



La bioética en la práctica clínica

Miguel Sánchez-González,^a Benjamín Herreros^b

Bioethics in clinical practice

Bioethics has grown exponentially in recent decades. Its most important schools include principlism, casuistry, virtue ethics and the ethics of care. These schools are not exclusive. Within bioethics, clinical ethics addresses the inherent clinical practice ethical problems, problems which are many and very varied. Bioethics training is essential for clinicians to address these bioethics' problems. But even the professionals are trained, there are problems that cannot be solved individually and require advisory groups in clinical ethics: clinical ethics committees. These committees are also responsible for education in bioethics in health institutions. Clinical bioethics is a practical discipline, oriented to address specific problems, so its development is necessary to improve the decision making in such complex problems, inevitable problems in healthcare.

Keywords Palabras clave

Bioethics	Bioética
Ethics, Clinical	Ética clínica
Ethical review committee on research	Comité de revisión ética
Decision making	Toma de decisiones

La asistencia sanitaria ha cambiado, y la tradicional relación vertical paternalista entre médico y paciente, en la que el enfermo debía obedecer al médico, se ha transformado en una relación más compleja. En esta nueva forma de relación clínica intervienen factores que hace apenas unas décadas no estaban presentes, entre ellos la opinión del paciente sobre las decisiones que le afectan, la necesidad de distribuir los recursos sanitarios y considerar los costos económicos, una tecnología médica cada vez más sofisticada, o los avances de la investigación biomédica.¹

Todo ello ha conducido a que el médico tenga que compartir la labor asistencial de diagnosticar, tratar y acompañar a los pacientes con otros actores, cediendo una parte importante de su cuota de poder. Los pacientes han cambiado su rol pasivo por la participación activa en la toma de decisiones sobre su salud. Por otro lado, la familia en la cultura latina se engrana en esas decisiones, aconsejando, acompañando o incluso sustituyendo en algunos casos la capacidad de decidir del paciente. Otro actor importante en la práctica clínica es el suministrador de los servicios sanitarios, sea público o privado. La obligación del suministrador es gestionar los recursos y ordenar la asistencia, condicionando inevitablemente las decisiones de la práctica sanitaria.

Este complejo modelo pluridisciplinar de atención a la salud genera numerosos conflictos éticos. Porque al tener en cuenta en las decisiones los valores de todos los individuos implicados, existirá inevitablemente disparidad de criterios. Y los conflictos que se generan no serán meramente técnicos, sino éticos, porque lo que entra en conflicto son los valores de las personas.²

Si las decisiones clínicas no son sencillas, las decisiones en ética clínica, en las que a la complejidad de las decisiones clínicas se añade un conflicto ético, son aún más complicadas. El problema ético incrementa la incertidumbre clínica que ya existía. Para que los profesionales puedan abordar estos complejos problemas, deben estar formados en bioética, no solo en clínica, y han de contar con herramientas útiles que les ayuden cuando las decisiones sean excesivamente complejas, como son los comités de ética para la asistencia sanitaria.

Este artículo sobre la bioética en la práctica clínica servirá como introducción a una serie de estudios sobre ética clínica. En la serie se abordarán los temas

^aFacultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

^bInstituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Universidad Europea

Madrid, España

Comunicación con: Benjamín Herreros

Teléfono: (34) 630 906 473

Correo electrónico: benjaminherreros@gmail.com

Recibido: 07/05/2014

Aceptado: 23/09/2014

La bioética ha tenido un desarrollo exponencial en las últimas décadas. Entre sus escuelas más importantes destacan el principialismo, el casuismo, la ética de la virtud y la ética del cuidado, las cuales no son mutuamente excluyentes. Dentro de la bioética, la ética clínica aborda los problemas éticos de la práctica clínica, problemas que son numerosos y muy variados. La formación en bioética es fundamental para que los clínicos aborden adecuadamente estos problemas. Pero aunque los profesionales estén for-

mados, existen problemas que precisan del concurso de grupos asesores en ética clínica: los comités de ética para la asistencia sanitaria. Estos comités son además los responsables de la formación en bioética en las instituciones sanitarias. La bioética clínica es una disciplina práctica, orientada a dar respuesta a problemas concretos, por lo que su desarrollo es necesario para mejorar la toma de decisiones ante estos complejos problemas, inevitables en la asistencia sanitaria.

