

PONENCIA CENTRAL

LA INCORPORACIÓN DE LA BIOÉTICA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

FRANCISCO JAVIER LEÓN CORREA

Director del Grupo de Bioética de Galicia
y de la Revista Cuadernos de Bioética
Secretario de la Asociación Española de Bioética

La bioética no solamente va a señalar unas normas atendiendo a esos principios que ya antes se señalaban en la presentación, sino que tiene que buscar un modo de responder a las exigencias que demandan ese respeto y esa promoción de la dignidad de la vida humana en el ámbito biosanitario. El respeto ya es mucho desde el punto de vista ético, pero yo diría que va más allá; la bioética debe promover ese respeto en todos los casos en que hay que defender los derechos fundamentales del ser humano, y muy especialmente los derechos referidos a la vida y a la salud dentro de los derechos humanos. Pienso que el campo propio de la bioética es precisamente dar respuesta a los problemas que se pueden plantear, tanto a causa de la investigación científica, biomédica, como por la atención de salud; también –de un modo más amplio– en la programación de la salud en la política sanitaria, en el reparto de recursos, y no solamente en el ámbito sanitario, sino en el respeto y la promoción de la dignidad de la vida humana en todo su conjunto.

Esto lleva asimismo a plantearse la extensión del campo de la bioética a la vida en general: en lo que atañe a la vida humana, la degradación ambiental, la conservación de la biodiversidad, como una riqueza también para la Tierra en su conjunto y para la vida humana sobre la Tierra y, por lo tanto, plantearse también la ética de la responsabilidad, no solamente una ética normativa –podemos decir– o una ética de principios, que pudiéramos aplicar en un análisis de casos, sino más en conjunto, una reflexión sobre las cuestiones éticas que representa la vida humana sobre la Tierra, la sobrevivencia en la que está y con las posibilidades que tenemos ahora técnicamente de intervenir, no solamente sobre nuestra propia vida, sino sobre la vida de las futuras generaciones, en el medio ambiente, en la degradación del medio ambiente, con ese ecologismo emergente que vuelve a colocar a la naturaleza y

al hombre en una posición de absoluta unión, para no destruir nuestra propia casa, que es la Tierra. A la vez, debemos estudiar cómo podemos atender a los derechos de las futuras generaciones. No estamos solos en la Tierra, procedemos de ella; van a venir después otros muchos, y nuestra actuación de ahora, hoy y ahora, va a determinar las condiciones de vida y de salud de las futuras generaciones. Podemos intervenir ya muy directamente, por ejemplo, en el genoma humano. Todavía se está desarrollando la secuenciación del mapa del genoma humano y quizás más adelante se llegue a una posible intervención de terapia génica; ya se están ensayando algunas intervenciones médicas de esta terapia, pero todavía estamos como en los inicios de esta gran revolución del siglo XXI que va a ser la medicina basada en la prevención genética de las enfermedades y, por tanto, también una medicina preventiva y no solamente curativa.

Por todo esto, el ámbito de la bioética es muy general. Comenzó en los años 70 a 80 en Estados Unidos –como saben ustedes–, con una interpretación de la bioética que yo a veces he llamado del adolescente, del muchacho joven que reniega en parte de sus progenitores para poder afirmarse él mismo y que piensa que va a solucionar todos los problemas rechazando lo que le han legado sus padres; pienso que ya hemos ido madurando en estos años, y por lo menos gran parte de los autores hablan ya de una complementariedad de la bioética con la ética médica y la deontología profesional.

En un primer momento la bioética, precisamente porque reafirma los derechos de la autonomía del paciente y también que el médico debe prestar esa atención clínica contando con dicha autonomía, surge como contraposición con la deontología médica, que es considerada un conjunto de normas que guían la actuación de los profesionales de la medicina, pero en la que no cuentan, por así decirlo, los derechos del paciente. También esa exaltación primera de la autonomía, como principio fundamental en toda la relación interpersonal profesional-paciente, o en torno a la investigación biomédica, puede llevar precisamente como una confrontación con lo que se entendía como una ética médica corporativista, de ayuda entre los profesionales de la medicina, pero que no iba más allá.

