham, G, ed. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2006.

7. Schwartzstein RM. Getting the Right Medical Students-Nature versus Nurture. *New England Journal of Medicine*. 2015; 372(17): 1586-1587.

8. Mann H, Garcia-Rada X, Houser D, Arieli D. Everybody Else Is Doing It: Exploring Social Transmission of Lying Behavior. *Plos One*. 2014; 9(10): e109591.

9. Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente; 1964.

10. Loayasa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención Primaria*. 2009; 41(11): 646-649.

11. Abel i Fabre F. *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Barcelona; Madrid: Institut Borja de Bioética; Fundació Mapfre Medicina, 2001.