Resumen

nucleares de la bioética para los clínicos: desde los conceptos y términos más importantes en ética clínica, hasta los monográficos sobre la capacidad para tomar decisiones o sobre los problemas éticos en cuidados paliativos. En este primer artículo, tras señalar los eventos históricos claves para el nacimiento de la bioética, se tratará de definirla y de aclarar sus objetivos, se van a explicar cuáles son las principales escuelas de la bioética y, finalmente, se realizará una aproximación a aspectos más cercanos a la práctica clínica: qué es la ética clínica, qué comités de ética hay y cuál es su utilidad real.

Historia de la bioética

La bioética actual es una corriente internacional iniciada en las últimas décadas. Sus primeras manifestaciones aparecieron en Estados Unidos, a principios de los años setenta. Y esta corriente se ha extendido posteriormente al resto de los países.³

La palabra *bioética* fue acuñada en 1970 por Van Rensselaer Potter (1911-2001), que fue un bioquímico dedicado a la investigación oncológica. Este investigador publicó un artículo titulado: "Bioethics: The science of survival",⁴ y un año más tarde su libro: *Bioethics: Bridge to the Future*.⁵ En estas obras argumentaba la necesidad de crear una nueva disciplina que uniera el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Y en 1971 André Hellegers (1926-1979), médico obstetra, utilizó ya el término *bioética* para dar nombre al primer instituto universitario de la disciplina, el Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics, localizado en la ciudad de Washington.

Pero el espaldarazo definitivo a la bioética lo dieron las comisiones de ética nombradas por el gobierno de los Estados Unidos. La primera de estas comisiones fue The National Commission for the Protection of Human

Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Esta comisión nacional, tras cuatro años de trabajos, acabó publicando el Informe Belmont en 1978. En este informe se proponían tres principios que habían de regir la investigación con seres humanos. Y un año más tarde se publicó el libro de Beauchamp y Childress *Principles of Biomedical Ethics*,⁶ en el que aparecían expuestos los principios que habían de regir la toma de decisiones médicas: los famosos cuatro principios de respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. De esta manera, la bioética se trasladaba del terreno de la investigación al de la práctica clínica.

A pesar de su corta vida, la bioética en el campo de la medicina ha logrado un éxito extraordinario. Ha contribuido a transformar el modelo paternalista de relación con los pacientes y ha cambiado significativamente la forma de tomar decisiones médicas. Además, ha servido para fundamentar desde un punto de vista ético la investigación con seres humanos y ha tratado los problemas que suscitan las organizaciones sanitarias, además de que ha generado debates sobre justicia y distribución de recursos.

Definición y objetivos de la bioética

La bioética que proyectó Potter tenía unos objetivos muy amplios. Este investigador la entendía como un diálogo entre científicos y humanistas para preservar a la humanidad de su autodestrucción y fomentar la calidad de vida. Utilizando sus propias palabras:

La humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y para la mejora de su calidad de vida. ...Yo propongo el término bioética con el fin de enfatizar los dos ingredientes más importantes para lograr la nueva sabiduría que tan desesperadamente se necesita: conocimiento biológico y valores humanos.⁷

Hellegers, por su parte, institucionalizó el diálogo bioético en el Kennedy Institute apelando a los sistemas éticos para orientar los progresos científicos y técnicos al servicio del progreso humano. Daniel Callahan (nacido en 1930), fundador de otro gran instituto para el estudio de estos temas, el Hastings Center, quiso clarificar interdisciplinariamente los problemas éticos e iluminar las políticas del gobierno con valores sociales consensuados.

También merece la pena recordar los objetivos declarados de otro famoso bioeticista: Hans Jonas (1903-1993). Este autor intentó superar una “ética de cercanías” para abrirnos a los horizontes del futuro de la humanidad y de nuestro planeta.

