

Lección Inaugural del Curso Académico 2010-2011

LA MEDICINA: UNA PROFESIÓN CIENTÍFICA Y HUMANA

Ángel Marañón Cabello

Catedrático de Medicina Interna de la Universidad de Valladolid
Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid

Valladolid, 2010



Universidad de Valladolid

Lección Inaugural del Curso Académico 2010-2011

LA MEDICINA: UNA PROFESIÓN CIENTÍFICA Y HUMANA

Lección Inaugural del Curso Académico 2010-2011

LA MEDICINA: UNA PROFESIÓN CIENTÍFICA Y HUMANA

Ángel Marañón Cabello

Catedrático de Medicina Interna de Valladolid

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid

Valladolid, 2010



Universidad de Valladolid

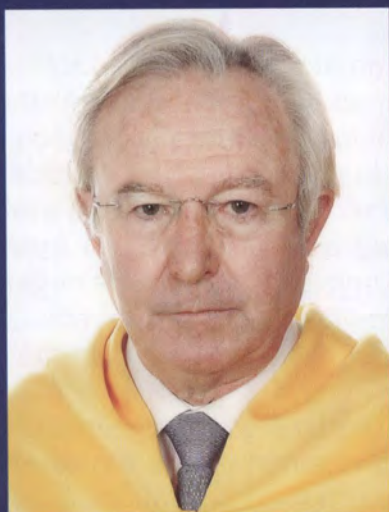
Diseño cubierta: Área de Imagen Corporativa. Universidad de Valladolid.

Imprime: Gráf. A. Martín, S. L.
Paraíso, 8. Valladolid

D. L.: VA. 436.-2010



Prof. ÁNGEL MARAÑÓN CABELLO



LA MEDICINA: UNA PROFESIÓN CIENTÍFICA Y HUMANA

Señoras y Señores; ser médico puede ser apasionante y cuando se tiene vocación, es un privilegio. No todas las actividades exigen de quien las practica tanta grandeza moral como la medicina; los médicos, en el empeño de sus quehaceres, inciden en lo más preciado que tienen los seres humanos, su vida y su salud.

Por tanto, convertirse en médico significa mucho más allá que terminar los estudios de medicina y los años de formación del posgrado, significa adquirir una nueva forma de vida muy vocacional, una impronta que es característica de nuestra verdadera profesión. A partir de ese momento su principal objetivo será el cuidado de los enfermos, que son los auténticos protagonistas de la medicina. Toda su actividad deberá estar presidida por un pensamiento central: el bienestar de los pacientes.

Asimismo, deberá recordar siempre que la profesión médica, la ejerce un ser humano que debe estar dotado de capacidades para una actuación inteligente, técnicamente idónea y, además, moralmente buena. Durante toda su actividad profesional, atenderá a otro ser humano, caracterizado por una triple complejidad bio-psico-social.

Ni el médico debe actuar como un robot, ni el paciente debe recibir por parte de él, la consideración de un simple organismo enfermo –Rozman–.

Harrison, el gran internista estadounidense, en la primera edición de su obra, definía lo que se espera del médico, en palabras que aunque reflejan el sesgo de género de aquel

momento, aún suenan muy bien como principio universal. Escribió: *«No cabe mayor suerte, responsabilidad u obligación en el destino del hombre que convertirse en médico. Para atender a los que sufren debe poseer conocimientos científicos, habilidades técnicas y comprensión humana. Sirviéndose de todo ello con coraje, humildad y sabiduría, prestará un servicio único a sus semejantes, a la vez que formará dentro de sí, un carácter firme. [...] El médico no ha de pedir más a su destino, pero tampoco ha de contentarse con menos, [...]. Del médico se espera abnegación, simpatía y comprensión humana, porque el paciente no es sólo un conjunto de síntomas, signos, funciones alteradas o emociones trastornadas; es un ser humano, temeroso y esperanzado que busca alivio y confianza».*

Es de singular importancia que el futuro médico aprenda que la historia clínica, es decir, el primer contacto que se establece entre el médico y el paciente no puede ser efectuado como pretenden algunos por el ordenador: una característica del buen médico es saber escuchar con esmero a sus pacientes. La anamnesis es mucho más que una fría recogida de datos y su calidad determinará, en gran medida, la eficacia y el éxito del acto profesional. El médico en esta humana entrevista, no sólo recoge los síntomas subjetivos del enfermo, sino que, además, puede vislumbrar el influjo del psiquismo en las molestias que refiere, así como las circunstancias de su entorno familiar y social.

El humanitario y valioso internista José María Manso gusta de repetir que: «la enfermedad no es simplemente una entidad nosológica, es en gran manera una vivencia personal». Este aspecto de la vertiente psicológica del enfermar justifica, en parte, el aforismo clásico de que «no hay enfermedades, sino enfermos».

En la anamnesis, en efecto, debemos indagar la forma de cómo la enfermedad es percibida o vivenciada por el paciente ya que este aspecto psíquico influye en el proceso evolutivo e incluso en el pronóstico de cada paciente concreto.

Al igual que en la realización de la historia clínica, en todos los demás cuidados de su paciente, el médico intentará actuar siempre sin perder de vista la atención integral.

¿Cómo debe ser la educación médica pregraduada para que el futuro facultativo pueda actuar de acuerdo con estos principios? Es evidente que sin unos sólidos conocimientos teóricos no se puede ejercer de un modo correcto nuestra profesión. Pero es igualmente cierto que, junto a la adquisición de conocimientos, es imprescindible el entrenamiento de *habilidades* y la formación de *actitudes* para lograr una buena capacitación clínica.

Se procurará crear en el nuevo médico la avidez por una comprensión más profunda y un compromiso persistente para mantenerse en las fronteras del conocimiento científico y del progreso médico durante toda su vida profesional.

Todo médico debería también complacerse por aprender lo nuevo, corregir lo viejo y perfeccionar lo futuro, y debería ser asimismo un eterno estudiante.

El proceso de convertirse en médico y comprometerse a un aprendizaje de por vida, obliga a poseer las bases científicas, no sólo para adquirir y apreciar nuevos conocimientos, sino también para vislumbrar nuevas formas de aplicarlo. Por eso me agrada reiterar a mis alumnos que sin conocimiento no hay ciencia, y sin ciencia, no hay autoridad moral.

Es imprescindible la formación científica del médico con la finalidad de que pueda ejercitar correctamente la medicina clínica. El rigor del método científico presta al facultativo habilidades para aprender y analizar; de manera que los moldes del pensamiento y el desarrollo de una mente *analítica* e *inquisitiva*, influyen luego muy positivamente en la adecuada asistencia médica de casos individuales a la cabecera del enfermo. Se facilita así el aprendizaje para *recopilar*, *sintetizar*, *integrar* e *interpretar* los datos clínicos y obtener un cuadro diagnóstico completo, así como los conocimientos necesarios para planificar el tratamiento más apropiado.

Las ciencias biomédicas son fundamentales para comprender las enfermedades, establecer diagnósticos, aplicar nuevos tratamientos y justipreciar las complejidades de las nuevas tecnologías.

El ejercicio médico se apoya, obviamente, en métodos científicos para resolver sus problemas, pero es evidente también que la práctica clínica no ha de ser sólo científicamente perfecta, sino que es preciso que esté impregnada de abnegación, madurez y sabiduría para determinar en cada momento qué camino es el más beneficioso para un paciente concreto.

El adecuado diagnóstico y tratamiento de un enfermo implica que el médico ha comprendido los efectos globales de una afección sobre la persona enferma, tanto los físicos, como los psicosociales, y que no sólo se percata de dichos efectos, sino que es sensible a ellos. El único modo de desarrollar correctamente la actividad terapéutica como afirma Rozman, «es combinar el tratamiento medicamentoso, dietético y físico con el debido apoyo psicológico derivado de la profunda comprensión humana que debería impregnar todo el ejercicio de la medicina. Una palabra adecuada del médico que muestra su apoyo y afecto hacia el paciente, puede obrar milagros. En suma, la actividad clínica debe ser integral u holística y, por tanto, dirigida al paciente en toda su dimensión de persona.

En su actividad profesional, el médico no debe mostrar distanciamiento o arrogancia ante el enfermo. Sin el toque de la humildad, es difícil que los médicos puedan comprender y aceptar, la confianza que depositan en ellos sus enfermos.

Ahondando en el aspecto humanístico de la medicina, ha de tenerse siempre en cuenta que el paciente es un «ser humano enfermo» y que constituye algo más que la definición que obra en el Museo de la Historia de Washington y que dice: *«40 kg de agua, 17 kg de grasa, 4 kg de fosfato cálcico, 1,5 kg de albúmina y 5 kg de gelatina»*. Como ha escrito Sanz Ortiz, el ser humano está dotado además de un componente espiritual, inteligente y libre que le hace pensar, querer, tomar decisiones y

ser uno mismo y que, por tanto, es portador de proyectos, sentimientos, emociones y vida afectiva. De manera que la persona no es divisible ni sumable. Esto es, que en todo ser humano, existen diferentes clases de vida:

- Biológica o física, relacionada con el cuerpo y que es común a todos;
- Biográfica (emocional), única e irrepetible;
- Social o de relaciones externas y, por último
- Una vida interior relacionada con uno mismo.

Por consiguiente, cuando la persona enferma, lo hace de una forma integral, y no en parcelas o a plazos, ya que todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos precisa su propio cuidado.

Y es que, en efecto, la enfermedad genera síntomas físicos como la hemoptisis, la tos o la disnea; perturbaciones psicoemocionales como el miedo, la desesperanza, la angustia, la depresión y la ansiedad; sentimientos de culpa, de perdón o paz interior; y por último se generan también demandas sociales como es el respeto y la consideración a su persona y el no sentirse abandonado a su suerte.

El tratamiento debe tener en cuenta todas estas facetas que son inseparables e imposibles de tratar de forma aislada. Si nos limitamos a contemplar el componente físico olvidando los aspectos psico-afectivo-emocionales, estamos condenados a no ser plenamente eficaces, en nuestro esfuerzo curativo y en el anhelo por la mejoría del paciente. A este respecto, y como consecuencia del notable incremento de la longevidad, en el ocaso de la vida los pacientes ancianos precisan mayor atención en las necesidades psicoafectivas.

El médico muchas veces consigue curar. Si ello no es posible, puede aliviar las molestias del enfermo, pero cuando no logra ni siquiera aliviar, puede como mínimo, consolar. Como

afirmaba el maestro Laín: «el verbo consolar no debe ser entendido como pura acción humanitaria, sino como operación en alguna medida técnica, puesto que el consuelo del médico, si no cura, por lo menos alivia».

Es imprescindible también la calidad ética del médico, de manera que sus actuaciones se conviertan en moralmente buenas. Como ha escrito acertadamente uno de los grandes expertos en bioética de nuestro país, el Dr. Diego Gracia: «los actos médicos han de cumplir siempre las condiciones básicas de corrección y bondad».

Al hilo de las magníficas reflexiones de Harrison citadas anteriormente, yo diría que los médicos— y más aún en la medicina actual necesariamente tecnificada— no debemos considerar a los pacientes como casos clínicos o enfermedades, sino como personas, cuyos problemas, a veces complejos, en la sociedad de nuestro tiempo, así como sus trastornos, especialmente en la medicina de atención primaria, trascienden las dolencias que les incitan a solicitar el parecer facultativo. Todo lo que refiera el paciente no debe ser ajeno para el médico, lo que nos indica, una vez más, la necesidad de recuperar la visión holística del acto médico.

Como ha sucedido siempre, muchos enfermos están angustiados y temerosos y no debe olvidarse que el hospital moderno es un lugar que atemoriza a la mayoría de los pacientes, por lo que sigue siendo fundamental que la primera medida terapéutica del médico consista en generar un clima de confianza y sosiego, ya que sólo cuando el paciente nota un profundo interés por él, reconoce al auténtico médico.

Sin embargo, algunos factores como el trabajo en equipo, la existencia de intermediarios y los propios avances tecnológicos han propiciado un progresivo distanciamiento entre el médico y el paciente.

Además, en la medicina actual, la práctica clínica, en un contexto de contención del gasto sanitario—necesariamente

reconocible, dado que la economía de la salud es finita—, ha introducido un nuevo factor adicional de tensión sobre la relación clásica entre médico y paciente. Opinamos, no obstante, que en un futuro no muy lejano, la calidad y el rendimiento del médico se estimarán, no sólo por sus conocimientos científicos y cualidades humanitarias, sino también por el dispendio que generen sus actuaciones profesionales. En consecuencia, es preciso que el médico se acostumbre a valorar el precio de sus decisiones.

Muchos médicos deben atender al enfermo en un tiempo escaso, sin la quietud y el sosiego necesarios. Esta medicina es la antítesis del acto médico, ya que la relación entre ambos se apoya en la confianza, el respeto y el afecto por ambas partes, condiciones que difícilmente se contemplan en estas situaciones y que generan, a menudo, insatisfacción, desconfianza, ausencia de empatía e injusto desprestigio del médico y la profesión. Pese a todo, es preciso insistir a nuestros alumnos de la importancia que tiene el escuchar atentamente a los pacientes, porque ellos les indicarán la índole de sus dolencias, y les orientarán sobre los remedios que precisen.

