



Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



CARTA AL DIRECTOR

Reflexiones sobre ética y moral. Un nuevo paso para comprender la bioética en la atención sanitaria



Reflections about ethics and morality. A new step for understanding the bioethics in healthcare

Sra. Directora:

La práctica del ejercicio médico siempre ha planteado problemas éticos que han exigido del mismo una elevada categoría moral. Ahora bien, hemos de hacer la siguiente reflexión, ¿son los conceptos de ética y moral sinónimos? En contra de lo que pudiera parecer, dichos términos, pese a su distinto origen etimológico, comparten un significado común que podría traducirse como «hábito», «costumbre» o «modo de ser». Ambos conceptos hacen alusión a un modo de actuación que capacita al ser humano para adoptar todas aquellas decisiones que tiendan a la excelencia, cuyo fin último según la tradición griega es alcanzar la felicidad, entendida como un proyecto colectivo que solo podía llevarse a cabo en el seno de la «polis», esto es, de la ciudad o comunidad, lo que obligaba a su consecución a través del «principio de Justicia», para organizar y hacer funcionar toda la estructura social hacia dicho fin.

Hoy en día se plantea el problema de que el concepto de felicidad pasa a ser un proyecto individual en base a la autonomía y libertad de conciencia, de ahí la exigencia de organizar un modelo social en el que cada sujeto pueda realizar su propio proyecto vital sin interferir en el de los demás. Esta sería la diferencia fundamental entre moral y ética. Mientras que la moral hace referencia a un conjunto máximo de valores individuales, la ética describe el conjunto mínimo de valores que una sociedad está obligada a cumplir para garantizar el respeto de todos sus miembros¹.

Partiendo de estos conceptos, la bioética podría considerarse como la parte de la ética que analiza los actos médicos desde la óptica moral, estableciendo una valoración de los mismos, siempre que estos sean voluntarios y conscientes. Al comienzo del devenir profesional, la valoración ética del médico se relacionaba exclusivamente con el paciente, pero actualmente ha de extenderse a todos los campos de la atención sanitaria (salud pública, medicina legal...); esto es, ya no se trata de una ética del individuo como propugnaba el filósofo Kant (1724-1804), sino de una ética social. Es por tanto que todo este sistema se encuentra dentro de una estructura que el médico debe conocer y reconocer como propia, evitando decisiones guiadas por el azar o la

subjetividad, debiendo basarse en valores, normas y principios éticos universales («imperativos hipotéticos»). En el campo de la Bioética estos principios podrían reducirse a 4: «no maleficencia», «beneficencia», «autonomía» y «justicia».

Los orígenes de la ética médica se atribuyen al médico griego Hipócrates de Cos (460 a.C-370 a.C) que ya enunció los principios de «no maleficencia» (*primun no nocere*) y de beneficencia (*bonum facere*), que han permanecido inmutables hasta la actualidad². Dicha relación no era simétrica, ya la obligación del médico era hacer el bien y la del paciente aceptarlo. Puesto que el médico era el dueño del conocimiento, al mismo correspondía restituir el orden natural e imponérselo al enfermo, aun en contra de su voluntad («moral de beneficencia»), origen del «paternalismo médico». Dado que esta actitud resulta hoy día inadmisibles, surge el tercer principio, subordinado a los anteriores que es el «principio de autonomía o de capacidad de decisión». Hace referencia a que el paciente tiene, en distintas circunstancias la posibilidad de decidir sobre el tratamiento al que va a ser sometido, si bien esta posibilidad de decisión está subordinada al daño que con ella pueda ocasionar a terceros. Por último surge el «principio de justicia», expresado por Aristóteles (384.a.C-322.a.C) en su obra *Ética-maqueta*³ y que podría definirse como la igualdad de todos los individuos ante la Ley.

Si bien la relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y autonomía, en caso de conflicto es el principio de justicia el que media entre ambos. En el ámbito de la política sanitaria, esta se basa en el principio de justicia y tenderá siempre a compensar las desigualdades. Es el origen de la «justicia distributiva» representada por la distribución equitativa de bienes («equidad») y justicia comunitaria, detenidas por los poderes legislativos.

Esto le da a la ética médica un carácter absoluto, en contraposición a otras interpretaciones que consideran la ética como algo relativo, derivado del consenso de la mayoría, surgiendo la «moral de incertidumbre», por el que las normas éticas adquieren un carácter relativo resultado de principios propios de determinados grupos sociales. Surge por tanto una «ética relativa» que ha llegado incluso hasta plantear la posibilidad de hacer el mal (por ejemplo, eliminar algunos embriones con fines experimentales) en base a que este daño conduciría a un bien futuro para un mayor número de seres humanos.