Creo que cada una de estas cuestiones es importante, porque a la hora de incorporarlas a las instituciones de salud, hay que tener en cuenta qué es

lo que estamos tratando de incorporar. Los profesionales que trabajan en instituciones de salud son, a la vez, unos científicos, cada uno en su campo, psicólogos, médicos, enfermeras, asistente social, quienes ayudan también en el servicio de atención al paciente, con una deontología profesional, y cada uno tiene la suya. La deontología son las normas de carácter ético –no jurídico estrictamente– que se imponen a sí mismos esos profesionales para el ejercicio digno de su profesión; por lo tanto, cada uno tiene su código deontológico. También existe una ética profesional que va más allá de la pura normativa deontológica; la deontología no puede recoger todo lo que un buen médico o una buena enfermera debe aportar en el ejercicio de su profesión, sino solamente una parte normativa, que cada vez más ha ido incluyendo aspectos éticos y de los derechos de los pacientes en los propios códigos deontológicos, pues los actuales no tienen nada que ver con los de hace 15 ó 20 años.

También, por tanto –digo–, la ética profesional, la del médico, la de una enfermera, tiene que llevar a unos valores superiores en la intervención suya con el paciente, que le encaminen a una acción profesional con unos ideales mucho mayores que los que pueda marcar la mera deontología, y no digamos ya de los que pueda marcar la norma jurídica, las normas penales, que pueden castigar la maleficencia en la acción, la mala praxis o las normas de responsabilidad civil o penal. Pero, además, los problemas que se plantean actualmente en las instituciones de salud son multidisciplinarios, es decir, hay que verlos desde distintos ángulos, no basta con la mera ética del médico.

Como ejemplo concreto hemos realizado, dentro del máster en bioética de la Universidad de Santiago de Compostela, unos trabajos de investigación sobre los dilemas éticos que se planteaban en los distintos servicios del Complejo Hospitalario de Santiago, que conforman cuatro hospitales y algunos centros de atención primaria que dependen de esa área de salud. La metodología siguió la establecida por el Grupo Multidisciplinar de Ética Clínica del Hospital Hermanos Ameijeiras de La Habana, con quienes hicimos la investigación conjunta. Cuando realizamos esa especie de inventario de dilemas éticos, es decir, de problemas éticos que admitían varias soluciones y que había una duda en cómo resolverlos, preguntábamos a los profesionales que qui-

sieron realizar la encuesta si tenían algún tipo de formación previa, que les ayudara en la solución de esos problemas; primero si tenían problemas, porque hubo algún jefe de servicio que dijo rotundamente que en su servicio no existía ningún problema ético, y, a continuación, los médicos especialistas tenían sus propios problemas, los médicos internos residentes, o los médicos que estaban haciendo su especialización tenían también otros distintos, que no habían hablado con los especialistas ni mucho menos con el jefe de servicio, y las enfermeras tenían sus propios dilemas éticos, de modo que cada uno los estaba resolviendo conforme a su ética particular y profesional, pero no habían hablado entre ellos; por tanto, estaban mal resueltos en conjunto dentro de esos servicios.

El gran problema que vimos fue precisamente la falta de comunicación y de diálogo sobre los aspectos éticos de la asistencia clínica, y allí es donde puede y debe incidir la bioética. Me parece muy importante, porque la atención al paciente debe ser integral dentro de la institución de salud, no puede ser una atención por partes. Ahora mismo es una muy tecnificada, muy masificada en la mayoría de los casos, y sobre todo en los sistemas estatales de salud, quizás menos en las instituciones privadas, pero también allí se presenta.

