

Implicaciones de la bioética en el tratamiento del dolor crónico: el cambio de paradigmas

J. A. de Vera Reyes¹ y M. J. Guerra Palmero²

¹Ex Jefe de Servicio de Neurocirugía y Unidad del Dolor. Hospital Universitario La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ²Profesora titular de la Facultad de Humanidades (Sección Filosofía) de la Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife

De Vera Reyes JA, Guerra Palmero MJ. Implicaciones de la bioética en el tratamiento del dolor crónico: el cambio de paradigmas. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(5):291-300.

ABSTRACT

The present work proposes a change in the paradigms with a double purpose. First, to approach the medical profession from a bioethical perspective and, secondly, to take into account these bioethical implications in the treatment of chronic pain. The backbone of the next pages will be, in this sense, to defend the need for an interdisciplinary dialogue between medicine, philosophy and ethics. And is that bioethics has been a valuable renewal of traditional medical ethics since it begins to question the scientific advances in medicine. Bioethics began, thus, to provide behavioral principles to all areas of action where the human being needed guidelines and acceptable conditions for the attainment of his own life.

Key words: Pain, philosophy, bioethics, ethics, medicine.

RESUMEN

El presente trabajo propone un cambio de paradigmas con un doble propósito. En primer lugar, acercarse a la profesión médica desde una perspectiva bioética y, en segundo lugar, tener en cuenta estas implicaciones bioéticas en el tratamiento del dolor crónico. El eje vertebrador de las próximas páginas será, en ese sentido, defender la necesidad de un diálogo interdisciplinar entre la medicina, la filosofía y la ética. Y es que la bioética ha supuesto una valiosa renovación de la ética médica

tradicional desde que empezaron a cuestionarse los avances científicos en medicina. Así, la bioética comenzó a proveer de principios de conducta a todos los ámbitos de actuación donde el ser humano necesitaba pautas y condiciones aceptables para la consecución de su propia vida.

Palabras clave: Dolor, filosofía, bioética, ética, medicina.

INTRODUCCIÓN

Consideramos pertinente comenzar estableciendo una definición sobre qué entendemos por bioética, dado que el propósito principal de este trabajo es un acercamiento a la profesión médica desde una perspectiva bioética y sus implicaciones en el tratamiento del dolor crónico. Se suele acudir a la prestigiosa *Encyclopedia of Bioethics* para definir la voz bioética: “el estudio sistemático de las dimensiones morales, las decisiones, la conducta, las líneas de acción, etc., de las ciencias de la vida y de los cuidados sanitarios con el empleo de una variedad de metodologías éticas y en un planteamiento interdisciplinar” (REICH, 1978) (1).

Sin embargo, nos gusta más la definición que da José Juan García en el portal *Philosophica: Enciclopedia filosófica online*, según este autor la bioética es una “ciencia interdisciplinar cuyo objeto es sin duda la promoción y la defensa de la vida humana en cualquiera de sus fases, desde la inicial embrional y hasta su natural ocaso” (2016) (2). Se podría añadir, y se completaría aún más, que la bioética viene a ser un diálogo interdisciplinar entre la medicina, la filosofía y la ética donde para nada entran en juego los

grandes relatos religiosos o ideológicos, la bioética es una ética civil, universal, que se respalda en la racionalidad del ser humano, un ser humano neutro y secular.

En efecto, influenciada por el Instituto Kennedy¹ y por la *Carta de los Derechos de los Enfermos* que se promulgó en EE. UU. en 1972, la bioética se aplicó a las cuestiones morales que surgían al paso en los avances científicos en medicina, lo que supuso una valiosa renovación de la ética médica tradicional. Sin embargo, pronto se diferenció de este ámbito médico que hoy conocemos como “ética médica” para incluir problemas de la vida general examinados a la luz de los principios y valores morales. Se incluyó en este enfoque bioético el medio ambiente, el ecosistema, los animales y hasta en el urbanismo. Dicho de otra manera, la bioética comenzó a proveer de principios de conducta a todos los ámbitos de actuación donde el ser humano necesitaba pautas y condiciones aceptables para la consecución de su propia vida. De algún modo, apostó por un cambio de paradigma, de transformación de lo que hasta entonces era cotidiano y habitual, obligando a buscar diferentes respuestas acordes con los nuevos tiempos. Desafortunadamente, a pesar de esta rápida inclusión en un campo de acción amplísimo, el devenir de la bioética la ha llevado a restringir su contenido únicamente a la resolución de los dilemas éticos que surgen en relación con la asistencia y a la investigación sanitaria. Es fácil comprobar esto echando un rápido vistazo a las revistas especializadas donde lo bioético viene a ser sinónimo de hablar de aborto, tecnologías reproductivas, eutanasia, ingeniería genética y los repetidos principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía del paciente.