Como es bien conocido en esta sociedad tan litigiosa, se ha hecho frecuente un estilo de práctica médica a la defensiva. Es urgente y necesario trastocar las condiciones que originan esta tendencia, de manera que el médico, en el proceso intelectual que debe presidir cualquier acto clínico, pueda utilizar sus conocimientos científicos y sus habilidades analíticas, así como las exploraciones complementarias, coherentemente escalonadas, con la finalidad última de ayudar mejor al paciente no añadiéndole nuevas incomodidades, y evitando así inundar al sistema sanitario con costes innecesarios. Es bueno recordar que, generalmente, sólo se encuentra lo que se busca; dar palos de ciego solicitando una amplísima batería analítica, radiológica o isotópica, sólo suele conducir a que la medicina sea cada vez más cara, a que los documentos clínicos no quepan en los archivos y a que el número de accidentes debidos a las pruebas diagnósticas sea progresivamente más alto. Así, es preciso tener en cuenta que el paciente experimenta ya un con-

siderable grado de incomodidad física y psíquica por el mero hecho de estar enfermo y, por tanto, es imprescindible que el médico no añada nuevas incomodidades con la práctica de exploraciones complementarias que no sean estrictamente necesarias.

Tan sólo el buen sentido clínico y la confianza del enfermo en el médico y en la institución a la que acude, aminorarán la práctica de la medicina a la defensiva y evitarán el derroche en exploraciones complementarias y el temor ante el riesgo de posibles disensiones futuras.

Y es que, el intercambio de cuidado por confianza, une mucho al paciente con su médico, porque se desarrolla una interdependencia que, lejos de ser dañina, propicia y potencia el cuidado y promueve la curación.

Uno de los problemas más penosos que se plantea a menudo en el ejercicio profesional, es el de una persona afectada por una enfermedad incurable y, especialmente, cuando es inevitable una muerte próxima. En estas situaciones el médico debe ser compasivo, paciente y sincero. La información que se debe proporcionar dependerá de la capacidad individual para enfrentarse a una muerte inminente. La mejor estrategia será, en mi opinión, la de no revelar la verdad de una sola vez, sino de manera gradual. El médico con perspicacia y experiencia suele dejarse guiar por el conocimiento de lo que el paciente quiere saber y en el momento en que quiere saberlo.

En esta decisión se han de contemplar las creencias religiosas del paciente, quien debe tener la oportunidad de conversar con su médico. Para el enfermo es más fácil compartir con él sus sentimientos más íntimos con respecto a la muerte, ya que suele ser más objetivo y menos emocionable que los miembros de su familia.

En estas situaciones, el médico afronta una vorágine de difíciles emociones tanto del paciente como de su familia, pero deberá esforzarse por mantener un halo de esperanza hasta el final.

El sublime clínico canadiense William Osler, padre de la Medicina Interna, dejó escrito: *«una cosa es cierta, no debes ser aquél que, poniéndose el birrete negro, asume la función de juez y quita la esperanza a cualquier paciente, esperanza en la que todos nos refugiamos».*

Y, entre nosotros, Julián Marías testimonió: *«constituye una refinada y perversa crueldad, el intento de despojar de la esperanza a las personas»* y es que, los enfermos, repetimos una vez más, precisan no sólo de las técnicas y habilidades de los profesionales, sino también de su humanidad, comprensión y afecto.

Quiero insistir en este punto, que no debe decirse al enfermo lo que no es, no debe prometerse lo que no se puede, no debe indicarse lo que resulta fútil o lo que es demasiado inseguro y gravoso. No es aceptable la mentira piadosa y son, en cambio, necesarias las formas compasivas de aproximación a la verdad, aunque esta aproximación se haga poco a poco, respetando el ritmo que el enfermo necesita. A veces el propio enfermo se aferra a un resquicio de posibilidad milagrosa. Se refugia en una esperanza desmesurada para negar su situación: o, más sencillamente, para poder convivir con el sufrimiento. Es habitual, por ejemplo, percibir su pensamiento de vaivén pendular que le lleva a pasar, de la intemperie dolorosa en plena realidad, a la sombra reparadora de la esperanza, puede que ilusoria, pero en la que encuentra un descanso para no verse sumido por la desesperanza y la desesperación; como afirma Broggi, *«es un andamiaje construido por la necesidad, destruirlo sería una crueldad, pues no se trata de enseñar a vivir, sino de ayudar a vivir».*

Ante estas situaciones el médico debe saber tolerar su autoengaño, pero, eso sí, sin estimularlo. No debe desde su autoridad, promover la irracionalidad.

Se trata, en suma, de ayudarlo para sentir una buena esperanza, aquella que le permita vivir mejor su presente y recordar su pasado para pensar su futuro. La esperanza es contagiosa. La esperanza es un camino, no una salida.

Pero en un foro como éste y en un día tan señalado, es muy gratificante poder reconocer que una de las muchas grandezas de la medicina pública en España, sustentada por todos los ciudadanos como un bien social intocable –aunque mejorable–, es la de practicar la equidad social ante la enfermedad, lo que permite, por ejemplo, llevar a cabo un trasplante de hígado o de otros órganos, a un pobre y solitario marginado social con las mismas garantías que a un hombre rico y colmado de bienes.

¿Se imaginan ustedes la conmoción social que se produciría en España si imitáramos el sistema de salud de los estadounidenses?

Por otro lado, resulta penoso que en la medicina de nuestros días no sea infrecuente que clínicos con grandes conocimientos científicos, y óptimo adiestramiento, no sean capaces de transmitir a sus enfermos el más mínimo grado de simpatía y calor humano, por lo que suele fracasar estrepitosamente la interacción médico-paciente. A menudo, los pacientes, en aparente paradoja, rechazan a este tipo de médicos que evidencian insuficiencia afectiva ante el enfermo.

Explicitado en otros términos, un médico puede diagnosticar y prescribir de una manera técnicamente correcta y científica, pero de un modo frío, insensible e impersonal. Es posible que el paciente así tratado se alivie, incluso que se cure, pero, no obstante, se sentirá insatisfecho, pues no basta con el simple tratamiento técnico de la enfermedad.

En esta medicina que nos acompaña se ha producido una silenciosa transición progresiva de un modelo virtuoso y compasivo hacia un arquetipo científico-técnico, sin que se hayan meditado en una auténtica reflexión colectiva, las potenciales ventajas de combinar ambas tendencias.

En la medicina de hoy en día, uno tiene la sensación de que cuanto más se aprende cómo tratar a *las enfermedades*,

más se olvida cómo tratar a los *enfermos*. Esta orientación puede ser, si se me permite, el principio del *opio de la medicina*, porque el acto médico así practicado, se desvirtúa gravemente.

El modelo científico-técnico puro tiene, a mi juicio, un pernicioso efecto secundario ya señalado anteriormente: el médico puede mostrarse *inconsciente* ante el dolor ajeno.

Por otra parte, la paulatina desvirtuación de la profesión médica, conlleva el riesgo inherente de desmotivación, insatisfacción y pérdida de la autoestima; lo que conduce a la desconfianza con uno mismo e incita, subsiguientemente, a la aceptación de una medicina que se siente como *una ocupación* más que como una profesión. Lamentablemente, esa progresiva mutación constituye un claro ejercicio, a mi modo de ver, de *dimisión profesional*. En estas circunstancias, ¿cómo se puede ofrecer estima a un paciente si se pierde la autoestima?

Los pacientes desean y merecen compasión y comprensión. Necesitan que su médico se interese por ellos como individuos que buscan consejo además del alivio por la enfermedad y el sufrimiento. Quieren sentir que pueden compartir con su médico, sin riesgo, sus pensamientos más profundos y sus confidencias más sensibles. En suma, desean valorarlo también como a un amigo en quien confiar.

La rutina no debe hacernos soslayar que, cuando un paciente solicita atención médica sobre todo hospitalizada, está confiándonos su vida y su salud. El médico debe ganarse esa confianza sin reservas y el paciente debe sentir que su médico se preocupa por él como persona, no sólo como enfermo.

Es bueno que el médico, con el fin de orientar su brújula profesional y moral, siga las recomendaciones del estilo de las promulgadas por el American Board of Internal Medicine que compendia los atributos y conductas que sirven para mantener el interés del paciente por encima del propio:

- Un compromiso con las normas más altas de la excelencia en la práctica de la medicina y en la generación y divulgación de conocimientos.
- Un compromiso con las actitudes y conductas que sustentan los intereses y el bienestar de los pacientes.
- Un compromiso para responder a las necesidades de salud de la sociedad.

De su atenta lectura se desprende que, la actividad del médico debe aspirar al altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad y el respeto a los demás.

La American Board Internal Medicine y la Federación Europea de Medicina Interna han propuesto de forma conjunta que el profesionalismo médico debe enfatizar tres principios fundamentales: la primacía del bienestar del enfermo, el principio de autonomía del paciente, y la justicia social.

El altruismo del médico que genera la confianza del paciente, debe ser impermeable a los desafíos económicos, burocráticos, y políticos a los que se enfrentan tanto el médico como el enfermo.

El principio de autonomía del enfermo afirma que los médicos hacen las recomendaciones que crean convenientes pero son los enfermos quienes toman las decisiones finales. El médico es un experto consejero que debe informar y capacitar al paciente para que base sus decisiones en datos científicos y en cómo estos datos pueden y deben integrarse con sus preferencias.

La importancia de la justicia social simboliza que la interacción médico-enfermo, no existe en medio del vacío. El médico tiene una responsabilidad hacia el paciente individual y hacia la sociedad, en general, para facilitar el acceso y eliminar las disparidades en la salud y en los cuidados sanitarios.

Con el fin de promover estos principios fundamentales, se han sugerido una serie de responsabilidades profesionales que representan los rasgos prácticos para la práctica médica y que benefician a los propios pacientes, al médico y a la sociedad en su conjunto. –Véase tabla 1–.

TABLA 1. Responsabilidades profesionales

Compromiso para:
<ul style="list-style-type: none">• La competencia profesional• La honradez con los enfermos• La confidencialidad con el paciente• El mantenimiento de una adecuada relación con los enfermos• Una mejora calidad de la atención sanitaria• Un mejor acceso a la atención sanitaria• Una distribución justa de los recursos limitados• El conocimiento científico• El mantenimiento de la confianza a través de la una correcta administración de conflictos de intereses• Las responsabilidades profesionales

Numerosos enfermos que ingresan en un hospital terminan siendo prisioneros de los engranajes de la moderna medicina curativa e intensiva. Se precisa advertir que el tratamiento activo en el paciente sin esperanza de curación, a menudo, es cruel, técnicamente incorrecto y éticamente inadecuado. La muerte digna debe tener en cuenta la libertad del que muere y la responsabilidad de los que le atienden. Morir dignamente es hacerlo acompañado de sus seres queridos y sin sufrimientos innecesarios.

Permítanme unas breves consideraciones sobre un problema muy común en la medicina moderna; me refiero al de las nuevas técnicas de soporte vital que permiten la prolongación artificial de la vida, en condiciones que pueden llegar a ser deplorables. Con frecuencia se consigue el aumento de la cantidad de

vida a costa de una llamativa disminución de su calidad. Esto ha dado lugar a expresiones tales como distanasia, encarnizamiento terapéutico o, como prefieren decir los anglosajones, furor terapéutico, olvidándose que no todo lo técnicamente posible, es éticamente correcto. La irracionalidad de este modo de proceder, como refiere Diego Gracia, es patente, a pesar de lo cual su práctica es muy frecuente. Las razones son múltiples, pero como afirma este mismo autor, entre ellas desempeña un papel importante el miedo que el médico tiene a que, en caso de no proceder así, se le acuse de negligencia profesional y pueda ser condenado por un delito de comisión por omisión.

Para dignificar y humanizar las fases finales de la vida de las personas, es necesario, como contempla Diego Gracia, prevenir que los enfermos se puedan encontrar en situaciones que consideran peores que la propia muerte, por lo que se precisa promover buenas unidades de cuidados paliativos para el mejor tratamiento de los enfermos terminales y, de esta forma, poder evitar las penosas situaciones de auténtica marginación, calamitosas, en las que los enfermos a menudo están largo tiempo condenados a un estado vegetativo permanente que difícilmente puede recibir el estado de humano, o, si se prefiere, personas *atrapadas* por la técnica, sin la posibilidad de salir hasta que se produce la muerte liberadora.

La mayor parte de los problemas médicos del final de la vida, no pueden ni deben resolverse por la vía de la eutanasia. El adecuado control de los síntomas y del dolor, así como la comunicación abierta con el paciente y el apoyo emocional, es lo que dignifica y humaniza los estadios terminales de la vida de las personas. –D. Gracia–.

En estos momentos de pragmatismo conductista es necesario subrayar el compromiso ético del médico en la defensa de la vida del paciente aún en condiciones extremas, punto éste que estimo, se debería expresar sin ambigüedad.