Hace falta toda una formación de los profesionales de la salud, que tenga en cuenta que se van a encontrar con problemas reales éticos, desde el comienzo de la entrada del paciente al hospital hasta la salida o que se le da de alta; por lo tanto, hay que incorporar el análisis ético en los distintos pasos que el paciente va dando dentro de la propia institución de salud, empezando por la información al paciente. Hay casos, y tengo todo un programa de la humanización de la atención sanitaria, que se ensayó en España hace 10 años y que en algunos campos se ha cumplido y en otros no, y un programa donde se preveía cómo informar al paciente, cómo atenderle dentro del hospital. Hay múltiples experiencias de cómo introducir en el propio esquema organizativo del hospital lo que llaman en Gran Bretaña "la atención a las funciones éticas". Yo diría precisamente que es importante saber –o plantearnos al menos– cómo introducir el análisis ético en la propia estructura del hospital, cómo vamos a hacer para que los profesionales que trabajan allí puedan tener una visión global, interdisciplinar, de los problemas éticos que están surgiendo; existen muchos problemas y dilemas éticos en el centro de atención clínica, y los propios profesionales lo dicen así.

La segunda parte de la investigación nuestra –conjunta entre el Hospital Hermanos Ameijeiras de La Habana y el Grupo de Bioética de Galicia– se ha basado en pasar a cada servicio una encuesta, también anónima y que se puede cubrir libremente, con los dilemas éticos que ellos mismos han comentado, y volvérsela a pasar a todos los profesionales de ese servicio; es decir, se les manifestó “estos son los dilemas que ustedes mismos han dicho, ¿qué opinan ahora?”. Y hemos visto efectivamente lo que eran posiciones de escapismo –no hay ningún problema que no podamos resolver aquí..., o cada uno lo resuelve a su manera...–, ya se dan cuenta de que existen una serie de problemas en la atención al paciente, que necesitan de un tratamiento adecuado y de una comunicación, y al igual que el médico, la enfermera y todos los profesionales de la salud, se han formado como científicos y han tenido una muy buena formación científica en los últimos años, técnicamente muy cualificada, pero no se les ha formado como profesionales de la salud, quizá también por la poca importancia que se le ha concedido desde hace años a la deontología profesional y en parte por no haber conseguido todavía introducir la preocupación por una buena formación en bioética, que les debe llevar a contemplar cada problema desde una visión mucho más amplia que desde la propia ética suya profesional.

Formas de introducir o experiencias de introducción de la bioética en las instituciones sanitarias, yo diría que hay muchas. Una primordial ha sido la constitución en España, por ley –en otros países también–, de los Comités Asistenciales de Ética o Comités de Ética Asistencial o Comités de Bioética de los Hospitales. La función de esos comités también es formativa para los propios profesionales que trabajan en esa institución, y sirve de investigación y descubrimiento de esos dilemas éticos que se plantean, y ayuda a los profesionales a resolverlos. También al margen de la labor de estos comités, la bioética se está introduciendo de hecho en todas las instituciones de la salud: primero con la formación de los profesionales, que aprenden precisamente a entrar en ese debate racional de alguna búsqueda no simplemente de unas normas, sino de cómo ejercer de un modo mejor su propia profesión, cómo ser unos profesionales que tienen mucho más en cuenta los derechos del paciente, los derechos de la persona que ingresa a la institución de salud.

Se ha incorporado el análisis de los aspectos éticos, por ejemplo, en la historia clínica, ya haciendo una historia no del modo tradicional, sino inclu-