La Encyclopedia of Bioethics editada por Warren Reich en 1978 sugería la siguiente definición de bioética: “Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la atención a la salud, examinando esta conducta a la luz de los valores y de los principios morales”.⁸

Albert Jonsen,³ (nacido en 1931), a su vez, distingue entre una bioética como disciplina académica, elaborada por instituciones y por expertos, y una bioética como discurso público que es el producto de la opinión pública y está promovida por una variedad de participantes sociales. Y en este segundo sentido la bioética sería un nuevo espacio o foro de debate público, más que una disciplina propiamente dicha.

En cualquier caso, todas las definiciones de la bioética propuestas hasta el momento incluyen la idea de que la bioética es “un estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el conocimiento científico y por el poder tecnológico que tenemos sobre la vida”. Y se le reconoce siempre la finalidad práctica de servir para orientar las decisiones importantes.

Conviene señalar, también, que la bioética ha acabado produciendo dos líneas de desarrollo. Por un lado está la bioética clínica, que se ocupa de los problemas de la asistencia y la investigación médica. Y por otro lado está la bioética, que afronta los problemas relativos al medio ambiente. Potter propuso llamar a esta segunda línea de desarrollo *bioética global*.⁹

Los artículos de esta serie se ocuparán exclusivamente de la bioética clínica o ética clínica, que ha predominado sobre la bioética global en todos los aspectos cuantificables.

Principales métodos y escuelas de la bioética

La bioética en sus inicios fue entendida como una ética aplicada de carácter principialista, porque pretendía resolver los problemas desde principios éticos. A los primeros bioeticistas les parecía evidente

que se necesitaban principios desde los que pudieran deducirse leyes y normas. Albert Jonsen vio en ello la expresión de la necesidad cultural norteamericana de subsumir las nuevas realidades bajo principios claros sin ambigüedades. Y denominó *moralismo americano* a este abordaje ético principialista.¹⁰ Jonsen mantiene que este abordaje se originó en la tradición religiosa del calvinismo. Una tradición que ha generado un moralismo secularizado que mantiene una adherencia rígida a la ley, las reglas y los principios. Sin embargo, el principialismo y el deductivismo moral no eran solo una característica peculiar del moralismo americano, puesto que la tendencia a deducir las normas y los juicios particulares desde principios universales ha sido la característica de casi todos los sistemas occidentales de pensamiento ético posteriores a Aristóteles, y por ello en el contexto latinoamericano el principialismo aplicado a la bioética ha tenido también un enorme éxito.

Sin embargo, en la actualidad la bioética tiende cada vez más a entenderse como una ética práctica que intenta resolver los problemas concretos utilizando una variedad de métodos.

Principialismo

Lo cierto es que el primer método que se puso a punto estuvo basado en los llamados “cuatro grandes principios de la bioética”. Recordemos que estos principios se formularon a raíz de los escándalos públicos que la investigación con seres humanos suscitó en los años setenta del pasado siglo. A consecuencia de estos escándalos cundió la alarma en la opinión pública y el Congreso de los Estados Unidos se vio obligado a intervenir. La respuesta del Congreso estadounidense fue crear en 1974 la Comisión Nacional para la Protección del Ser Humano frente a las Investigaciones Biomédicas y de Conducta. El objetivo que se impuso a aquella comisión nacional fue: “Identificar los principios éticos básicos en los que debe basarse la investigación con seres humanos, y desarrollar directrices que aseguren que tal investigación se efectúa de acuerdo con esos principios”.

Así pues, a la comisión se le pidieron principios. Y suministró principios en su Informe Belmont de 1978. En este documento propuso los tres principios universales de la investigación con seres humanos: “Respeto por las personas, beneficencia y justicia”. Aseguró que “unos principios éticos amplios podrían suministrar bases sobre las que formular, criticar e interpretar las reglas específicas”. Los principios quedaban definidos como: “Juicios prescriptivos generales... ...que sirven como justificación básica para las múltiples prescripciones y evaluaciones particulares”; aclaraba además que “están formulados en un nivel de generalización

que debe ayudar a comprender los problemas éticos de la investigación con seres humanos”.