En otro orden de cosas, el vigoroso impulso de la biomedicina se ha fraguado en los últimos 40 años y sus autén-

ticos protagonistas son los médicos, bioquímicos, biólogos moleculares, genetistas, físicos y matemáticos e inmunólogos, entre otros, es decir, el amplio abanico de la biomedicina, de las ciencias biomédicas. Lo que ha permitido, junto a los clínicos, avances importantísimos que no son sino el anuncio de lo que está por venir y cuyo alcance no resulta fácil vaticinar a largo plazo, pero es incuestionable que estamos en una nueva medicina, la medicina molecular, que ha dinamizado a la ciencia médica con un espectacular avance en el conocimiento de los mecanismos de enfermedad, con la descripción estructural y funcional de los componentes moleculares de la célula, así como los primeros enfoques de la dinámica celular en su conjunto. La medicina biofísica molecular ejerce una influencia que abarca a todas las disciplinas tradicionales de la medicina y las unifica. En situaciones tan diversas como los errores congénitos del metabolismo, neurotransmisores, citocinas, oncogenes o regulación hormonal, todo se está definiendo con un detalle finísimo a nivel molecular. La medicina molecular constituye también un modelo para adquirir conocimiento científico, que da comienzo en una persona enferma, y se desliza en un proceso reduccionista hasta las moléculas individuales en los procesos bioquímicos fundamentales que acontecen en las intimidades de la célula.

Esta medicina coincide con un asombroso avance tecnológico que ha revolucionado los procedimientos de imagen con el consiguiente aumento de la precisión y la rapidez en el diagnóstico.

El espectacular avance en el conocimiento de los mecanismos de la enfermedad ha permitido una mejor comprensión de los procesos patológicos y ha proporcionado nuevas herramientas diagnósticas y novedosos recursos terapéuticos.

Asimismo, esta nueva era de la medicina coincide también con la secuenciación completa del genoma humano, la curación de muchos tumores malignos y la conveniencia de la terapia celular, mediante la utilización de las células madre adultas como tratamiento paliativo de algunos procesos, como la enfer-

medad de Parkinson, la diabetes autoinmune o el miocardio isquémico por enfermedad coronaria.

La creación por nuestra Universidad del Instituto de Investigación en Biología Molecular y Genética, cercano al propio Hospital Clínico, constituye un gran acierto y una visión inteligente de la moderna biomedicina que redundará, sin duda, en el beneficio de los enfermos.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, gente bien intencionada valora en demasía la medicina actual con el pensamiento de que lo cura todo o casi todo. Sin embargo, los médicos conocemos que, por desgracia, existen numerosos procesos cuya terapia efectiva se nos escapa. A este respecto merece la pena recordar a Noah Gordon en su maravilloso libro titulado *El Médico*, cuando en una de sus páginas el maestro dice a su joven discípulo: «[...] aunque estudiaras medicina durante más de una vida, acudirían a ti gente cuyas enfermedades son misterios».

Como ha escrito atinadamente Puerta, «esta fe que muchas personas profesan por la ciencia y por las idílicas posibilidades que vienen de la medicina moderna, han propiciado lo que se conoce como: medicalización de la sociedad, hasta el punto de que los individuos esperan que la medicina dé soluciones a problemas que no entraban en el ámbito clínico».

Como afirma asimismo este autor, la medicalización genera la falsa creencia de que combatiendo síntomas médicos se solucionan problemas sociales, lo que ha deparado un notable incremento del número de pacientes y nuevas formas de dependencia que, a la postre, merman la autonomía de las personas.

¿Cuántos octogenarios hay en nuestros hospitales ocupando una costosísima cama por causa de un problema médico menor pero que ha acaecido en una familia disfuncionante y en el seno de un problema social mucho mayor y permanente?: La inmensa tristeza y soledad de nuestros ancianos. Como dejó escrito Illich, la vejez, que en diversas situaciones se conside-

raba un privilegio dudoso o un final patético, pero nunca una enfermedad, ha sido puesta directamente sobre las órdenes médicas.

A este respecto, conviene resaltar que nuestros ancianos precisan menos medicinas y más cariño.

El progreso médico ha condicionado también el exagerado uso de la tecnología y la práctica de una medicina en la que subyace la idea de que todos los procedimientos farmacológicos y técnicos deben utilizarse como una tabla de salvamento con independencia del dudoso beneficio del resultado final. Muchas veces se obvian inadecuadamente los cuidados paliativos, que podían ser más beneficiosos y apropiados en numerosas situaciones. La mentalidad desmesurada en el uso de la tecnología y torpe a la hora de ponderar las necesidades del paciente, incita a la sociedad a desear y exigir que se apliquen todos los procedimientos «habidos y por haber» sin preocuparse de los posibles efectos secundarios y complicaciones, tanto de los aparatos como de los fármacos. Sirva de ejemplo, a este respecto, que la realización de un **TAC** torácico equivale a 400 radiografías de tórax.

Opinamos con Rozman que, «la excelencia de las actuaciones médicas, seguirá siendo la base de un buen sistema sanitario, de manera que la práctica de una adecuada historia clínica, la pericia de una exploración rigurosa y la utilización de la *inteligencia humana* en el proceso de formulación diagnóstica no podrán ser sustituidos, sino únicamente complementados, por el ordenador o la inteligencia artificial, en especial si el médico transmite al paciente bondad y calor humano e interés por sus vertientes biopsicosociales».

El médico que realiza su actividad con estas características es no sólo excelente como profesional, sino eficiente desde el punto de vista de la gestión sanitaria. Defendemos siempre, por tanto, una medicina tecnológicamente avanzada pero siempre emocionalmente comprometida con los pacientes.

Interesa destacar que el progreso de la biomedicina ha deparado nuevos problemas éticos y morales; así, el incremento de la expectativa de vida y, por ende, de la longevidad, ha modificado el acto de la muerte, o si se prefiere que la tecnificación hace emerger nuevas formas de morir. Hace más de 50 años, la medicina escasamente tecnificada y con escasos remedios terapéuticos condicionaba que la muerte no fuera una decisión humana que demandar al médico y, por tanto, no existían razones para planificar la muerte. Pero en el siglo actual, la medicina pública, con su tecnología, profesionales sanitarios altamente cualificados y su magnífica red hospitalaria, ha propiciado que muchos pacientes se adhieran al hospital como una tabla de salvamento y, por tanto, muchos fallecimientos se producen en su seno. Antaño sucedía que la muerte se producía en la intimidad del hogar; ahora, la muerte se ha medicalizado y ya no existen pacientes desahuciados, sino terminales.

Por ello me permito recordar que al final de la vida, en situaciones de graves procesos, de crisis o desamparo, o ante el desgarró emocional de una muerte próxima, se necesita más que nunca del calor humano y la presencia del médico, quien debe proporcionar al paciente apoyo emocional, paliar sus dolores y sufrimientos e impedir que quede aislado de su familia, evitando prolongar de forma innecesaria la vida con técnicas artificiales y con fármacos, ya que no alargar inútilmente la vida, también engrandece la medicina.

Como ha escrito el gran oncólogo Sanz Ortiz, cuyos conceptos suscribo:

- Es necesario incorporar la muerte a la vida.
- La sedación terminal permite culminar el adiós a la vida de una forma humanizada.
- El último acto de la vida debe protagonizarlo, si es posible, la propia persona, cuyos valores, prioridades y creencias deben respetarse siempre.

- Nadie debe morir con sufrimiento y nadie debería morir sólo. Nunca debe faltar el calor de una mano amiga.
- Asistir a una muerte digna de un ser querido es un bien personal que deja buen recuerdo y perdura en el tiempo.

En suma, lo que se pretende es dignificar, humanizar y dulcificar el último tramo del camino de una vida y esta es una misión sagrada y obligada del médico. No podemos permitir que la tecnología, abusivamente utilizada, convierta las fases finales de la vida de los seres humanos en una experiencia insufrible, tanto para el paciente como para sus seres queridos.

Por otro lado, el médico debe ser un valedor de los enfermos, y, de modo singular, debe proteger a los seres con vida que se sitúan en los extremos del camino humano, en los segmentos más débiles y vulnerables; desde el embrión hasta el más decrepito anciano, a menudo, solitario y carente de afectos, o inmerso en los silencios o penumbras de una mente afectada por enfermedad de Alzheimer.

Debemos recordar a los futuros médicos que todo ser humano debe ser tratado como algo único, insustituible e irrepetible. Esta es la *dignidad constitutiva u ontológica de la persona*. No cabe, pues, arrebatarse la dignidad a nadie, ya que el valor supremo del hombre no puede depender del juicio variable de los demás.

Un aspecto sumamente importante es el que se refiere a la imperiosa necesidad de la formación científica del médico, con la finalidad de que pueda ejercitar correctamente la medicina clínica. El rigor del método científico presta al facultativo habilidades para aprender y analizar; de manera que los moldes del pensamiento y el desarrollo de una mente analítica e inquisitiva, influyen luego muy positivamente en la adecuada asistencia médica de casos individuales a la cabecera del enfermo. Se facilita así el aprendizaje para *recopilar, sintetizar, integrar e interpretar* los datos clínicos y obtener un cuadro diagnóstico

completo, así como los conocimientos necesarios para planificar el tratamiento más apropiado.

La ciencia biomédica es fundamental para comprender las enfermedades, establecer diagnósticos, aplicar nuevos tratamientos y justipreciar la complejidades de las nuevas tecnologías.

Los principales logros científicos en cualquier rama específica de la medicina, en concreto, más del 60% de los descubrimientos trascendentes se han originado en las ciencias más básicas. Los importantísimos avances en enfermedades infecciosas, inmunología, genética y regulación metabólica por las hormonas, representan progresos cruciales en la evolución de la historia de la medicina y hoy constituyen herramientas para tratar de esclarecer los aspectos intrínsecos de las enfermedades humanas. Pero todavía no se tienen las respuestas absolutas para muchos padecimientos de alta resonancia y honda preocupación social, como es el cáncer, la enfermedad de Alzheimer, procesos autoinmunitarios como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso o las vasculitis; los trastornos psiquiátricos como la psicosis maniaco-depresiva o la esquizofrenia, y muchos otros más. Pero resulta grato poder afirmar, que, en la actualidad, se están investigando a nivel molecular, las posibles soluciones para estos procesos.

Ciertamente, estamos en la era de la medicina biofísica-molecular, una influencia que abarca a todas las disciplinas tradicionales de la medicina y las unifica. En situaciones tan diversas como los errores congénitos del metabolismo, neurotransmisores, citocinas, oncogenes o regulación hormonal, todo se está definiendo con un detalle finísimo a nivel molecular. Este modelo para adquirir conocimiento científico, que da comienzo en una persona enferma y se desliza en un proceso reduccionista hasta las moléculas individuales y los procesos bioquímicos fundamentales que acontecen en las intimidades de la célula, no debe ser motivo para subestimar la contribución de otros campos en la condición humana. Quiero decir, que los avances en biología molecular y estructural y las maravillas de la inmunología y la genética, no tienen por qué hacernos desa-

tender los múltiples aspectos de la psicología humana, la antropología y la sociología, que influyen en el mundo en que vivimos y que juegan un papel importante en la morbilidad y en la mortalidad final. Los factores relacionados con la conducta del individuo –alcoholismo, drogas, tabaquismo, violencia, suicidio y agresividad excesiva–, absorben más de la mitad el gasto destinado a la atención de la salud en los países desarrollados. Y en la misma línea de pensamiento, la adopción de estilos de vida saludables, como una dieta más correcta y un ejercicio físico adecuado, constituyen la piedra angular para atajar la epidemia de obesidad, de enfermedad coronaria –angor e infarto– y de diabetes.

Las actuaciones en la salud pública para inmunizar a la población, así como la minoración de las muertes por traumatismo –accidentes de tráfico y laborales–, la lucha contra el abuso del alcohol, el tabaquismo y las drogas, deparan más beneficios para la salud que prácticamente cualquier otra intervención sanitaria imaginable.

En consecuencia, por encima de los avances alcanzados en medicina molecular, también debe aceptarse humildemente que las ciencias que analizan el comportamiento poblacional o humano y que tratan de mejorarlo son indispensables también para el progreso de la medicina y la mejora de la salud de nuestros conciudadanos.

Parece lícito, por tanto, afirmar que la medicina del futuro, quizá próximo, haya que contemplarla con ojos nuevos. La onda explosiva de los conocimientos científicos biomédicos, permitirá conocer la génesis del cáncer, la intrigante patogénesis de las enfermedades degenerativas y de los trastornos inmunológicos, entre otros avances.

CONSIDERACIONES ÚLTIMAS

La medicina que nos acompaña coincide con un momento de gran dinamismo científico y de espectacular avance en el

conocimiento de los mecanismos intrínsecos de la enfermedad, lo que ha conducido a una mejor comprensión de los procesos patológicos y al logro de novedosos recursos terapéuticos. Paradigmático de esto último es la introducción en clínica de nuevos marcadores de enfermedad o la emergente terapia biológica o terapia «dianizada» del cáncer. Estos avances coexisten con un fascinante progreso tecnológico que ha revolucionado los procedimientos de imagen con el consiguiente aumento de la precisión y rapidez en el diagnóstico.

Es difícil y arriesgado vaticinar sobre aquellos aspectos de la investigación básica que puedan incidir más significativamente en los avances de la medicina del futuro. Está fuera de duda que el esclarecimiento de las complejidades del genoma humano, permitirán identificar a los individuos con riesgo de padecer enfermedad. Los progresos en la genética y la genómica depararán significativos cambios en el ejercicio clínico de la medicina. En gran parte, la medicina estará orientada por el perfil genético de cada individuo, y este enfoque propiciará el desarrollo de un adecuado manejo presintomático –preventivo–, así como de novedosas terapias para enfermedades ya sintomáticas.