yendo en ella los aspectos éticos, los problemas éticos que ha planteado el paciente en su ingreso, en su primer contacto, y cómo han ido evolucionando ellos y, por lo tanto, al dar el informe de alta se expone también cómo han quedado esos problemas. Son muchas las cuestiones que afectan la ineficacia del propio servicio de salud, si no se tienen en cuenta aspectos que no son directamente clínicos, de la afección, y se investiga el diagnóstico para dar con la enfermedad y con el tratamiento adecuado. El paciente no es una enfermedad que se está tratando, es una persona con sus características, con unas condiciones sociales determinadas, con una familia o sin ella, que tiene o no vínculos con las personas, marginado o no, con educación o no, y por tanto va a ser muy distinta la forma de aplicación de ese tratamiento médico, según sea esa persona en su conjunto; si no, iremos a lo que estamos denunciando muchas veces, a la futilidad de muchos tratamientos médicos, porque el paciente primero no se entera bien de lo que tiene, algunas veces no sabe en absoluto lo que padece, a pesar del consentimiento informado, que ha sido otro de los medios fundamentales de introducción del esquema de pensamiento de bioética dentro de las instituciones de salud. El paciente, aunque se siente informado, muchas veces no lo está realmente, no sabe el porqué, o no tiene la autonomía suficiente, la competencia como para hacerse ese tratamiento, y hay muchos pacientes que vuelven a nuestros hospitales después de varios meses, por no haber seguido el tratamiento que se les prescribió. La atención clínica no es la de un momento dado, hace falta una relación con el paciente, que vaya más allá, y que exista una coordinación entre los propios servicios de la institución, del hospital, de esos servicios con las instituciones de atención primaria y, en general, con todo lo que es la atención social y médica a la población en general, donde también entra la medicina preventiva, la educación para la salud: estas son también cuestiones éticas, que atañen al profesional clínico, a quien no puede desentenderse de ese conjunto de circunstancias que rodean al paciente y que van a condicionar de muy diferente manera su respuesta al tratamiento y a la propia actuación clínica.

Se ha incluido el análisis de los dilemas éticos en la historia clínica, también el derecho de autonomía del paciente, y para ello, la obtención de un buen consentimiento informado y, por lo tanto, cómo dar una buena información al paciente dentro de los hospitales. Precisamente, los comités de bioética están ayudando a los distintos servicios a elaborar protocolos de consentimiento informado, que sean fácilmente inteligibles por todos los pacien-

tes, dependiendo también de dónde esté ese hospital, pues no es lo mismo uno urbano, que uno del área suburbana o del ámbito rural. Hace falta que algunas de las personas del propio hospital dediquen parte de su tiempo a analizar los problemas éticos que existen, sobre todo en la información, si los pacientes están realmente informados o si salen del hospital sin haberse enterado siquiera del médico que los ha intervenido quirúrgicamente, y no es una metáfora, por desgracia. Por lo tanto, además de introducirlo en la historia clínica, hay que concebir el consentimiento informado no como un mero instrumento burocrático, quizás en defensa de las posibles actuaciones o resultados que pueda haber en la relación terapéutica, sino que sea realmente un medio de conseguir una mejor relación interpersonal entre los profesionales de la salud y el paciente.

Esa es la finalidad de la introducción de la bioética en una institución de salud: mejorar la relación médico-paciente, profesionales de la salud-paciente, no contando exclusivamente, podemos decir, con la autonomía del paciente por encima de todo. Pienso que estamos llegando a una relación más armónica entre esos principios de la bioética, y están los principios de no maleficencia y de justicia como base, con carácter absoluto en la relación médico-paciente, que no puede ser en ningún momento discriminante por cualquier razón, por motivos ideológicos, de edad o de sexo, y que debe establecer un buen y adecuado uso de los recursos sanitarios. Esto también es labor de formación de los propios profesionales de la sanidad: en algunos hospitales españoles se han introducido algunas formas que intentan incentivar a aquellos profesionales que actúan de un modo más completo y dedicado a los enfermos, y realmente tienen una mayor demanda. Se está introduciendo en parte, como posible solución, la libre elección del médico por parte del paciente, o incentivos a los médicos que han tratado mejor a sus pacientes: aunque esto lleva consigo muchos problemas, por lo menos se intenta incentivar esa relación.