Los principios del Informe Belmont eran aplicables solamente a los problemas de la investigación. Pero Beauchamp y Childress, en *Principles of Biomedical Ethics*, extendieron el procedimiento principialista a las decisiones clínicas, y elaboraron los llamados “cuatro grandes principios” que llegaron a ser considerados el “santo y seña” de la bioética:

1. Autonomía: respeto activo a la libertad de elección de la persona; no solo absteniéndose de obstaculizarla sino también procurando que se den las condiciones necesarias para ejercerla.
2. No maleficencia: no producir daños intencionadamente.
3. Beneficencia: obligación de actuar en beneficio del enfermo, ayudándole a promover sus legítimos intereses.
4. Justicia: distribución equitativa de recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad.

Estos cuatro principios debían ser considerados *prima facie* (a priori), siguiendo las ideas de David Ross y William Frankena. No estaban ordenados jerárquicamente. En caso de conflicto no hay reglas explícitas: las circunstancias y las consecuencias establecen el “deber actual”.

El principialismo inicial pronto empezó a recibir críticas. En 1990 Clouser y Gert¹¹ lo llamaron despectivamente *principlism* y lo definieron como: “La práctica de usar principios para reemplazar tanto a la teoría moral como a las reglas morales particulares y a los ideales en el manejo de los problemas morales que surgen en la práctica médica”. Estos autores criticaban, además, que: “Los principios no son, de hecho, guías para la acción, sino más bien meros nombres de una colección de materias, superficialmente relacionadas a veces, para ser tenidas en cuenta cuando se trata un problema moral”. Y decían también que “los principios carecen de relación sistemática entre ellos, frecuentemente entran en conflictos, que son irresolubles porque no hay una teoría moral unificada de la que se deriven”.

Además, desde un punto de vista más práctico, se ha reprochado a los principios haberse limitado a inspirar normas y haber fomentado una ética legalista en la que han proliferado leyes y códigos. Y el enorme éxito divulgativo de los principios habría conducido a implantar una perspectiva estrecha, simplista y plana, incapaz de defender otros valores que los principios mismos.

Para hacer frente a las críticas, Beauchamp y Childress optaron en 1994, a partir de la cuarta edición de su libro, por un “coherentismo” enraizado en la moralidad común, que se alejaba del deductivismo de las primeras

ediciones. Redefinieron los principios como “generalizaciones normativas que guían los actos, pero deben ser interpretadas, especificadas y balanceadas en cada caso”. Admitieron además la necesidad de introducir ciertas reglas adicionales a los principios. Con todas esas aclaraciones, Beauchamp y Childress reconocen que el principialismo puede ser una teoría insuficiente. Y consideran que las otras teorías éticas no son rivales del principialismo, sino complementos suyos.

Para solventar las dificultades del principialismo, en los últimos años han surgido otras escuelas de bioética. Entre ellas: el casuismo, las éticas de la virtud y las éticas del cuidado.

Casuismo

El casuismo ha resurgido en las últimas décadas como una alternativa al principialismo. Este casuismo es una antigua forma de resolver los problemas morales que ha sido rehabilitada recientemente por obra, sobre todo, de Albert Jonsen y Stephen Toulmin.¹²

El casuismo es un método para llegar a decisiones justificables en los casos concretos. Para ello se atiende a las circunstancias y a las máximas (normas particulares aplicables a los casos), en vez de partir de teorías y principios. El razonamiento casuístico comienza por describir el caso-problema detalladamente y según sus circunstancias. Tras ello se tipifica el caso: se busca el caso paradigmático que más se le parezca, es decir, se busca un caso modelo similar al que se analiza. Finalmente se resuelve el caso-problema actual aplicándole las máximas recomendadas para su paradigma.¹³

Éticas de la virtud

Las éticas de la virtud, resucitadas por E. Anscombe y A. MacIntyre, han sido aplicadas a la medicina por Edmund Pellegrino¹⁴ y James Drane.¹⁵

Estas éticas se centran en las virtudes del carácter, antes que en los actos aislados. Suponen que los buenos comportamientos no proceden de aplicar principios o de calcular consecuencias, sino del buen juicio de alguien que tiene ciertas virtudes. Por eso las éticas de la virtud han sido contrapuestas a las éticas de la obligación, porque no dicen lo que hay que hacer sino la clase de persona que hay que ser. Y ello se logra cuando se incorporan ciertas virtudes en el carácter, las cuales, en el caso de la medicina, son precisamente las virtudes profesionales.