Las pruebas genéticas conseguirán que los pacientes y sus familiares puedan tomar decisiones sustentadas, informadas y razonadas sobre el futuro de sus vidas. El inusitado avance que propician los logros en la genética, pueden, sin embargo, facilitar nuevas modalidades de discriminación social, con el riesgo de que la misma información que conduce a una medicina más personalizada y eficaz, se utilice en contra de las propias personas a las que se supone que beneficia, creando estigmas que dificulten, por ejemplo, la admisión en un trabajo o la consecución de un seguro de vida. Frente a este efecto adverso del progreso científico, será necesaria la contemplación paralela de nuevas medidas por parte de la jurisprudencia, con el fin de regular y proteger la delicada información genética. Es posible también que, en algunas personas, el conocimiento de su riesgo genético sea una nueva causa de perturbaciones emocionales, inestabilidad psíquica, depresión e incluso suicidio.

El conocimiento de la estructura y la forma de las proteínas ayuda a explicar anomalías tan diversas como pueden ser la anemia de células falciformes o la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. La proteómica que es la expresión proteica normal y anormal de los genes, también resulta extraordinariamente prometedora para el desarrollo de terapias dianas o dianas farmacológicas, por ejemplo, para conseguir la curación del cáncer y para el tratamiento de otros procesos de forma más eficaz y específica.

La mayor capacidad para manipular el sistema inmunitario, constituye otra fuente esperanzadora de posibles beneficios en el dinamismo de la ciencia médica. Así, la manipulación del sistema inmune con el fin de atemperar su respuesta frente a huéspedes incómodos o extraños, quizá permita trasplantar tejidos y órganos de animales (xenotrasplante). En sentido contrario, la estimulación del ataque inmune, frente a los agentes foráneos o las células cancerosas, reforzará la terapia del cáncer y de las enfermedades infecciosas.

En el área de la neurobiología, el siglo XXI probablemente asista a la descodificación de los secretos del ensamblaje de un sistema tan complejo y enigmático como es el cerebro humano. La superación de esta frontera constituiría uno de los logros científicos más emblemáticos del siglo. La posibilidad de inactivar los programas de suicidio celular y de activar la regeneración neuronal, contribuirá al mejor tratamiento de los procesos isquémicos, traumáticos y degenerativos del sistema nervioso.

Es igualmente prometedora la medicina regenerativa para reparar tejidos y órganos a partir de las células propias.

Deseamos que la potenciación de la investigación en las ciencias más básicas de la biomedicina, logre dilucidar procesos de alta resonancia y honda preocupación social, y que, asimismo, generen desasosiego y desencanto terapéutico en los médicos clínicos, como son: el cáncer, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de

Alzheimer, los procesos autoinmunitarios –lupus, vasculitis, artritis reumatoide–, o los trastornos psiquiátricos tales como la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva, y otros muchos más.

Es factible presagiar que, los éxitos venideros de la medicina, surgirán del conocimiento más íntimo y más profundo de los mecanismos de la enfermedad.

Pero los avances en biología molecular y estructural y las maravillas de la inmunología y la genética, no tienen por qué hacernos desatender los múltiples aspectos de la psicología humana, la antropología y la sociología, que influyen en el mundo en que vivimos y que juegan un papel importante en la morbilidad y en la mortalidad final. Los factores relacionados con la conducta del individuo –alcoholismo, drogas, tabaquismo, violencia, suicidio y agresividad excesiva–, absorben más de la mitad del gasto destinado a la atención de la salud en los países desarrollados. Y, en la misma línea de pensamiento, la adopción de estilos de vida saludables, como una dieta más correcta y un ejercicio físico adecuado, son medidas que constituyen la piedra angular para atajar la preocupante epidemia de obesidad, de diabetes y de enfermedad coronaria –angor e infarto–.

Las actuaciones en la salud pública para inmunizar a la población, la minoración de las muertes por traumatismo, la lucha contra el abuso del alcohol, el tabaquismo y las drogas, deparan más beneficios para la salud que prácticamente cualquier otra intervención sanitaria.

Pero los progresos de la medicina, tanto los que provienen de la investigación básica, como los derivados de las ciencias que analizan el comportamiento poblacional o humano, deben conjugarse con la vertiente humanitaria característica de esta profesión; con los valores tradicionales que hacen del médico un valedor del paciente y su apoyo psicológico, que proviene de la profunda comprensión humana que debería impregnar todo el ejercicio de la medicina.

La dimisión profesional en la exquisita atención humanizada a los pacientes, puede derivar a que el médico, penosamente, pase a la simple consideración de un experto técnico en enfermedades.

En suma, el bienvenido progreso de la medicina, debería amasarse con una buena dosis de medicina basada en la comprensión humana del paciente y en la afectividad. Pues, a fin de cuentas, el médico es un ser humano que ayuda a otro a salir de un delicado trance, que es la enfermedad.

Ya Platón, hace más de 2.500 años, reconoció que una buena medicina clínica es el casamiento del conocimiento científico y el cuidado humano.

Pero, Sras. y Sres., ¿qué más se puede decir de la medicina? Además de constituir una profesión científica, humana, docta, enraizada en numerosas ciencias y en continuo e inusitado progreso, la medicina es también un arte y lo seguirá siendo. La combinación de conocimientos clínicos junto a la intuición, experiencia y juicio cognitivo, definen el arte de la medicina, tan necesario para practicarla, como la solidez de los conocimientos científicos.

En un día tan emblemático no quiero que pase más tiempo sin recordar vivamente a los que fueron mis maestros, pocos, pero inolvidables. Me enseñaron a ser médico y me incitaron a transmitir los saberes y los valores esenciales de la medicina, como un hilo conductor inherente a la auténtica vocación universitaria. Para todos, que se encuentran ya en el silencio de las sombras, mi más profundo respeto, recuerdo entrañable, gratitud y admiración eternas. Su obra y su testimonio, sin duda, impregnaron los muros de nuestra Facultad de Medicina, porque hicieron de su paso por la vida un ejemplo permanente de altruismo, vocación, entrega, nobleza, dignidad y talante universitario. Eran maestros tan enteros que sólo la muerte pudo arrebatarnos su incomparable magisterio que constituía un puro destilado de lógica, de razón y de arte de curar.

Me enseñaron también que la constancia y el trabajo no dañan, que la memoria alimenta el espíritu, que la voluntad forja el carácter y que, incluso las lágrimas de la vida pueden servir para germinar la grandeza.

Para terminar, Sras., y Sres., quiero manifestarles que siempre he deseado que en momentos como éste, pudieran hacerse realidad en mí, aquellas bellas frases con que Bertrand Russel comienza sus memorias. Escribió Russel: «tres pasiones simples pero abrumadoramente intensas han presidido mi vida: el ansia de amor al prójimo, la búsqueda permanente de la verdad y una insoportable piedad por los sufrimientos de los seres humanos».

He dicho.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Committee of evolution of clinical competence: Philadelphia. ABIM, 1994.
- ARMENGOL R. Conocer la muerte y consentirla. Revista de calidad asistencial 1999; 14: 693-7.
- BAYÉS R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca: 2001, p. 65.
- BOWEN J. L.: Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. N. Engl. J. Med. 2006; 355: 2217-2225.
- BRENNAN T., BLANK L., COHEN J.: Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. Ann Intern Med 2002; 1136: 243-246.
- BROGGI M. A. Gestión de valores en la práctica clínica.
– La información clínica y el consentimiento informado. Med. Clín (Barc.) 1995; 105: 218-20.
- BROGGI TRIAS M. A. El clínico y la esperanza del enfermo. Méd. Clín (Barc), 2010; 134 (5): 218-221.
- BURGESS M. M. The medicalization of dying. J. Phil Méd 1993; 18: 269-279.
- CONCERIO A. (ED). Bioética para clínicos. Madrid, Triacastela, 1999.
- GOLDMANN L. E., ANSIELLO D: Víctima de la medicina, el Enfermo y la profesión médica. In. Cecil. Tratado de Medicina Interna, volumen 1. pp. 3-5. (Barc.). Elsevier 2009.
- GRACIA D. Ética del final de la vida. En Farreras-Rozman. Ed. Elsevier (Barc) 2009.
– La relación clínica. Rev. Clín. Esp. 1992; 191: 61-63.
– Fundamentos de bioética. Eudema, 1989. Madrid.
- GRACIA D. JUDRZ, J. (eds). Bioética en la práctica clínica. Madrid Triacastela, 2004.
- GRACIA D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Méd. Clín (Barc) 1989; 93: 100-102.
- GRONDIN J. Del sentido de la vida. Barcelona: Herder; 2005, p. 80.
- ILLICH I. Némesis médica. La expropiación de la salud. México: Joaquín Mortiz- Planeta: 1978.

- JOVELL A. J. La confianza. (Barc): Plataforma editorial, 2007.
- JOVELL A. J., NAVARRO-RUBIO MD. Evaluación de la evidencia científica. Méd Clín (Barc) 1995; 105: 740-743.
- JOVELL A. J. La profesión médica: Los retos del milenio. Monografía Humanitas, nº 7. (Barc) Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004.
- KREEGERK. From bench to bedside. Nature 2003; 424: 1090-1091.
- LAÍN ENTRALGO P. El médico y el enfermo. Madrid; Triacastela, 2003.
- MARAÑÓN CABELLO A. Enseñar a ser médico. EDUC MED 2008; (supl 1): 57-59.
- La medicina actual: luces y sombras. Méd Clín (Barc) 2004; 122-623.
- MERKEL W. T., MARGOLIS R. B., SMITH R. C.: Teaching humanistic and psychosocial aspects of care: current practices and attitudes. J. Cen. Intern. Med. 5:34, 1990.
- MODELLO MUÑOZ J., PUJOL-ROBINAT A., ARIMANY MANSO J., Aspectos médico- legales de la responsabilidad profesional médica. Méd. Clín (Barc) 2006; 126: 152-156.
- NULAN S. B. Cómo morimos. Madrid. Alianza; 1993, p. 212.
- OLIVEIRA FUSTER G. Manual de nutrición clínica y dietética. 2ª edición. Madrid; Ediciones Díaz Santos, 2007.
- ORIOI BOSCH A, PARDELL ALENTE H. La profesión médica: los retos del milenio. Monografías Humanitas, nº 7. Barcelona. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004.
- ORTIZ VÁZQUEZ J.: Encarnizamiento terapéutico, ensañamiento diagnóstico y medicina a la defensiva. Rev. Clín. Esp. 1995; 11: 68-76.
- PUERTA J. L.: Reflexiones en torno a cinco hitos de la historia de la medicina que ayudan a comprender la práctica médica actual. Volumen 1. p.p XLI-XLIX. Rodés y Guardia.
- RODÉS J., TRILLA A. Investigación Clínica: Del laboratorio al paciente. Méd Clín (Barc) 2003; 121: 189-191.
- ROZMAN C. Bases semiológicas generales. En Rozman C, ed. Semiología y métodos de exploración en Medicina. (Barc): Salvat Editores, 1986.

ROZMAN C. Fundamentos de la práctica médica hoy y mañana. En *Medicine Interne*. Harcourt 2000; 7-9.

- Fundamentos de la práctica médica. En Farreras-Rozman (Barc) 2009: 3-6. Elsevier.
- Tratamiento. In *Medicine Interne*. Tomo I, p. 6-7. Farreras-Rozman (Barc), 2009, Elsevier, España.
- Reflexiones sobre la investigación biomédica en España. *Méd. Clín*. (Barc) 2003; 120: 19-23.

SANZ ORTIZ J., PASCUAL LÓPEZ A.: ¿Qué haría usted ante un paciente en situación terminal? *Med Integral* 1995; 25: 400-406.

- ¿Qué es bueno para el enfermo? *Méd. Clín* (Barc) 2002; 119: 18-22.
- ¿Es posible gestionar el proceso de morir? *Voluntades anticipadas*. *Med. Clín*. (Barc) 2006, 126: 620-623.
- En cuidados paliativos. Farreras-Rozman. *Medicina Interna*, pp 42-43. Vol I. Editorial Elsevier XV. Pd.
- Final de la vida ¿puede ser confortable? *Med. Clín* (Barc) 2001, 116: 186-190.

SCHERR L., FARBER S. J., HILDRETH E. A.: American College of Physicians Ethics Manual. Part 1: History; the patient; other physicians. *Ann Intern med* 111: 145, 1989.

SHERIDAN D. Reversing the decline of academic medicine in Europe. *Lancet*; 2006; 367: 1698-1701.

STEINBOCK B., NORCROSS A., eds. *Killing and letting Die*. 2ª ed. Nueva York, Fordham University Press, 1994.

STERN D. J., PEPADAKIS M. The developing physician – becoming a professional. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355: 1794-1798.

VATS A., BIELBY R. C., TOLLEY N. S., NEREM R, POLAK J. M. Stem Cells. *Lancet* 2005; 336:592-602.

WADMAN M. Them and us no longer. *Nature* 2006;439:779-780.

ADDENDA

BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los adelantos científicos y tecnológicos en medicina han creado dilemas éticos sin precedentes. La revolución que nos espera en medicina molecular, generará problemas éticos adicionales. La ética clínica ha surgido como un nuevo componente útil del ejercicio de la medicina ya que hace hincapié en los aspectos técnicos y éticos que son inseparables en la práctica clínica. Por todo ello, los aspectos éticos en medicina deben constituir un componente importante de la educación médica, el ejercicio clínico, la investigación biomédica y la evolución del sistema de atención a la salud.