Preocupa mucho a todos la deshumanización de la atención sanitaria, la masificación, pero no se sabe muchas veces cómo actuar. Los profesionales que están atendiendo al paciente no han sido formados en cuestiones muy básicas, como es la ética del trabajo en equipo, la toma de decisiones clínicas, que incluye siempre aspectos éticos, y vemos que también la bioética puede ayudar en este campo dentro de la institución de salud. Hay muchos méto-

dos para el análisis de los casos y de la toma de decisiones en ética clínica; creo que no puede ser una receta o un formulario para aplicar y dar ya una respuesta, eso es imposible en la ética; en la medicina, varias de las cuestiones tampoco tienen una solución única y clara, muchas veces se mueve en la incertidumbre el propio acto médico, y en ética sucede exactamente igual, puede haber distintas soluciones, pero hay que buscar el mejor modo de tomar una decisión clínica que tenga en cuenta todos los aspectos éticos. En esto puede ayudar también la formación en bioética.

Se están realizando programas, cursos, etc., sobre aprendizaje de la toma de decisiones, y más allá de eso también debemos conseguir convencer, tanto a los profesionales como a los gerentes de las instituciones de salud, de que es muy importante la formación y el cuidado de los aspectos éticos de la propia institución, porque el profesional sanitario puede tener una buena preparación ética y querer de verdad esforzarse en una atención mucho más humana del paciente, pero a veces es la propia organización de la institución, los recursos de que se dispone y la misma concepción de lo que es el sistema de salud, los que hacen que muchos de los profesionales no puedan dedicar el tiempo necesario a cada paciente o informarle realmente a fondo, o pierdan precisamente esa relación humana con él. Por una parte está la concepción de los médicos, y por otra, es necesario introducir el estudio de las cuestiones éticas en la gerencia de los hospitales. Existen propuestas muy diversas, como, por ejemplo, el reparto del presupuesto del hospital entre los distintos servicios, de forma que los mismos médicos del servicio se hagan protagonistas de los recursos que están gastando y, por lo tanto, responsables de lo que van a realizar.

Pero también puede conseguirse esto con una mayor comunicación entre la gerencia de los hospitales y los servicios. Hasta ahora, quizás la tendencia en España en estos últimos años, y en bastantes países, ha sido la de la eficacia como empresa de la institución de salud, y creo que eso es un error, porque no es una empresa como las demás, no busca un beneficio económico o tan solo social: fundamentalmente, tiene que buscar ese mayor interés en la atención de salud a todos los ciudadanos del país o de la misma institución sanitaria. También se necesita de un análisis interdisciplinario, con todas las cuestiones económicas y de presupuesto que tengan que ver con el reparto de recursos dentro del propio hospital. Un caso concreto –como ejemplo– es el

planteado por un servicio de farmacia de un hospital de Galicia: hasta qué punto es o no éticamente correcto dedicar toda una serie de recursos a un paciente que necesitaba una medicación muy cara, que había que traer del extranjero, y se planteaban si eso entraba o no dentro de lo que el hospital público podría dar a sus pacientes de un modo gratuito. El debate fue muy interesante; se trata de cuestiones que no son competencia sólo del servicio de farmacia del hospital, competen al médico, sobre todo. El problema se lo planteaba el médico que estaba tratando a esa persona: ¿cómo lo sigo tratando?, necesitaría ese medicamento, que es muy caro, y en el servicio de farmacia dicen que agota su presupuesto y que no van a poder. Entonces, tiene que intervenir también la gerencia del hospital. Y para intentar solucionar este caso se necesitó un diálogo, una reflexión conjunta entre las distintas partes que conforman una institución de salud, y en ese caso concreto establecieron unas reglas, que sirvieron también después, y han hecho un buen trabajo de establecimiento, en términos de justicia, de qué es lo que se debe proporcionar a los pacientes en cuanto a la atención farmacológica dentro del hospital, pero unas normas aceptadas por todos los miembros del propio hospital; participaron los médicos, la gerencia del hospital, etc. Y una vez aceptado por todos, el criterio se aplica por igual a los pacientes diversos, que plantean disyuntivas parecidas. Sería una injusticia dar una atención a unos y otra a otros, discriminatoria dentro de un hospital de la seguridad social, que es gratuito.