Éticas del cuidado

El cuidado nunca había sido un concepto importante en la historia de la ética. Este concepto recibió un

impulso decisivo de las investigaciones psicológicas de Carol Gilligan¹⁶ sobre el desarrollo moral de las mujeres. Posteriormente, las éticas femeninas y feministas han hecho contribuciones relevantes a la elaboración de éticas centradas en el cuidado; de estas destaca el trabajo de autoras como Nel Noddings o Sara Ruddick. En los últimos años el cuidado ha sido incorporado a los debates sobre ética de la enfermería, de la asistencia médica y del medio ambiente.

Estas éticas no dependen de principios abstractos, que serían más bien “masculinos”. Se centran preferentemente en las relaciones interpersonales y establecen como prioritaria la obligación de cuidar, de la que la disposición a cuidar es una inclinación a dar acogida a otros y atender sus necesidades.

Las normas del cuidado dependen del contexto, más que de consideraciones abstractas, y precisan incorporar la simpatía y la compasión.

Las éticas del cuidado han tenido repercusión en la forma de concebir toda la asistencia sanitaria. Y están sirviendo, especialmente, para elaborar una ética de la enfermería. En general, la ética del cuidado incita a reconocer que no solo hay que curar. También hay que cuidar y aliviar el sufrimiento. Esta ética promueve hábitos de compasión, afecto y compromiso con el enfermo.

Complementariedad de los métodos

Podemos concluir señalando que para orientar la toma de decisiones y elaborar protocolos de actuación, ningún método parece completo y autosuficiente. No obstante, todos los métodos pueden ser útiles para señalar elementos que deben ser tenidos en cuenta. Y cada uno de ellos tiene sus propias fortalezas a la hora de señalar, por ejemplo, los aspectos relevantes de los casos, los contextos, las motivaciones y el carácter, las finalidades, o las relaciones personales significativas.

Debemos pensar que los distintos métodos son complementarios. Y podemos aprovechar las ventajas de cada uno al intentar compensar sus deficiencias particulares.

La ética clínica

Dentro del terreno sanitario, la bioética ha desarrollado dos campos, la ética o bioética clínica y la ética de la investigación. La ética clínica trata los problemas éticos que se producen durante la asistencia sanitaria, mientras que la ética de la investigación trata los aspectos éticos derivados de la investigación con seres vivos. La ética medioambiental o bioética glo-

bal aborda problemas que sobrepasan los límites del terreno sanitario (medio ambiente, uso de los recursos naturales, crecimiento demográfico). Por otro lado, la bioética fundamental trata las bases y fundamentos teóricos que sostienen la argumentación ética, sea en el terreno de la ética clínica o en el de la ética de la investigación.

La clínica y la ética clínica

La mayor parte de las decisiones que toman los sanitarios son clínicas, pues ponen en práctica la técnica científica propia de la medicina. La base de la clínica es la ciencia y la tecnología y se deben tener en cuenta los medios disponibles y las circunstancias en las que se toma la decisión.

Pero hay muchas decisiones en la práctica clínica que no pueden tomarse recurriendo exclusivamente a la técnica, porque existe además de un problema técnico un problema ético. Son las decisiones de ética clínica. Mark Siegler define la ética 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”. Y señala además que “el objetivo de la ética clínica es mejorar la atención al paciente y los resultados de dicha atención”. Si se analiza esta definición, la ética clínica consiste en aplicar la fórmula de Potter, incluyendo esos “dos ingredientes [...] que tan desesperadamente se necesitan: conocimiento biológico y valores humanos” a las decisiones clínicas.

La ética clínica no consiste por tanto en el mero análisis de los problemas éticos de la práctica clínica, sino en abordar la toma de decisiones. Y por ello Mark Siegler insiste en que la ética clínica es un “campo práctico”.