La ética clínica ha surgido como una disciplina práctica que contribuye a mejorar la atención a los pacientes. Se enfoca en la importancia central que tienen las preferencias y opciones del enfermo en la relación médico-paciente y en las obligaciones morales de los facultativos, como la necesidad de ser honestos, competentes, compasivos y mostrar respeto a la persona.

En una antigua edición del Cecil, un conocido texto de Medicina Interna, su director el Dr. Walsh McDermott escribía el siguiente párrafo: «Las responsabilidades de la Medicina son tres: generar los conocimientos científicos y enseñarlos a otros, usar los conocimientos para la salud del individuo o de toda la comunidad, y juzgar la propiedad moral y ética de cada acto médico. Esta última no se explica en los libros de texto. No obstante, nadie podría ingresar en la profesión médica sin hacerse vívidamente consciente de la tradición»... La labor del médico está siempre en relación con la ética. Sus actitudes y sus deci-

siones no pueden dejar de incorporar principios, valores y finalidades humanas. Sin embargo para la Medicina actual han pasado ya los sencillos tiempos en que todo estaba claro y pre-establecido. Nuevos desarrollos tecnológicos y sociales han obligado a replantear los viejos esquemas y los médicos se encuentran en la necesidad de someter a examen sus actitudes tradicionales y tomar decisiones evaluando en cada caso las alternativas posibles. La nueva disciplina denominada bioética se ocupa de estudiar todo este cúmulo de problemas que en gran medida son inéditos.

El término bioética es muy reciente. El oncólogo Rensselaer van Potter lo utilizó por primera vez en un artículo científico en 1970 y posteriormente en 1971 en el primer capítulo del libro titulado: «Bioethics: Bridge to the Future» donde reflexiona sobre los retos que plantea el desarrollo de la biología a nivel medioambiental y de población mundial; y en la actualidad sirve para designar un campo de actividades bien establecido que tiene ya cultivadores eminentes, instituciones importantes y revistas de amplia difusión.

La bioética como disciplina no se identifica con la deontología médica clásica, definida como tratado de los deberes profesionales; el término deontología procede del griego (*deon-thos*, deber y *logos*, tratado), ni discurre al modo de las éticas tradicionales de orientación religiosa o metafísica (imperativo categórico de Kant). Intenta proporcionar métodos para el análisis y la resolución de los problemas que se plantean en el ejercicio de la medicina actual, así como una fundamentación para las normas de actuación profesional. Insiste en señalar los componentes éticos y valorativos que encierran las diferentes alternativas y los cursos de acción posible. Su finalidad es, pues, clínica aplicada y pretende enmarcarse en el ámbito de las teorías de la decisión racional en situaciones de incertidumbre. Para Reich, la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales. Durand, por su parte, considera que la bioética es la búsqueda ética aplicada

a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico. La bioética como disciplina ha de cumplir ciertos requisitos para poder ser universalmente aceptada, entre ellos destacan los siguientes:

- Una ética civil, no directamente religiosa.
- Una ética pluralista que acepte la diversidad de enfoques existentes en la sociedad, especialmente en la sociedad occidental.
- Una ética racional, tanto en el establecimiento de los principios éticos como en la evaluación de las consecuencias de cada decisión concreta.

Entre los motivos históricos que explican el gran desarrollo de la bioética médica destacan los siguientes:

- El progreso de la tecnología médica, nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos que pueden permitir el mantenimiento artificial de las funciones vitales (encarnizamiento terapéutico), manipulación genética, etc.
- Cambios ocurridos en la sociedad como el consumismo, rechazo al dolor y negación de la muerte, movimiento a favor de los derechos humanos, ideología de género, ecologismo, etc.
- Transformación de la relación médico-paciente pasando del antiguo modelo paternalista al principio de autonomía del paciente en la toma de decisiones a través del consentimiento informado.

LOS GRANDES PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

En el libro IV de *La Jurisprudencia*, Platón describió al médico excelente como aquél que «...trata las enfermedades analizando los problemas a fondo desde el principio de una manera científica y que se gana la confianza del paciente y la familia. Por tanto, aprende algo sobre el individuo que su-

fre... no prescribe tratamiento hasta que se ganó el apoyo del paciente, y cuando lo hace, siempre procura restablecer por completo la salud persuadiendo al paciente para que siga las instrucciones...».

Los códigos deontológicos tradicionales, como el juramento hipocrático, habían recordado a los médicos la necesidad de actuar según los principios de no maleficencia –primun non nocere– y de beneficencia –máximo beneficio para el enfermo–.

La bioética actual ha reconocido la necesidad de armonizar los principios clásicos con otros dos como el de autonomía del enfermo –para decidir sobre sí mismo– y el de justicia –equidad en la distribución de los recursos–.

En la tabla I se resumen estos principios básicos de la bioética.

TABLA 1. Los principios bioéticos aplicados

<p>Autonomía –respeto por las personas–</p>	<p>Tratar a las personas como seres autónomos y respetar sus opiniones y elecciones. Antes de incluir a una persona en un proyecto de investigación debe obtenerse su consentimiento voluntario.</p> <p>El consentimiento requiere una información adecuada y verificar su comprensión –consentimiento informado–.</p> <p>Los sujetos que no sean autónomos o competentes –p. ej., menores o personas en coma– deben ser protegidos y se necesitará el consentimiento de sus representantes o tutores.</p>
<p>Justicia</p>	<p>Tratar a todos los seres humanos con igual consideración y respeto.</p> <p>No establecer diferencias entre los humanos excepto las que redunden en beneficio de todos y en especial de los menos favorecidos.</p>

TABLA 1. **Los principios bioéticos aplicados** (Continuación)

<p>Justicia</p>	<p>Debe haber imparcialidad en la distribución de los cuidados y recursos, por ello se deben distribuir los beneficios y las cargas de la investigación.</p> <p>En los experimentos debe haber una selección no discriminativa de los sujetos al tiempo que se protege a las poblaciones vulnerables –no autónomas o no competentes–.</p> <p>Habrá que establecer indemnizaciones por los daños derivados de la investigación.</p>
<p>Beneficencia</p>	<p>Procurar favorecer a los sujetos de la investigación y exponerlos a los mínimos riesgos.</p> <p>Debe intentarse maximizar los beneficios previsibles y minimizar los posibles riesgos o incomodidades.</p> <p>Intentar prevenir los daños.</p> <p>Se requiere una buena fundamentación científica antes de iniciar la nueva investigación –estudios previos en animales o humanos–.</p> <p>Exige una cuantificación del posible riesgo –mínimo, mayor que el mínimo–.</p>
<p>NO maleficencia</p>	<p>No se debe hacer daño o mal a las personas, ni aun cuando lo soliciten. Incluir a personas en una investigación científica que no va a tener validez científica puede considerarse maleficiente.</p> <p>La validez científica requiere una hipótesis experimental fundada y plausible, corrección metodológica en el diseño y durante la ejecución del estudio, y la inclusión de un número de sujetos que permita extraer conclusiones.</p>

La ética clínica enseña a los médicos conceptos sobre una amplia gama de aspectos específicamente éticos; a saber: autorización informada, órdenes para no reanimar, decisiones para dar término a la vida, instrucciones por anticipado y restricciones de terceras partes sobre la autonomía tanto de pacientes como de médicos, que surgen cada vez con más frecuencia en el ejercicio de la medicina actual.

La ética clínica resalta que, en la práctica de una buena medicina clínica, los facultativos deben combinar sus habilidades científicas y técnicas con preocupaciones éticas por las preferencias y valores personales del paciente que busca su ayuda; también proporciona un método estructurado para la toma de decisiones que ayuda a los médicos a identificar, analizar y resolver dilemas éticos clínicos.

Se inicia con el encuentro entre paciente y médico, que establece la relación entre ambos e impone requisitos morales rigurosos en el profesional, incluyéndose la necesidad de honestidad, capacidad, compasión y respeto por el paciente. Más allá de estos preceptos morales fundamentales, ayuda a los médicos a incluir una amplia gama de problemas específicamente éticos, por ejemplo, consentimiento informado, decisiones para terminar la vida, distribución de recursos escaso, confidencialidad, e interferencia de terceras personas con la autonomía de pacientes y médicos, problemas que surgen con frecuencia cada vez mayor en la práctica de la medicina actual de alta tecnología. Para el futuro previsible, el problema crítico para los pacientes interesados y los médicos conscientes, será equilibrar los derechos y responsabilidades de ambos en una época en que cambian con rapidez los valores y expectativas sociales, y se regulan y legislan cada vez más, las relaciones entre pacientes y médicos. A la luz de dichos cambios, la ética clínica puede ayudar a pacientes, médicos y la sociedad a lograr una nueva disposición éticamente aceptable, porque resalta las dimensiones morales del encuentro entre el paciente y médico; un encuentro que permanece como el acontecimiento central e inalterable en la medicina.

En el momento actual, la relación entre pacientes y médicos ha adoptado un tono más igualitario. Se ha pasado de una relación asimétrica, vertical y paternalista, a una relación horizontal entre dos seres humanos. La relación médico-paciente se ha racionalizado, pero los problemas éticos se han multiplicado.

La mayor parte de las decisiones clínicas en la actualidad, se toman mediante un proceso de toma de decisiones compartidas en la cual los médicos proporcionan información y orientación que permite a los pacientes adultos competentes, tomar sus propias decisiones con base en sus preferencias personales, valores y metas. Los adultos competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rehusar atención médica recomendada por los facultativos, lo cual incluye tratamientos para sostener la vida. Los enfermos controlan su propia atención a la salud. En general, aceptan las recomendaciones de su médico porque ambos comparten la misma meta; mejorar el estado de salud del paciente, y porque éste, por lo general, cree y tiene confianza, tanto en la capacidad técnica del facultativo, como en su capacidad de interesarse por él como persona.

El proceso clínico ético de toma de decisiones compartidas se refleja en la doctrina legal de la autorización informada, esto es, como la aceptación voluntaria por parte de un paciente competente de un plan de atención médica, una vez que el facultativo explica adecuadamente el plan propuesto, sus riesgos y beneficios y los enfoques alternativos. El proceso de *autorización informada* se aplica, no sólo a los procedimientos quirúrgicos invasores, sino a toda decisión clínica. Es más, las normas legales y éticas de autorización informada, no son satisfechas únicamente con obtener la firma del paciente en un formato de autorización, sino que requieren un proceso de comunicación efectiva y educación entre médico y paciente.

El derecho del paciente a participar en las decisiones de *tratamiento está bien reconocido en la ley, la filosofía, las políticas y el ejercicio clínico*. Quizá, la declaración *legal* más clara de este derecho fue enunciada, en 1914, por Justice Cardozo:

«todo ser humano adulto y en sus cabales, tiene el derecho de determinar qué debe hacerse con su propio cuerpo».

El derecho *filosófico* de los pacientes para controlar su propia atención médica, está basado en el principio de la autonomía del individuo. En la década de 1980, una comisión presidencial de Estados Unidos declaró que el respeto a las preferencias del paciente, debe ser la base de la política pública en la ética médica. Por otra parte, las experiencias clínicas indican que el facultar a los pacientes para que participen en su propia atención a la salud, permite lograr un mejor resultado funcional en diversas enfermedades crónicas.

Para los fines de la autorización informada, la revelación debe incluir los estudios diagnósticos y tratamientos propuestos, sus riesgos y beneficios y posibles enfoques alternativos.

Otro aspecto de la información tiene que ver con revelar a los pacientes los hechos sobre diagnósticos desfavorables como el cáncer metastásico y sus pronósticos. La norma médica actual estriba en ser honesto con los pacientes y no ocultarles las malas noticias. El derecho de un paciente a conocer un diagnóstico desfavorable, aunque no se planteen pruebas o tratamientos adicionales, está basado en el principio ético de respeto a las personas, y en la promesa implícita de los médicos de ser honestos en sus relaciones con el paciente. Desde luego, la verdadera habilidad clínica para decir los hechos o informar sobre nuevas noticias a un paciente, conlleva determinar con exactitud cuales son los hechos en un caso particular y entonces decidir, cómo y cuándo deberán comunicarse de una manera sensible que no destruya las esperanzas del paciente.

La capacidad para tomar decisiones, un concepto clínico, es uno de los problemas éticos centrales en la atención clínica. Competencia es el concepto legal paralelo. Los pacientes deberán tomar las decisiones para su propia atención a la salud –con base en el principio de autonomía–, en tanto que aquellos en quienes se ha establecido que carecen de la misma, deberán ser protegidos de tomar malas decisiones y, a veces, irreversibles –con base en el principio de beneficencia–. La capa-

cidad de toma de decisiones es un estado dinámico y puede cambiar con rapidez según la evolución de la enfermedad.

Una *instrucción por anticipado*, –que a veces se denomina *voluntad en vida*–, es un documento escrito que contiene las preferencias de una persona acerca del tratamiento que debe recibir, o no, para el mantenimiento de su vida.

Con la posible excepción de la autorización informada, ningún aspecto de la ética clínica ha sido analizado tan a fondo, como las decisiones para el final de la vida. Este sigue siendo un problema difícil y confuso, tanto para los médicos, como para los individuos.

El derecho de los pacientes para declinar las actuaciones médicas es también aplicable para el tratamiento encaminado en el mantenimiento de la vida en las situaciones terminales.