Si tuviésemos que establecer una escala de valores, el principio más importante sería el de la «autonomía» ya que del mismo deriva que todo ser humano deba de ser considerado como un sujeto moral autónomo, responsable de

sus propias decisiones⁴. Íntimamente ligado al principio de «beneficencia», ambos definen la «ética de máximos», esto es, el máximo conjunto de valores morales que todo individuo se exige a sí mismo, con la salvedad de que estos puedan ser distintos al del resto de la comunidad. Sin embargo, tal y como hemos comentado, la ética no se ciñe exclusivamente a lo personal, sino que debe de asegurar la igualdad en los códigos éticos de todos los integrantes de la sociedad a través del cumplimiento de los principios de «no maleficencia» y «justicia», constituyendo una «ética de mínimos», esto es, el conjunto mínimo de obligaciones que deben de ser comunes a todos, que definen la ética pública social y por tanto tienen como garante al Estado y se encuentran plasmados en el ordenamiento jurídico⁵.

En conclusión, los principios de «no maleficencia» y «justicia» son independientes de los de «autonomía» y «beneficencia» y jerárquicamente superiores, de ahí que una vez establecidos de forma legítima obliguen a su cumplimiento a todos integrantes de la sociedad, de este modo, en caso de conflicto, la «ética de mínimos» siempre tendrá prioridad sobre la «ética de máximos».

Bibliografía

1. Forte DN, Kawai F, Cohen C. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Med Ethics*. 2018;20:78.

2. Koch T. The Hippocratic thorn in bioethics' hide: Cults, sects, and strangeness. *J Med Philos*. 2014;39:75–88.
3. Sinha AM, Wiedmann F. The meaning of Aristoteles' epikeia for medical treatment. *Wurzburg Medizinhist Mitt*. 2003;22:105–12.
4. Delbon P. The protection of health in the care and trust relationship between doctor and patient: Competence, professional autonomy and responsibility of the doctor and decision-making autonomy of the patient. *J Public Health Res*. 2018;20:1423.
5. Byrne JM. Administrative ethics: Good intentions, bad decisions. *Healthc Manage Forum*. 2018;31:265–8.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^a y F. Luque Martínez^a

^a Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

(J.D. Sánchez López).

Disponible en Internet el 22 de mayo de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.02.003>
2603-6479/

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

Equidad en el acceso a tratamientos en el Sistema de Salud: la terapia electroconvulsiva como paradigma



Equity in access to treatments in the Health System: Electroconvulsive therapy as a paradigm

Sra. Directora:

La terapia electroconvulsiva (TEC) es una técnica de tratamiento que se realiza mediante la electricidad al inducir una activación de las neuronas del sistema nervioso central, que debe ser repetida un determinado número de veces, para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas. La TEC se introdujo a finales de los años 30, mucho antes de la aparición de los potentes tratamientos farmacológicos de que se dispone actualmente. A pesar de ello su utilización persiste por su alto grado de eficacia, seguridad y utilidad, avalando la evidencia científica su uso¹. Existen todavía muchos prejuicios y desconocimiento en la población general, pero sorprendentemente también entre el propio personal sanitario (incluyendo facultativos), no resultando infrecuente la idea de que se trata de una técnica obsoleta y cruenta. Nada más lejos de la realidad, especialmente desde la introducción de las técnicas de sedoanalgesia y la miorelajación. La técnica de utilización está muy estandarizada en la actualidad, en parte por la gran difusión que han tenido las recomendaciones de la

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para el uso de TEC (1990). El primer paso es la evaluación psiquiátrica en la que se realiza la indicación de TEC y en la que se debe valorar la respuesta previa a TEC si se ha recibido con anterioridad esta modalidad de tratamiento. Posteriormente se debe practicar una evaluación médica completa que incluya historia clínica completa, examen físico (sin olvidar la exploración neurológica), hemograma completo, electrolitos séricos, bioquímica elemental, radiografía de tórax y electrocardiograma. La TEC presenta relativamente pocas contraindicaciones. De hecho, no existen contraindicaciones absolutas, sino situaciones de riesgo relativo a la hora de administrar el tratamiento. Se puede afirmar además que es un tratamiento con un perfil riesgo-beneficio muy favorable. La TEC es un tratamiento muy seguro y que tiene una morbilidad muy escasa y similar a la de la anestesia general para una cirugía menor. Además, los efectos adversos se pueden disminuir con una buena optimización del tratamiento a través de la anestesia, relajación muscular, oxigenación y premedicación con anticolinérgicos¹.

A pesar de ser uno de los tratamientos psiquiátricos con tasas de eficacia y seguridad más altas para el abordaje de algunos trastornos mentales graves, existe una gran variabilidad en su utilización. Se ha alertado de que la TEC podría estar siendo infrautilizada en determinados países y regiones, viéndose privados algunos pacientes de la mejor opción terapéutica disponible para determinadas indicaciones diagnósticas². La TEC estaba disponible para el 84,2% de los centros hospitalarios en España en 2012 frente al 74,7% en 2000-2001. A pesar de esta elevada proporción de