Importancia de la ética clínica para el profesional de la salud

Los problemas de ética clínica se han incrementado exponencialmente en las últimas décadas.^{17,1} En la práctica clínica actual es habitual que existan conflictos éticos, porque entran en juego los valores de los sanitarios, de los pacientes, de sus allegados, los valores de las instituciones o los de la sociedad. Este aumento de los conflictos éticos en medicina es una consecuencia inevitable de vivir en sociedades plurales y tolerantes con la diversidad de valores. Por tanto los problemas de ética clínica son frecuentes por la idiosincrasia de la medicina clínica actual, en la que las decisiones no son unidireccionales y los conflictos de valores son comunes.¹⁸

Si un paciente, por ejemplo, no está de acuerdo con la decisión de su médico, el profesional está ante un conflicto ético. Además del problema clínico, se encuentra con un conflicto de valores que también tiene que resolver. Se enfrentan “cuidar al paciente” con la “libertad para decidir” del propio paciente. Al problema clínico, se añade este conflicto ético.

En un artículo publicado sobre los conflictos éticos intrahospitalarios que tienen más importancia para los clínicos en el entorno español, figuran entre los primeros lugares aspectos éticos como los problemas de información o confidencialidad, la toma de decisiones con pacientes incapaces, el consentimiento informado, los problemas socio-sanitarios, los problemas por desacuerdo con el ingreso o el alta del paciente, los conflictos con los familiares o las diferencias con el paciente sobre su tratamiento (no aceptación del tratamiento o solicitudes no ajustadas a *lex artis*).¹⁹ En el cuadro I se exponen algunos de los problemas de ética clínica más relevantes.

Comités de ética para la asistencia sanitaria

Existen dos tipos de comités de ética. Los comités de ética para la asistencia sanitaria (CEAS),²⁰ que asesoran, median, apoyan y hacen recomendaciones sobre los aspectos y conflictos éticos de la asistencia sanitaria, y los comités de ética para la investigación clínica

(CEIC), que revisan y autorizan los protocolos de investigación con seres humanos.

Ambos comités nacen porque la complejidad de la medicina contemporánea ha hecho necesario que se debatan y regulen los aspectos éticos más complejos de la clínica y de la investigación, ya que con frecuencia el clínico no posee las herramientas necesarias para tomar una buena decisión ante un conflicto ético. Pero además estos comités procuran mejorar la calidad asistencial (los CEAS) y la calidad de la investigación (los CEIC). Por todo ello, los CEAS y los CEIC deben ser multidisciplinarios y plurales, y han de tener una metodología de trabajo que facilite las deliberaciones abiertas y participativas.²¹

Aparición de los primeros CEAS: responder a los problemas de ética clínica

En 1962 se abrió en Washington el primer centro de diálisis externa: el Seattle Artificial Kidney Center. La insuficiencia renal crónica dejaba de ser una enfermedad mortal gracias al sistema desarrollado por el Dr. Belding Scribner. Las tres camas con las que contaba el centro solo podían dar tratamiento a un número muy limitado de pacientes. Se creó por ello un comité de personas anónimas, conocido como Life and Death Committee (el comité de la vida y de la muerte), porque se encargaba de la selección de los candidatos a diálisis conforme a unos rígidos criterios. Este comité estuvo sometido a duras presiones y críticas, y su labor

Cuadro I Principales problemas en ética clínica

Manejo de la información	Problemas en el final de la vida
Decir la verdad	Limitación de los esfuerzos terapéuticos
Consentimiento informado	Obstinación terapéutica
Confidencialidad, intimidad y secreto médico	Paciente en coma
Capacidad y competencia para tomar decisiones	Estados vegetativos persistentes y permanentes
Discrepancia de criterios	Enfermos terminales (cuidados paliativos)
Rechazo a procedimientos terapéuticos o diagnósticos	Suicidio asistido
Desacuerdo sobre la decisión, bien entre profesionales o con los usuarios	Eutanasia
Rechazo del médico a los procedimientos (objeción de conciencia)	Diagnóstico de muerte
Problemas de justicia	Problemas en el inicio de la vida
Distribución de recursos escasos	Problemas relacionados con la sexualidad
Prioridades en la gestión de recursos	Anticoncepción y esterilización
Costos sanitarios	Métodos de reproducción artificial
Pacientes que abusan de los recursos	Interrupción del embarazo
Conflictos de interés entre distintas partes	Uso de células madre. Terapia génica
Triage (unidad de cuidados intensivos, diálisis, catástrofes)	Diagnóstico prenatal
Trasplantes (distribución de órganos)	Consejo genético