La eutanasia y el suicidio asistido están vetados en casi todos los sistemas legales del mundo. La eutanasia se define como una acción que conduce directamente a la muerte de un paciente, por ejemplo, una inyección de cloruro potásico. El suicidio asistido consiste en proporcionar a los pacientes fármacos, como dosis altas de barbitúricos, que provocan la muerte del enfermo.

En contra de lo que cabría esperar, los datos indican que no existe dolor físico alguno que motive una solicitud de eutanasia o de suicidio asistido, sino más bien un sufrimiento psicológico, especialmente la depresión y la falta de esperanza.

Como afirma Diego Gracia: «la barrera que separa el matar del *dejar morir* debe respetarse lo mas posible, es decir, debe promoverse la utilización de todos aquellos procedimientos que no consistan en actos directos realizados en el cuerpo del paciente con la intención directa de poner fin a su vida». En el caso de los enfermos terminales este es el caso de los cuidados paliativos y de la sedación terminal. La tesis actual es que con estos procedimientos pueden resolverse la mayoría de las situaciones que se han considerado tributarias de eutanasia.

Como afirma Diego Gracia, se considera que sólo las grandes lesiones del sistema nervioso central o de la médula espinal, escapan a un adecuado control con los procedimientos citados. De ahí que, incluso para los partidarios de la eutanasia, ésta debería quedar reducida a muy pocos casos, y siempre excepcionales. Como ya se señaló anteriormente, los problemas éticos del final de la vida, no pueden ni deben resolverse como sustenta Diego Gracia, por la vía de la eutanasia, sino por la mejora de la calidad de la asistencia a los enfermos, a través del adecuado control de los síntomas, una buena comunicación con el paciente y el necesario apoyo emocional.

La declaración de la Asociación Médica Americana condena la eutanasia ya que la considera incompatible con los fines propios de la profesión médica y permite, en cambio, la suspensión de tratamientos cuando el paciente o sus familiares así lo solicitan y la muerte está próxima. Es decir que se condena moral y profesionalmente *el matar*, incluso por piedad y se contemplan las condiciones que hacen permisible el *dejar morir*.

Los médicos que atienden a pacientes terminales sufren retos en todas las dimensiones de su persona. ¿Qué hace el médico con sus sentimientos de pérdida, acumulados como prestador de servicios? ¿Cómo se establece el equilibrio en la esfera emocional cuando se ha perdido una dedicación importante? ¿A qué costo? ¿Para quién? ¿Los encuentros profesionales con la muerte dejan una necesidad de engrosar los recubrimientos de defensa, un distanciamiento emocional, intelectualización y actuación como espectador? Para el facultativo, es un privilegio poder ayudar a los pacientes en su desarrollo hacia la comprensión de la realidad en estas situaciones. Cuando el médico reconoce su verdad por sí mismo, es una fuente de crecimiento personal.

El comienzo y el final de la vida concentran la mayor parte de los problemas éticos de la medicina. Es consustancial con nuestra profesión el respeto de la vida de los seres humanos, aún en situaciones muy adversas. Como ya se anticipó, el médico debe proteger especialmente a los seres humanos que se

encuentran en los extremos del camino de la vida, en los segmentos más débiles y vulnerables, desde el embrión hasta el más decrepito anciano.

El lenguaje y contenido de la ética clínica se ha adoptado no sólo por pacientes, médicos y educadores médicos, sino también por economistas de la salud, gestores de hospitales, legisladores y jueces.

Los educadores médicos reconocen la importancia de combinar la excelencia técnica, con la sensibilidad ética para los objetivos de cada paciente.

Platón reconoció la importancia de este hecho hace más de 2.500 años cuando, en el Libro IV de las Leyes, describió al médico excelente como uno que «... trata la enfermedad recorriendo de una forma científica y completa desde el inicio, confiando en el paciente y en su familia. En consecuencia aprende algo de quien sufre... no prescribe hasta que se ha ganado el apoyo del paciente y cuando lo ha hecho, se dirige con resolución a proporcionar el restablecimiento completo de la salud, persuadiendo a quien sufre, a que se adapte...». La mejor medicina clínica dice Platón, se logra cuando el paciente y el médico han establecido una relación en la que se integran los aspectos técnico y humano de la atención. La práctica de la medicina ética en el siglo XXI no requerirá nada más, pero no exigirá nada menos.

Se argumenta con frecuencia que los médicos del siglo XXI afrontan dilemas bioéticos generados por los modernos avances de la tecnología médica, los antibióticos, diálisis, trasplantes, y unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, lo cierto es que la preocupación sobre los aspectos éticos es tan antigua como la práctica de la medicina. El Juramento Hipocrático planteado alrededor de 400 a. C., atestigua la necesidad que sentían los antiguos médicos griegos de tener una guía para abordar los numerosos dilemas a los que se enfrentaban. El Juramento aborda temas de confidencialidad, aborto, eutanasia, honestidad del médico y, al menos de forma implícita, la atención altruística.

Otros trabajos hipocráticos abordan asuntos como la suspensión del tratamiento en pacientes moribundos, y la necesidad de decir siempre la verdad. Es decir, que gran parte de los problemas bioéticos, no han sido creados por la tecnología, sino que son inherentes a la práctica médica. La tecnología puede haber incrementado estas situaciones y puede haber cambiado el contexto en el que aparecen pero, no cabe duda, que existen cuestiones bioéticas que son intemporales.

Los futuros médicos deben recibir en enseñanza sobre los cuatro grandes principios que imperan a la hora de abordar dilemas bioéticos: autonomía, no maledicencia, beneficencia y justicia. La autonomía sustenta la idea de que las personas tienen derecho y libertad para elegir, perseguir, y revisar sus propios planes de vida. La no maledicencia representa la idea de que las personas no deben ser dañadas o lesionadas a sabiendas; este principio está contemplado en la conocida frase de que el médico tiene como primera obligación la de *no dañar, primum non nocere*.

Aunque la no maledicencia se refiere a evitar perjuicios, la beneficencia se refiere a las acciones positivas que el médico debe llevar a cabo para favorecer el bienestar de sus enfermos. Finalmente, el principio de la justicia consiste en la distribución equitativa de cargas y beneficios.

Pero como afirma Emanuel, «existen otros principios y valores éticos fundamentales como la solidaridad comunitaria, la confianza, y la integridad profesional que son también importantes en bioética, pero no están contempladas en estos cuatro principios». En suma, en la práctica de la medicina, surgen numerosos dilemas bioéticos, como los problemas genéticos, las opciones sobre la reproducción, y la suspensión del tratamiento médico. En la práctica clínica, los problemas más frecuentes giran en torno al consentimiento informado, la interrupción de los tratamientos de asistencia vital, la eutanasia y el suicidio con ayuda médica.

Un tema importante y que merece una especial consideración, es el referente a los cuidados paliativos del enfermo. El

cuidado paliativo tiene como fin mejorar la calidad de vida cuando ya no es posible el tratamiento encaminado a la curación y prolongación de la vida. Sus objetivos son aliviar el sufrimiento, lograr la comodidad del paciente y apoyarle emocionalmente.

El control esmerado del dolor y de otros síntomas y la consideración detallada de los aspectos psicosociales y espirituales, debería caracterizar a la asistencia médica que se brinda a partir del momento del diagnóstico. Cuando se descuida este matiz hasta las fases finales de la enfermedad, los problemas se hacen cada vez más difíciles de controlar. La prevención vigilante de los síntomas y la adecuada atención a los factores no físicos que contribuyen al sufrimiento, condicionan una mejor calidad de vida y menores requerimientos de fármacos.

Las informaciones claras de los síntomas y de las opciones terapéuticas por parte del médico, tranquilizan mucho al paciente y a su familia.

APÉNDICE¹

COMITÉS INSTITUCIONALES DE BIOÉTICA

Los comités de bioética son grupos multidisciplinares de personas escogidos dentro de la institución para deliberar sobre cuestiones de ética clínica.

Las funciones que cumplen estos comités son las siguientes:

- Función consultiva con el objetivo de asesorar y ayudar en la toma de decisiones.
- Función educativa como asumir iniciativas para la formación del resto del personal sanitario.
- Establecimiento de directrices y normas de actuación.

La composición y el número de miembros de un comité varían según las circunstancias. Habitualmente un comité cuenta entre sus miembros con representantes de los siguientes estamentos: médicos, diplomados de enfermería, asistentes sociales, abogados y representantes de la comunidad.

Los comités asistenciales de ética han sido definidos como comisiones consultivas, con carácter interdisciplinario, creadas para analizar y asesorar en la solución de los posibles conflictos éticos que se presentan en el ejercicio clínico y con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia sani-

¹ En este apartado, el lector puede consultar las recomendaciones de los comités de expertos y las normas jurídicas sobre bioética.

taria. A este respecto, las funciones atribuidas a estos comités son:

- Proteger los derechos de los pacientes.
- Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que plantean conflictos éticos entre sus intervinientes: personal sanitario, los pacientes o usuarios y las instituciones.
- Colaborar en la formación en bioética de los profesionales del hospital y del área de salud, y muy en particular, en la de los miembros del comité.
- Proponer a la institución protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.

A continuación, en las páginas que siguen, se recogen una serie de documentos como el Juramento Hipocrático, Las diez reglas de Nuremberg, la Declaración de Ginebra de 1948, la Declaración de Helsinki –revisión de 1983–, la Carta de Derechos del paciente de la Asociación Médica de Hospitales de 1973, los Derechos de los pacientes –artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 1986–. Los principios de la Investigación Médica en seres humanos. Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa y el Convenio para la protección de los derechos humanos y dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina; así como el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa de 1997, que recogen los principios expuestos en los párrafos anteriores.

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Juro por Apolo médico, por Esculapio y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y a todas las diosas, que yo, con todas mis fuerzas y pleno conocimiento, cumpliré enteramente este Juramento.

Estimaré como a mis progenitores a aquel que me enseñó este arte, haré vida común con él y si es necesario partiré con él mis bienes; consideraré a sus hijos como hermanos míos y les enseñaré este arte sin retribución ni promesa escrita, si necesitan aprenderlo. Dejaré participar en las doctrinas e instrucciones de todas las disciplinas, en primer lugar a mis hijos, luego a los hijos de mi maestro y luego a aquellos que con escrituras y juramentos se declaren discípulos míos, y a ninguno más fuera de éstos.

Por lo que respecta a la curación de los enfermos, ordenaré la dieta según mi mejor juicio y mantendré alejados de todos ellos, todo daño y todo inconveniente. No me dejaré inducir por las súplicas de nadie, sea quien fuere, a propinar veneno, o a dar mi consejo en semejante contingencia. No introduciré a ninguna mujer una prótesis en la vagina para impedir la concepción o el desarrollo del niño. Conservaré puros mi vida y mi arte. No practicaré la operación de la piedra, que dejaré para quienes saben practicar cirugía.

En cualquier casa que penetre, lo haré para el bien de los enfermos, evitando todo daño voluntario y toda acción injusta; no me mancharé por voluptuosidad con contactos de mujeres o de hombres de libertos o esclavos.

Lo que en el ejercicio de la profesión, y aún fuera de ella, viere u oyere acerca de la vida de las personas y que no deba alguna vez ser revelado, callaré, considerándolo secreto.

Si mantengo perfecta e intacta fe a este Juramento, que me sea concedida una vida afortunada y la futura felicidad en el ejercicio del arte, de modo que mi fama sea alabada en todos los tiempos. Pero si faltara al Juramento o hubiere jurado en falso, que ocurra lo contrario.

LAS DIEZ REGLAS DE NUREMBERG

- Consentimiento voluntario del sujeto dotado de la capacidad legal de consentir, sin constricción de ninguna clase y con

conocimiento detallado de la naturaleza y de los riesgos del experimento. El experimentador no puede delegar su responsabilidad a ese respecto.

- El experimento debe ser necesario e imposible de realizar en otra forma.
- Debe ser preparado por experimentos en animales y una investigación profunda de la cuestión en estudio.
- Debe evitarse todo sufrimiento y todo daño innecesario.
- No debe presuponer la muerte o la invalidez del sujeto, salvo en el caso de autoexperimentos.
- Los riesgos no deben exceder el valor eficaz real.
- Debe esforzarse por evitar todo daño eventual.
- El experimentador debe ser cualificado.
- El sujeto debe poder interrumpir el experimento.
- El experimentador debe estar presto a interrumpirlo en caso de peligro.

DECLARACIÓN DE GINEBRA

Fue adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrada en Ginebra en septiembre de 1948, destinada a ser leída por los médicos en el momento de su graduación.

- En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:
- Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

- Otorgar a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen.
- Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente.
- Velar ante todo por la salud de mi paciente.
- Guardar y respetar los secretos a mí confiados, incluso después del fallecimiento del paciente.
- Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.
- Considerar como hermanos a mis colegas.
- No permitir que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente.
- Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aún bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.
- Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

La misión del médico se fundamenta en la protección de la salud de las personas. Sus conocimientos y su conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial obliga al médico con las siguientes palabras: «La salud de mi paciente será mi mayor preocupación». El Código Internacional de Ética Médica declara que «el médico cuando proporcione cuidados que puedan debilitar las condiciones físicas o mentales de un paciente, deberá actuar únicamente en interés del enfermo».

En lo que respecta a los objetivos de la investigación biomédica en el ser humano se indica que deben servir para mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos y en obtener mayores conocimientos acerca de la etiología y la patogenia de las enfermedades. Pues, el progreso médico se fundamenta, en gran parte, en la investigación.