Son problemas que hay que abordar en conjunto, y tiene que haber espacios de diálogo dentro del propio hospital, espacios que pueden consistir en algo tan sencillo como unificar la información que se va a dar al paciente. Como ejemplo real está el caso de una unidad de cuidados intensivos de pediatría, donde veían el problema que se les planteaba por la distinta información que los familiares iban buscando acerca de un niño, con el médico que lo estaba tratando, con la enfermera, con el médico de guardia de fin de semana, con la enfermera que estaba en el fin de semana, y no sabían entre ellos qué información tenía ya en ese momento esa familia. Con una breve reunión de 1/4 de hora los lunes y 1/4 de hora los viernes resolvieron el problema de la información. O en servicios de oncología, donde es tan necesario unificar la información.

Es preciso establecer vías de diálogo dentro de los propios servicios, que no existen actualmente, y luego introducir los aspectos éticos también en

las sesiones clínicas. Cuántas veces en nuestra medicina, en la tradición médica tenemos tan presente a esos médicos excepcionales, humanistas, que han sido verdaderos maestros y que realmente enseñaban la forma de actuar y de hacer dentro de la propia sesión clínica con sus discípulos. En parte eso se ha perdido, pero debemos recuperarlo en una medicina no paternalista, en una medicina que tenga bien claro lo que es la defensa tanto del principio de justicia de la profesión sanitaria como de la defensa de la autonomía del propio paciente, como algo importantísimo para el propio médico. El paciente es una parte, es el que dialoga conmigo, y conjuntamente vamos a solucionar un problema que atañe de un modo fundamental a su vida, pero que apela a mi conciencia, a la conciencia del médico. Se establece una relación interpersonal.

Está proliferando –y es un síntoma muy positivo– la elaboración de normas, de guías de actuación para resolver las cuestiones éticas que se plantean en determinadas especialidades médicas. Ya empiezan a existir comisiones de bioética en algunas sociedades médicas españolas, y en ocasiones son estas mismas comisiones las que establecen esas normas: los médicos sienten la necesidad de seguridad a la hora de actuar, y piensan que va a servir el establecimiento de unas normas, que son generales y que hay que aplicar a cada caso concreto.

Me parece importante ese debate en el seno de las propias sociedades científicas o en el de los profesionales de enfermería y de farmacia; me parece que es muy importante empezar a plantearse las cuestiones éticas que estaban sin resolver, pero no todo lo va a solucionar una normativa, es el profesional de la salud el que debe formarse en bioética, para saber adecuar esas normas, esas guías de actuación, al caso concreto que se le presente. La responsabilidad de conciencia no se la va quitar ningún comité, no se la va a quitar ni la propia sociedad científica a la que pertenece, o una guía internacional si se pudiera hacer, como intenta la Convención Europea de Bioética.

El profesional necesita tener muy arraigada la necesidad de la propia formación ética. Para resolver las cuestiones clínicas que se le presentan podrá ser ayudado, y para eso está la bioética, para ayudar, no para imponer normas, no para imponer restricciones dentro del propio hospital, no para decir lo que está mal, no para juzgar, pues eso tiene otras instancias dentro del hospital. En los hospitales, dentro de las instituciones de salud, también

en los centros de atención primaria en general, la bioética cumple un papel de ayuda a la formación de los propios profesionales, de ayuda a entender la complejidad de los problemas éticos que se pueden plantear en muchos casos, y de ayuda a cada una de las personas que trabajan, para que puedan ejercitar su profesión de una manera también mucho más digna. Respetando al paciente, respetando la dignidad de la vida humana, estamos también respetando la dignidad del propio profesional que le atiende. Es básico introducir la bioética en las instituciones sanitarias, es precisamente concebir una relación profesional más plena entre el médico y el paciente, más plena para ambos, una medicina más humana, más humanitaria con el paciente, que respete más sus derechos y un ejercicio profesional de la medicina, de la enfermería, etc., mucho más humano también, que lleve a una autorrealización mayor, a una plena realización de los profesionales, hoy tantas veces desmotivados con lo que en España se llama "síndrome del quemado". No sé si aquí la expresión es la misma, quiere decir que el médico o la enfermera ya no saben qué hacer con su estrés, con un sistema que no les permite ejercitar lo que ellos piensan que debe ser su profesión, pues tenemos que ver todos en eso y a todos nos atañe el estudio de esos problemas, a toda la sociedad en conjunto, muy directamente a los que van a dirigir la política sanitaria de un país y luego a los que dirigen los hospitales y a todos los profesionales que forman parte del hospital.