ha sido reconocida como pionera en las deliberaciones bioéticas, y sobre todo para el posterior desarrollo de los CEAS.²²

El caso Karen Ann Quinlan fue clave para la creación de los CEAS. Karen Ann Quinlan (1954-1985, Nueva Jersey, Estados Unidos) era una mujer de 21 años que tras ayunar tomó en una fiesta diazepam, clordiazepóxido y barbitúricos con alcohol. Perdió el conocimiento y sufrió una apnea de 30 minutos, lo que le produjo un coma vegetativo. Sus padres adoptivos solicitaron la desconexión de la ventilación asistida, pero los médicos se negaron. Se produjo un proceso jurídico cuyo veredicto fue favorable para los padres. Después de ser desconectada vivió 10 años más. El caso Karen Ann Quinlan dio lugar a una sentencia de la Corte Suprema de Nueva Jersey en la que se recogía una frase premonitoria: “ningún caso como este debería llegar a los tribunales y deberían formarse grupos de expertos en todos los hospitales que den consejo en situaciones como esta”. Esta sugerencia de crear grupos que asesoren ante problemas éticos para evitar que dichos problemas lleguen a los tribunales de justicia, junto con una solicitud del congreso de los Estados Unidos para tal efecto, condujo a principios de la década de 1980 a la creación de los comités de ética hospitalarios, los actuales CEAS.²³

Los CEAS por tanto aparecen por una necesidad: los problemas precisaban respuestas y con normativas o leyes las respuestas no eran suficientes. El desarrollo de los CEAS (y en general de la bioética) ha ido detrás de los problemas y siempre con un interés práctico. Se crean los CEAS para tomar mejores decisiones ante problemas éticos complejos, porque se debía estar cerca de los problemas para entenderlos y poder afrontarlos mejor.²⁴

Funciones de los CEAS

Las principales funciones de los CEAS son la formación en bioética en la institución donde están radicados, el asesoramiento a los profesionales de la institución ante conflictos éticos (y a los usuarios del centro) y la elaboración de recomendaciones ante conflictos éticos que sean reiterados en la institución. Estas recomendaciones pueden formularse a través de protocolos o directrices y se elaboran para facilitar la toma de decisiones cotidiana cuando aparezca el problema ético.²⁵

Los CEAS por tanto buscan esclarecer las dudas morales que surgen de la actividad clínica diaria y, sobre todo, ayudar a tomar las mejores decisiones. Sin embargo, a pesar de ser herramientas enormemente útiles, son infrutilizados tanto por los profesionales como por los usuarios,^{26,27} que muchas veces desconocen su existencia y sus funciones.

Utilidad de la bioética

En primer lugar, es importante señalar que la bioética se ha hecho necesaria para hacer frente a los enormes cambios ocurridos en la ciencia, la técnica y la sociedad, cambios que han creado nuevas situaciones que la antigua deontología profesional o la simple buena conciencia resultaban insuficientes para resolverlos.

Por otro lado, la bioética puede contribuir a desarrollar la ética civil que necesitan las sociedades democráticas, compuestas por ciudadanos autónomos capaces de deliberar y participar en las decisiones que les afectan. La bioética invita a la participación pública, instaurando procedimientos de deliberación públicos a todos los niveles institucionales y sociales. Por ello ha contribuido a superar el paternalismo y la imposición de códigos morales únicos. Sin embargo, una bioética deliberativa no puede ser un árbitro que indique unilateralmente lo que es “moralmente correcto”. La bioética es una ética de la responsabilidad porque sopesa los principios que hay que aplicar en cada circunstancia, tiene en cuenta los compromisos y evalúa las consecuencias de las decisiones.