Hay que observar precauciones especiales en la realización de experiencias que puedan afectar el medio ambiente y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en investigación.

Habida cuenta que es esencial que los resultados experimentales puedan ser aplicados en beneficio de los seres humanos, se han elaborado una serie de recomendaciones aplicables a la investigación biomédica.

A este respecto, los *principios básicos* son los siguientes:

- La investigación biomédica debe seguir los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos de laboratorio y en animales, adecuadamente realizados y en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- El diseño y la realización de cualquier experimento que incluya seres humanos debe hallarse claramente definido en un protocolo experimental, el cual debe ser sometido a la consideración de un comité independiente y constituido con esta finalidad, a fin de que proporcione sus comentarios y recomendaciones.
- La investigación médica, en la que se hallen implicados seres humanos, debe ser realizada por individuos científicamente cualificados y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
- La investigación biomédica en seres humanos sólo es legítima cuando la importancia del objetivo es proporcional al riesgo inherente para el sujeto.

- Cualquier proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por una cuidadosa evaluación de los riesgos y de los beneficios predecibles para el mismo sujeto o para otros. La preocupación por los intereses del individuo debe prevalecer siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- El derecho del sujeto de la investigación respecto a la salvaguarda de su integridad debe ser siempre respetado. Se deben tomar todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad del sujeto y para reducir al mínimo las complicaciones del estudio.
- Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos, excepto si están convencidos de que los riesgos implicados pueden considerarse predecibles. Se deberá interrumpir la investigación si se comprueba que los riesgos superan a los posibles beneficios.
- Al publicar los resultados de sus investigaciones, el médico está obligado a asegurar la precisión de los mismos. Los informes relativos a experimentos que no se hayan realizado de acuerdo con los principios reflejados en esta Declaración, no deberían ser aceptados para su publicación.
- En toda investigación en seres humanos, cada sujeto que potencialmente pueda someterse a la misma, debe ser informado de los objetivos, métodos, posibles beneficios y posibles riesgos del estudio.
- Al obtener el consentimiento informado para un proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso en lo referente a si tiene una relación de dependencia con él o si puede otorgar su consentimiento bajo presión.
- En caso de inhabilitación legal, el consentimiento informado debe ser obtenido del tutor legal de acuerdo con la legislación. Cuando por incapacidad física o mental no sea posible obtener el consentimiento informado o cuando el sujeto sea

menor de edad, el permiso del familiar responsable reemplaza al sujeto.

- El protocolo de investigación debe contener siempre una exposición de las consideraciones éticas implicadas y debe mencionar que cumple con los principios enunciados en esta Declaración.

INVESTIGACIÓN MÉDICA ASOCIADA A ASISTENCIA MÉDICA –INVESTIGACIÓN CLÍNICA–

- En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe ser libre de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si en su opinión ello constituye una posibilidad de salvar la vida, recuperar la salud o aliviar el sufrimiento.
- Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo método deben ponderarse respecto a las ventajas de los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles y más adecuados.
- En cualquier estudio médico, todos los pacientes incluyendo los del grupo de control, en caso que exista– deben disponer de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos.
- El que un paciente rechace participar en un estudio nunca debe constituir una interferencia en la relación médico-paciente.
- Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del paciente, los motivos específicos para ello deben constar en el protocolo experimental para ser considerados por un comité independiente
- El médico puede combinar investigación médica con atención profesional, con el objetivo de obtener nuevos conocimientos médicos, sólo en cuanto la investigación médica se halle justificada por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA SIN FINALIDAD TERAPÉUTICA EN SERES HUMANOS –INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO CLÍNICA–

- Al realizar investigación médica en seres humanos con fines puramente científicos, el médico tiene el deber de continuar protegiendo la vida y la salud de la persona en la que se realiza la investigación biomédica.
- Los sujetos de la investigación serán voluntarios, bien personas sanas, bien enfermos afectados de un proceso patológico que no se halla relacionado con el diseño experimental.
- El investigador o el equipo de investigación debe interrumpir el experimento si a su juicio puede resultar perjudicial para el individuo en caso de continuarlo.
- En la investigación en los seres humanos, el interés de la ciencia o de la sociedad nunca debe prevalecer sobre las consideraciones relativas al bienestar del sujeto.

CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE²

Asociación Americana de Hospitales

- El paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa.
- El paciente tiene derecho a obtener de su médico la información completa disponible sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos que sean comprensibles por el paciente.
- Cuando no sea médicamente aconsejable dar al paciente tal información, ésta deberá ser proporcionada en su lugar a alguna persona adecuada. El paciente tiene el derecho a

² Aprobada el 6 de febrero de 1973. Tomada de: Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989, pp. 174-6.

conocer el nombre del médico responsable de la coordinación de su asistencia.

- El paciente tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para otorgar el consentimiento informado antes del inicio de cualquier prueba o tratamiento. Excepto en caso de urgencia esta información para el consentimiento informado debe incluir, pero no tiene por qué hallarse limitada a ello, la prueba específica y/o tratamiento, los riesgos significativos desde el punto de vista médico que conlleva y la probable duración de la incapacidad. Cuando existen diferentes alternativas médicas para la asistencia o tratamiento, o el paciente solicita información sobre las mismas, el paciente tiene derecho a tal información. El paciente tiene también el derecho a conocer el nombre de la persona responsable de las pruebas y/o tratamientos.
- El paciente tiene el derecho a rechazar el tratamiento, en los límites permitidos por la ley, y a ser informado sobre las consecuencias médicas de su acción.
- El paciente tiene el derecho a que se respete su privacidad en todo lo relacionado con su propio programa de asistencia médica. El análisis del caso, la consulta, la exploración y el tratamiento son confidenciales y deben ser efectuados discretamente.
- El paciente tiene el derecho a esperar que toda la información y los protocolos sobre su asistencia sean considerados confidenciales.
- El paciente tiene el derecho a esperar que, en la medida de sus posibilidades, cada hospital dé una respuesta razonable a la petición de servicios por parte de un paciente. El hospital debe proporcionar evaluación, servicio y/o traslado, según lo aconseje la urgencia del caso. Cuando sea médicamente posible, un paciente puede ser trasladado a otro centro, pero sólo tras haber recibido completa información y explicaciones sobre las necesidades y alternativas de tal traslado.

- El paciente tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación del hospital con otros centros asistenciales e instituciones educacionales, en todo lo que esté relacionado con su asistencia.
- El paciente tiene el derecho a esperar una razonable continuidad en su asistencia, así como el de ser informado por su médico.

El paciente tiene derecho a conocer las reglas y reglamentaciones del hospital que se refieren a su conducta como paciente.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

ARTÍCULO 10 DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD –1986–

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente, y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

- A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
- A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
- A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados anteriormente, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria.
- A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
- A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.

- A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
- A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo, y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de salud.
- A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN MÉDICA EN SERES HUMANOS. RECOMENDACIÓN DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA

Ámbito y definición

Para la aplicación de estos principios, investigación médica significa cualquier ensayo o experimento efectuado en seres humanos, cuyo propósito o uno de cuyos propósitos es incrementar el conocimiento médico.

Principio 1

La investigación médica debe efectuarse en el marco de un plan científico y de acuerdo con los siguientes principios.

Principio 2

- En la investigación médica, los intereses y el bienestar de la persona sometida a investigación médica deben prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- Los riesgos que afectan a la persona sometida a investigación médica deben mantenerse en un nivel mínimo. Los

riesgos no deben ser desproporcionados a los beneficios para dicha persona o a la importancia de los objetivos de la investigación.

Principio 3

- No puede realizarse ninguna investigación médica sin el consentimiento informado, libre expreso y específico de la persona sometida a la misma. Este consentimiento puede ser retirado libremente en cualquier fase de la investigación y la persona sometida a la investigación debe ser informada, antes de ser incluida en la misma, acerca de su derecho de retirar su consentimiento.
- A la persona que va a ser sometida a investigación médica se le proporcionará información acerca del propósito de la investigación y del método del experimento. También debe ser informada de los riesgos previsibles y de los inconvenientes involucrados en la investigación propuesta. Esta información debe ser suficientemente clara y adaptada en forma adecuada para permitir otorgar consentimiento o para denegarlo con pleno conocimiento de los hechos relevantes.
- Las disposiciones de este principio se deben aplicar también a los representantes legales o a las personas legalmente incapacitadas que tengan capacidad de comprensión, en las situaciones descritas en los principios 4 y 5.

Principio 4

Una persona legalmente incapacitada sólo puede ser sometida a investigación médica que esté justificada según el principio 5, si su representante legal, o una autoridad o un individuo autorizado o designado de acuerdo con la legislación nacional, otorga su consentimiento. Si la persona legalmente incapacitada es capaz de comprensión, se necesita también su consentimiento y no puede ser sometida a la investigación si no da su consentimiento.

Principio 5

- Una persona legalmente incapacitada no puede ser sometida a investigación médica, excepto si se espera obtener un beneficio directo y significativo para su salud.
- No obstante, en forma excepcional, la legislación nacional puede autorizar investigación en personas legalmente incapacitadas, que no resulte en un beneficio directo para su salud, cuando estas personas no presenten ninguna objeción, presuponiendo que la investigación resulte beneficiosa para personas de las mismas características y que no se puedan obtener los mismo resultados científicos mediante investigación en personas que no tengan dichas características.

Principio 6

Las mujeres embarazadas o lactantes no pueden ser sometidas a investigación médica cuando su salud o la del hijo no resulte directamente beneficiada, excepto cuando esta investigación esté destinada a beneficiar a otras mujeres y niños que están en la misma situación y no sea posible obtener los mismos resultados científicos mediante investigación en mujeres que no estén embarazadas o no estén lactando.

Principio 7

Las personas privadas de libertad no pueden ser sometidas a investigación médica, excepto si se espera obtener beneficio directo y significativo para su salud.

Principio 8

En una situación de emergencia, a pesar del principio 3, cuando un paciente es incapaz de dar previamente su consentimiento, la investigación médica puede desarrollarse cuando se cumplen las siguientes circunstancias:

- La investigación debe haber sido planificada para tener lugar en la situación de emergencia en cuestión.

- El plan sistemático de investigación debe haber sido aprobado por un comité ético.
- La investigación debe estar dirigida para obtener un beneficio directo en la salud del enfermo.

Principio 9

Cualquier información de carácter personal obtenida durante la investigación médica debe ser tratada de forma confidencial.

Principio 10

La investigación médica no debe realizarse excepto cuando se tiene evidencia suficiente con respecto a su seguridad.

Principio 11

La investigación médica cuyo diseño no se encuentre de acuerdo con los criterios científicos y que no pueda contestar las preguntas planteadas es inaceptable, incluso si la forma en que se desarrolla no constituye riesgo para la persona sometida a investigación.

Principio 12

- La investigación médica debe ser realizada bajo la responsabilidad de un médico o de una persona que posea plena responsabilidad clínica y que posea conocimientos y cualificaciones adecuadas para hacer frente a cualquier contingencia clínica.
- El médico responsable u otra persona indicada en el párrafo precedente debe disponer de independencia profesional completa y debe tener la capacidad de interrumpir la investigación en cualquier momento.

Principio 13

- Los sujetos potenciales de una investigación médica no deben recibir ninguna propuesta que interfiera con su libre consentimiento. Las personas sometidas a investigación

médica no deben obtener ningún beneficio económico. No obstante, es posible compensar los gastos o determinadas pérdidas económicas y, en caso apropiado, se puede dar una compensación modesta por los inconvenientes inherentes a la investigación médica.

- Si la persona sometida a investigación médica está legalmente incapacitada, sus representantes legales no deben recibir ningún tipo de compensación, sea la que sea, excepto para reembolsar sus propios gastos.

Principio 14

- Las personas sometidas a investigación médica, las que dependan de ellas deben ser compensadas en caso de lesiones o pérdida causada por la investigación médica.
- Cuando no exista un sistema para proporcionar compensación para las personas afectadas, los Estados deben asegurar que se establezcan garantías suficientes para proporcionar dicha compensación.
- Los términos y las condiciones que excluyan o limiten anticipadamente una compensación para la víctima deben ser consideradas nulas y sin valor.

Principio 15

Cualquier investigación médica que

- no sea planificada, o que
- sea contraria a cualquiera de los principios precedentes, o que
- sea contraria en cualquier aspecto a la ética o a su ley, o
- cuyo diseño no esté de acuerdo con los principios científicos y no pueda contestar las preguntas planteadas, debe ser evitada o, si ha sido iniciada debe ser interrumpida o revisada, incluso cuando no constituya ningún riesgo para la persona o las personas sometidas a la investigación.

CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA

CONVENIO RELATIVO A LOS DERECHOS HUMANOS Y
LA BIOMEDICINA –1997–

Consejo de Europa

PREÁMBULO

Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, signatarios del presente Convenio,

Considerando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948;

Considerando el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950;

Considerando la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961;

Considerando el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 16 de diciembre de 1966;

Considerando el Convenio para la Protección de las Personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de

carácter personal, de 28 de enero de 1981; Considerando igualmente la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989;

Considerando que la finalidad del Consejo de Europa es la de conseguir una unión más estrecha entre sus miembros y que uno de los medios para lograr dicha finalidad es la salvaguardia y el fomento de los derechos humanos y de las libertades;

Conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina;

Convencidos de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad;

Conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina;

Afirmando que los progresos en la biología y la medicina deben ser aprovechados en favor de las generaciones presentes y futuras;

Subrayando la necesidad de una cooperación internacional para que toda la humanidad pueda beneficiarse de las aportaciones de la biología y la medicina;

Reconociendo la importancia de promover un debate público sobre las cuestiones planteadas por la aplicación de la biología y la medicina y sobre las respuestas que deba darse a las mismas;

Deseosos de recordar a cada miembro del cuerpo social sus derechos y responsabilidades;

Tomando en consideración los trabajos de la Asamblea Parlamentaria en este ámbito, comprendida la Recomendación 1.160 (1991) sobre la elaboración de un Convenio de Bioética;

Decididos a adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona;

Han convenido lo siguiente:

CAPÍTULO 1. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. **Objeto y finalidad**

Las partes en el presente convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Cada parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.

Artículo 2. **Primacía del ser humano**

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o la ciencia.

Artículo 3. **Acceso igualitario a los beneficios de la sanidad**

Las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso igualitario a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada.

Artículo 4. **Obligaciones profesionales y normas de conducta**

Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la experimentación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables a cada caso.

CAPÍTULO II. CONSENTIMIENTO

Artículo 5. **Regla general**

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6. **Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento**

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar; para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3 recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7. **Protección de las personas que sufran trastornos mentales**

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control, así como de medios de elevación de recursos.

Artículo 8. **Situaciones de urgencia**

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9. **Deseos expresados anteriormente**

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

CAPÍTULO III. VIDA PRIVADA Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

Artículo 10. **Vida privada y derecho a la información**

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona a no ser informada.

3. De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado 2.

CAPÍTULO IV. GENOMA HUMANO

Artículo 11. **No discriminación**

Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

Artículo 12. **Pruebas genéticas predictivas**

Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad o detectar una predisposición o susceptibilidad genética a una enfermedad con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

Artículo 13. **Intervenciones sobre el genoma humano**

Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.

Artículo 14. **No selección de sexo**

No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo.

CAPÍTULO V. EXPERIMENTACIÓN CIENTÍFICA

Artículo 15. **Regla general**

La experimentación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto

en el presente convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano.

Artículo 16. Protección de las personas que se someten a un experimento

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

I. que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable,

II. que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento,

III. que el proyecto haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objetivo del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético,

IV. que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección,

V. que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado libre y explícitamente y esté consignado por escrito.

Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.

Artículo 17. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al artículo 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:

- I. que se cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos (1) a (IV);
- II. que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud;
- III. que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo;
- IV. que se haya dado específicamente y por escrito la autorización prevista en el artículo 6, y
- V. que la persona no exprese su rechazo al mismo.

2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las condiciones enumeradas en los párrafos (1), (III), (IV) y (V) del apartado I anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:

- I. el experimento tenga por objeto, mediante una mejoría significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características;
- II. el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo.

Artículo 18. **Experimentación con embriones *in vitro***

1. Cuando la experimentación con embriones *in vitro* esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión.

2. Se prohíbe la creación de embriones humanos con fines de experimentación.

CAPÍTULO VI. EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE DONANTES VIVOS PARA TRASPLANTES

Artículo 19. **Regla general**

1. La extracción de órganos o de tejidos para trasplantes sólo podrá efectuarse de un donante vivo en interés terapéutico del receptor y cuando no se disponga del órgano o del tejido apropiados de una persona fallecida ni de un método terapéutico alternativo de eficacia comparable.

2. El consentimiento a que se refiere el artículo 5 deberá ser libre y explícitamente otorgado, bien por escrito o ante una autoridad.

Artículo 20. **Protección de las personas incapacitadas para expresar su consentimiento a la extracción de órganos**

1. No podrá procederse a ninguna extracción de órganos o de tejidos de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento conforme al artículo 5.

2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, la extracción de tejidos regenerables de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento podrá autorizarse si se cumplen las condiciones siguientes:

- I. si no se dispone de un donante compatible capaz de prestar su consentimiento,
- II. si el receptor es hermano o hermana del donante;
- II. si la donación es para preservar la vida del receptor,
- IV. si se ha dado explícitamente y por escrito la autorización prevista en los apartados 2 y 3 del artículo 6, según la ley y de acuerdo con la autoridad competente,
- V. si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma.

CAPÍTULO VII. PROHIBICIÓN DEL APROVECHAMIENTO Y LA UTILIZACIÓN DE UNA PARTE DEL CUERPO HUMANO

Artículo 21. **Prohibición del aprovechamiento**

El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser fuente de aprovechamiento.

Artículo 22. **Utilización de una parte extraída del cuerpo humano**

Cuando una parte del cuerpo humano ha sido extraída en el curso de una intervención, sólo podrá conservarse y utilizarse con una finalidad distinta de aquélla para la que hubiera sido extraída de conformidad con los procedimientos de información y de consentimiento adecuados.

CAPÍTULO VIII. CONTRAVENCIÓN DE LO DISPUESTO EN EL CONVENIO

Artículo 23. **Contravención de los derechos o principios**

Las partes garantizarán una protección jurisdiccional adecuada con el fin de impedir o hacer cesar en breve plazo cualquier contravención ilícita de los derechos y principios reconocidos en el presente convenio.

Artículo 24. **Reparación de un daño injustificado**

La persona que haya sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención tendrá derecho a una reparación equitativa en las condiciones y modalidades previstas por la ley.

Artículo 25. **Sanciones**

Las partes deberán prever sanciones apropiadas para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el presente convenio.

CAPÍTULO IX. RELACIÓN DEL PRESENTE CONVENIO CON OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 26. **Restricciones al ejercicio de los derechos**

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.

2. Las restricciones a que se refiere el párrafo precedente no podrán aplicarse a los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27. **Protección más extensa**

Ninguna de las disposiciones del presente convenio deberá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada parte para conceder una protección más extensa con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente convenio.

CAPÍTULO X. DEBATE PÚBLICO

Artículo 28. **Debate público**

Las partes en el presente convenio se encargarán de que las cuestiones fundamentales planteadas por los avances de la biología y la medicina sean objeto de un debate público apropiado, a la luz, en particular, de las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas pertinentes, y de que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas.

CAPÍTULO XI. INTERPRETACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CONVENIO

Artículo 29. **Interpretación del Convenio**

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos podrá emitir dictámenes consultivos, con independencia de todo litigio concreto que se desarrolle ante un órgano jurisdiccional, sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del presente convenio, a solicitud de:

- el Gobierno de una de las Partes, una vez informadas las demás Partes,
- el Comité instituido por el artículo 32, en su composición restringida a los representantes de las partes en el presente convenio, mediante decisión adoptada por mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

Artículo 30. **Informes sobre la aplicación del Convenio**

Cualquier parte, a instancia del secretario general del Consejo de Europa, proporcionará las explicaciones requeridas acerca del modo en que su legislación interna garantiza la aplicación efectiva de todas las disposiciones del presente convenio.

CAPÍTULO XII. PROTOCOLOS

Artículo 31. **Protocolos**

Podrán redactarse protocolos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32, con el fin de desarrollar, en los ámbitos específicos, los principios contenidos en el presente convenio.

Los protocolos quedarán abiertos a la firma de los signatarios del convenio.

Serán sometidos a ratificación, aceptación o aprobación. Un signatario no podrá ratificar, aceptar o aprobar los protoco-

los sin haber ratificado, aceptado o aprobado el convenio con anterioridad o simultáneamente.

CAPÍTULO XII. ENMIENDAS AL CONVENIO

Artículo 32. **Enmiendas al Convenio**

1. Las tareas encomendadas al «Comité» en el presente artículo y en el artículo 29 se llevarán a cabo por el Comité Director para la Bioética (CDBI) o por cualquier otro comité designado a este efecto por el Comité de Ministros.

2. Sin perjuicio de las disposiciones específicas del artículo 29, todo Estado miembro del Consejo de Europa, así como toda parte en el presente convenio que no sea miembro del Consejo de Europa, podrá hacerse representar en el seno del Comité cuando éste desempeñe las tareas confiadas por el presente convenio, y si dispone de voto en el mismo.

3. Todo Estado a que se refiere el artículo 33 o que haya sido invitado a adherirse al convenio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34, que no sea parte en el presente convenio, podrá designar un observador ante el comité. Si la Comunidad Europea no es parte, podrá designar un observador ante el comité.

4. Con el fin de tener en cuenta los avances científicos, el presente convenio será objeto de un estudio en el seno del comité en un plazo máximo de cinco años a partir de su entrada en vigor, y en lo sucesivo, a intervalos que determinará el comité.

5. Toda propuesta de enmienda al presente convenio, así como toda propuesta de protocolo o de enmienda a un protocolo, presentada por una parte, el comité o el Comité de Ministros, será comunicada al secretario general del Consejo de Europa y se transmitirá por mediación del mismo a los Estados miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda parte, a todo Estado invitado a firmar el presente convenio conforme a lo dispuesto en el

artículo 33 y a todo Estado invitado a adherirse al mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 34.

6. El comité examinará la propuesta no antes de dos meses a partir de que le haya sido transmitida por el secretario general, conforme al párrafo 5. El Comité someterá a la aprobación del Comité de Ministros el texto adoptado por la mayoría de dos tercios de los votos emitidos. Una vez aprobado, este texto será comunicado a las Partes para su ratificación, aceptación o aprobación.

7. Toda enmienda entrará en vigor, con respecto a las partes que la hayan aceptado, el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que hayan comunicado al secretario general su aceptación cinco partes, comprendidos al menos cuatro Estados miembros del Consejo de Europa.

BIBLIOGRAFÍA (2ª Parte –Bioética–)

- BAÑOS J. E., FARRÉ, M.: Farmacología Clínica y comités éticos de investigación clínica, Med. Clin. (Barc.), 104, 757, 1995.
- BEAUCHAMP T., MCCULLOUGH, L.: Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos, Editorial Labor, Barcelona, 1987.
- BRODY H.: Ethical Decisions in Medicine, 2ª Edición, Little Brown Co. Boston, 1981.
- Código de Ética y Deontología Médica, Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, Madrid, 1990.
- COUCEIRO A. (Editor): Bioética para clínicos, Triacastela, Madrid, 1999.
- DAL-RE R.: Comités éticos de investigación clínica: algo más que el cambio de nombre, Med. Clin. (Barc), 105: 580-582, 1995.
- DURAND G.: La Bioética, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1992.
- GRACIA D.: Fundamentos de Bioética, Eudema, Madrid, 1987.
- Procedimientos de decisión en Ética Clínica, Eudema, Madrid, 1991.
 - Procedimientos de decisión en ética clínica, Triacastela, Madrid, 2007.
- HERRANZ G.: El respeto: actitud ética fundamental de la Medicina, Lección inaugural del curso 1985-86, Universidad de Navarra, Pamplona, 1985.
- El Código de Ética y Deontología Médica, Cuadernos de Bioética, 20: 328-340, 1994 .
- HOWIE J. G. R.: Investigación en Medicina General, Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1992 .
- JONSEN A., SIEGLER M., WINSLADE W.: Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine, 5ª Edición, McGraw-Hill, New York, 2002.
- KIEFFER R. M.: Bioética, Editorial Alhambra, Madrid, 1969 León, A: Ética en Medicina, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1973.
- LUCENA M. I., TOGNONI G., SÁNCHEZ DE LA CUESTA F.: Comités éticos de investigación clínica: nuevas funciones para un nuevo escenario, Med. Clin. (Barc.), 112: 785-790, 1999.
- MAINETTI J. A.: Ética Médica, Introducción Histórica, Quión, La Plata, 1989.

- MUÑOYERRO L. A.: Código de Deontología Médica, FAX, Madrid, 1950 Peiró, Deontología Médica, 3ª Edición, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Madrid, 1948.
- POLIT D., HUNGLER B.: Investigación en Ciencias de la Salud, McGraw-Hill/Interamericana, México D.F. 1994.
- POTTER V. R.: Bioethics. The Science of survival, Perspectives in Biology and Medicine, 14 (1): 127-153, 1970.
- Bioethics: Bridge to de future, Prentice Hall, Englewood Cliffs (N.J.), 1971.
- REICH W. T.: Encyclopedia of Bioethics, Free Press, New York, 1978.
- ROLDÁN B., PÉREZ B.: El consentimiento informado en la Práctica Médica, Smith Kline & French Beecham, Madrid, 1996.
- SERRANO J. M.: Los principios de la Bioética, Cuadernos de Bioética, 12: 23-32, 1992.
- SGRECCIA E.: Manual de Bioética 1: Fundamentos y ética biomédica, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 2009.
- SIMÓN LORDA P: Sobre Bioética CLÍNICA y Deontología Médica. Cuadernos de Bioética, 12: 34-37, 1992.
- VALLVÉ C.: Buena Práctica CLÍNICA, Farmaindustria, Madrid, 1990 Vega, J., Vega, J. M., Martínez.Baza, P.: Experimentación Humana en Europa, legislación y aspectos bioéticos, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1997.
- VIDAL M.: La Bioética, Revista de occidente, 47: 117-127, 1989 Villanueva Cañadas, E.: Bioética versus Derecho Médico. Discurso de apertura del año académico. Real Academia de Medicina de Granada, Granada, 28 de Enero de 1996.