PREGUNTAS

- Con ese conocimiento que usted tiene de varias instituciones de la salud en Latinoamérica y también en Europa, esa incorporación se ha venido haciendo de una manera paulatina, progresiva; ¿qué resultado se ha visto de esa incorporación, cuando se utiliza, si se me permite hablar así, ese modelo con el que inició la bioética, ese modelo principialista, o si hay alguna diferencia con la incorporación de la bioética en las instituciones de salud siguiendo un modelo, por ejemplo, personalista?

Sí, yo no lo contrapongo, porque pienso que lo que se ha desarrollado como bioética de los principios es una gran ayuda para que los profesionales de una institución de salud se planteen, y sepan al menos cuáles son los pro-

blemas éticos que están presentándose y saquen un análisis de los principios que aplican, esos principios de la bioética de la no maleficencia, la justicia, la autonomía y la beneficencia. Pienso que ya hay un primer marco adecuado para el análisis de los problemas que se le están presentando.

Que muchos de los problemas no se pueden resolver, son irresolubles con una simple aplicación de estos principios, de acuerdo; que hace falta más, de acuerdo; que hace falta lo que ahora mismo en Norteamérica también, pero sobre todo en Europa, se ha tenido como centro de atención, el principio de beneficencia, que prácticamente había desaparecido en aras de una identificación entre este principio y el paternalismo médico anterior, y ahora los norteamericanos hablan a veces de una beneficencia no paternalista; bien, pues llamémoslo como queramos, pero aparte de la aplicación de estos principios, tiene que haber también lo que se ha llamado en Norteamérica y en Europa una bioética de las virtudes, una bioética que tenga en cuenta la aplicación de los principios, pero que tenga en cuenta también que el propio profesional debe tener unas metas, unos ideales en su profesión que le lleven a actuar, para ahondar por encima o más allá de lo que esos principios puedan delimitar. A veces lo comento de una forma muy simple; es decir, el médico o la enfermera están obligados, por algunos de los principios, a sonreír al paciente; pues no parece, ni por el principio de justicia, ni por el de autonomía, ni por el de beneficencia. Ahora, ¿es una buena atención del paciente la que presta un médico que nunca sonríe o la de la enfermera que nunca sonríe a un paciente? Pienso que desde el punto de vista ético no; es decir, valen, sirven esos principios, pero hace falta una profundización también mayor.

- ¿Puede exponer el método de toma de decisiones para resolver problemas éticos en los hospitales?

Hay varios métodos; fundamentalmente, es establecer cuáles son los principios y los valores que se quieren proteger en la decisión clínica que hay que tomar, en el problema ético que se presenta. Establecer un procedimiento de discusión aplicada al caso concreto, como a las circunstancias concretas; ver después las referencias, también jurídicas, que plantea el caso, porque tienen muchas veces implicaciones jurídicas, y ver las consecuencias de las distintas soluciones o decisiones que se quieran tomar, y después, algo en

que han insistido mucho, tengo el método de toma de decisiones que han elaborado para atención primaria, por ejemplo, la Comisión de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, que dice al final: aplicar la decisión aunque cueste esfuerzo, es decir, las decisiones; la ética no quita el esfuerzo, el ideal de una actuación que pueda tener más dificultades que otra que resulte más fácil de realizar. Hay varios métodos.

- Qué decir de la situación de un paciente al que se le considera actualmente como un cliente; en este caso, ¿dónde se ubica la bioética?