En resumen, la bioética insta una ética de la responsabilidad abierta, aproximativa y probabilista, capaz de evaluar los riesgos, los costos y los beneficios. Asimismo, aspira a conseguir regulaciones participativas y consensuadas en momentos de incertidumbre frente a nuevos problemas.

Llegamos a la conclusión de que la bioética puede ser un vehículo adecuado para introducir en la vida moral de nuestras sociedades:

- Racionalidad y diálogo para resolver los conflictos.
- Deliberación para tomar decisiones y alcanzar nuevos consensos sociales.
- Transparencia pública que evite desconfianzas e invite a colaborar.
- Autonomía individual y social, como valor que respeta la dignidad y las posibilidades de todos.
- Posibilidad de participación de todos en la mejora de la sociedad y en la resolución de sus problemas.

Al contribuir a realizar estas aspiraciones morales, la bioética podrá servir para elaborar y fundamentar los nuevos consensos sociales que necesita nuestro mundo en todo lo que puede afectar a la vida.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Simón-Lorda P, Barrio Cantalejo IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)*. 1995;105(15):583-97.
2. Sánchez González MA. *Ética, bioética y globalidad*. Madrid: Editorial CEP, 2007.
3. Jonsen, A. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1998.
4. Potter VR. *Bioethics: The science of survival*. *Perspect Biol Med*. 1970;14(1):127-53.
5. Potter VR. *Bioethics, bridge to the future*. Englewood Cliffs: New York, Prentice Hall, 1971.
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University, 1979.
7. Potter VR. *Bioethics. Bridge to the Future*. Prentice hall; 1971.
8. *Encyclopedia of Bioethics*, Reich W (editor). New York: MacMillan; 1978.
9. Potter VR. *Global Bioethics*. Michigan: Michigan State University Press; 1988.
10. Jonsen AR. American moralism and the origin of bioethics in the United States. *J Med Philos*. 1991;16(1):113-30.
11. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. *J Med Philos*. 1990;15(2):219-36.
12. Jonsen AR, Toulmin S. *The abuse of casuistry: a history of moral reasoning*. Berkeley; Los Ángeles: University of California, 1988.
13. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. *Clinical ethics*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
14. Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University, 1988.
15. Drane JF. *Becoming a good doctor: The place of virtue and character in medical ethics*. Kansas: Sheed & Ward, 1988.
16. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University, 1982.
17. Simón Lorda P, Júdez J J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(3):99-106.
18. Herreros B, García Casasola G, Pintor E, Sánchez MA. Paciente conflictivo en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos. *Rev Clin Esp*. 2010 Sep;210(8):404-9.
19. López-Soriano F, Bernal L, Pozo P. Mapa de conflictos éticos intrahospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22(1):50-5
20. Ross JW, Glaser JW, Rasinski-Gregory D, McIver Gibson JM, Bayley C. Health Care Ethics Committees: the next generation. *H E C Forum*. 1994;6(3):157-62.
21. Abel F. Comités de ética asistencial. *An Sist Sanit Navarra*. 2006; 29 Suppl 3:75-83.
22. Blagg CR. The early years of chronic dialysis: The Seattle contribution. *Am J Nephrol*, 1999;19(2):350-4.
23. Stevens ML. The Quinlan case revisited: a history of the cultural politics of medicine and the law. *J Health Polit Policy Law*. 1996;21(2):347-66
24. Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Ethics committees and consultants. *J Clin Ethics*.1990;1(4):263-7.
25. Herreros B, Ramnath VR, Bishop L, Pintor E, Martín MD, Sánchez-González MA. Clinical ethics protocols in the clinical ethics committees of Madrid. *J Med Ethics*. 2014;40(3):205-8.
26. Ribas Ribas S. Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. *Estudio CEA-CAT (2)*. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(6):219-25.
27. Pedersen R, Akre V, Førde R. What is happening during case deliberations in clinical ethics committees? A pilot study. *J Med Ethics*. 2009;35(3):147-52.