A mí no me gusta la palabra cliente; en España utilizamos mucho usuario de los servicios de salud; por una parte, comprendo que se use el término, pero me parece que no es del todo correcto, es decir, claro; la atención sanitaria ha dejado de ser aquella que pudiéramos llamar de beneficencia, donde uno acudía a los médicos, sino que ahora hay unos derechos del paciente, que son atendidos por el estado y, por lo tanto, tienen derecho a cuidados de salud que están reglamentados en los hospitales de la red pública que atiende a ese tipo de pacientes; entonces, claro, tenemos la posibilidad de desvirtuar esa relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, convirtiéndola en una meramente de funcionario de la institución de salud que atiende al usuario de esos servicios de salud. Yo creo que no debe ser así, y si tenemos en cuenta lo que he dicho antes acerca del tratamiento humano, la información al paciente y demás, no lo veremos nunca como un cliente, o por parte de los profesionales de la salud, no es un cliente, es un paciente, o como dicen los portugueses: el toente, la persona humana doliente, que está sufriendo.

- ¿Esta incursión de la bioética a nivel de las instituciones de salud proviene en la totalidad de un interés de carácter académico o hay participación activa del gobierno?

Hay participación activa del gobierno; el Ministerio de Salud, en el caso de España, ha financiado la posibilidad de que profesionales de la salud de los distintos hospitales realicen un máster de formación en Bioética, para luego constituir las comisiones de ética asistencial en los hospitales, pero tengo que decir también que el interés académico lo hay, y en los grupos que nos dedicamos a enriquecer en bioética nos interesa mucho formar profesionales que luego actúen dentro de su institución, pero pienso que hasta ahora se ve

un poco quizás pequeño. Hay interés, pero a veces no se sabe cómo proceder; hay una cuestión que creo que es importante decir: si se constituyen en comité algunos profesionales dentro del hospital, que quieran dedicarse y ayudar a los demás con estas tareas de bioética, hay que darles tiempo; lo que las autoridades sanitarias deben comprender es que sin medios adecuados –y no es que sea muy caro– y sin tiempo, esos comités no van a funcionar.

- ¿Cual sería una metodología para resolver los problemas éticos en una institución de salud?

Una de las cosas que pueden ayudar, y que he comentado antes, es que los propios profesionales de la salud intervengan en identificar cuáles son los problemas éticos que se plantean en la institución, y entonces que haya un diálogo con la gerencia, con los jefes de servicio, con la directora de enfermería, con el director médico y con todas las personas que tienen responsabilidad dentro de la institución, para crear algo que me parece importante: una ética de la propia institución. Hay algunas instituciones de carácter privado que sí la tienen; las Hermanas de San Juan de Dios, en sus hospitales, tienen una determinada ética, que también engloba a toda la institución sanitaria. En los hospitales de la red pública no es que tenga que existir, es que existe, porque en la ley general de sanidad y en los códigos deontológicos de los profesionales ya figuran una serie de normativas, que recogen los aspectos éticos y que, por tanto, la institución como tal debe darse cuenta de que son también normas institucionales, pero sería bueno que cada institución de salud se plantee qué tipo de relación con el paciente quiere tener, qué tipo de medicina quiere hacer, qué tipo de atención de enfermería quiere practicar.

- ¿Como introducir la bioética en las instituciones de salud, y también a nivel nacional?

Lo que existe en algunos sitios son comisiones nacionales de bioética, que recogen los problemas concretos que los hospitales han ido detectando en sus comités de ética asistencial; el comité de asistencia del hospital solamente ve el problema concreto en ese punto concreto, no puede dar una norma general, pero una comisión nacional sí que puede tener la información adecuada por parte de los comités, para poder adelantarse a las cuestiones éticas que están sin resolver en la atención sanitaria del país o en la investiga-

ción científica y, por tanto, dar un asesoramiento a nivel nacional, como lo están haciendo en muchísimos aspectos la comisión francesa, la italiana, la portuguesa, antes de que se legislara sobre esas materias o se incorporaran a los códigos deontológicos algunas de esas cuestiones.

Me parece que eso es también muy importante para introducir la bioética en esas instituciones.