En las siguientes páginas, nos detendremos brevemente en la historia de la bioética, luego señalaremos las principales diferencias entre la propuesta bioética anglosajona y la europea, así como en los riesgos y peligros asociados y su inclusión en las organizaciones e instituciones sanitarias. Finalmente, abordaremos el tratamiento del dolor crónico desde esta perspectiva.

HACIENDO HISTORIA: EL NACIMIENTO DE LA BIOÉTICA

Detengámonos, pues, en la historia de la bioética. El primer autor que usó el término fue Fritz Jahr en 1927; este teólogo y filósofo alemán disertaba sobre la relación ética que debiera tener el ser humano con los animales y las plantas. Después, a finales de la década de los 70, el

bioquímico estadounidense Rensselaer Potter utilizó nuevamente el término –muchos creen que, por primera vez, obviando a Jahr– en su artículo “Bioethics: the science of survival”. Sin embargo, no fue hasta al año siguiente que este neologismo empezó a divulgarse con la publicación de *Bioética, un puente hacia el futuro* (1971).

Rensselaer Potter no apostó en ningún caso por el carácter reduccionista que la bioética tiene en la actualidad y que se refiere, principalmente, a la nueva ética médica y a los avances en biomedicina, su idea original fue instaurar una nueva disciplina que, dominando la ciencia y las humanidades, consiguiera aunar la esfera de los hechos y la de los valores con el propósito de buscar soluciones a los problemas nuevos con los que la sociedad contemporánea estaba topando tras la revolución científica e industrial. Le preocupaban las trágicas injusticias que el desarrollo tecnocientífico causaba en el ser humano, en su sociedad y en su medioambiente. Quería buscar soluciones globales ante el deterioro progresivo de la naturaleza, ante la explotación económica, ante la violencia ejercida por el ser humano hacia sí mismo. La verdad es que es este uno de los principales focos de discusión, entre los que piensan que el progreso tecnológico es eso, *progreso*, y se debe avanzar en esa línea de forma indiscriminada e incondicionada y, por otro lado, los que consideran que la tecnología no debe ser un fin, sino estar al servicio de las personas y bajo el férreo control de los criterios y principios éticos.

Afirmó Potter en el primer capítulo de su *Bioética*: “la humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el ‘conocimiento de cómo usar el conocimiento’ para la supervivencia del hombre y la mejora en la calidad de la vida” (1971: 1) (3). O lo que es lo mismo, para Potter la bioética era una ciencia de y para la supervivencia que no solo debía tratar cuestiones morales en el ámbito de la medicina.

No es el único punto en el que nace la discusión, la bioética desde sus inicios suscitó polémica y, hoy en día, sigue creando polémica por los profundos desacuerdos morales que hay en su propio seno y en el de la política sanitaria. Pongamos algunos ejemplos, como los que defienden a unos animales y no a otros, los que consideran que los derechos de los mismos deben estar regulados por ley o quienes están en contra o a favor de la interrupción voluntaria del embarazo o la eutanasia. Este panorama hace necesaria una regulación, una declaración –al menos– de principios, pero incluso aquí también hay diferencias, por lo que los siguientes dos apartados se dedicarán a hacer un estudio comparativo entre la propuesta bioética anglosajona y la europea.

LOS PRINCIPIOS O PSEUDOPRINCIPIOS BIOÉTICOS ANGLOSAJONES

Los principios, tal y como refieren Aristóteles y Tomás de Aquino, son verdades primeras a partir de las cuales se

¹ André Hellegers fue el creador del Instituto Kennedy de Bioética en el seno de la Universidad de Georgetown en Washington DC en 1971. Se fundó gracias a una aportación de la Fundación Joseph P. Kennedy, Jr. En la actualidad es el más antiguo e importante centro de bioética del mundo.

estructura el razonamiento. Son puntos de partida que no pueden demostrarse ni tampoco consensuarse. Partiendo de esta definición, si observamos los principios bioéticos anglosajones, se puede percibir que ni mucho menos cumplen las características propias de los que se considerarían verdaderos principios así que, por el solo hecho de ser consensuados, señalan su particularidad de *pseudo-principios*. Veámoslo en detalle.

Principio de beneficencia

Nos detendremos en este principio desde la óptica anglosajona, pero, también, desde sus dos corrientes filosóficas inmediatas y cercanas: el escepticismo y el utilitarismo. En cuanto al escepticismo, su importancia radica en que para la bioética consensuada no hay una idea de bien anterior al consenso, así que es un contrasentido reivindicar el principio de beneficencia declinando, al tiempo, la idea que le da el origen y que lo justifica. Hugo Tristram Engelhardt, en su obra *Los fundamentos de la bioética* (1986), asegura que no hay bienes en sí, los que la tradición llama bienes honestos o bienes morales (1995) (4). Así que, ¿en qué radicará hacer el bien al paciente? La verdad es que principalmente en hacer lo que el paciente –y también sus familiares– consideran que es el bien, así que sin lugar a dudas esto variará de un caso a otro, de un paciente a otro y de unos familiares a otros. Llevar a cabo este bien, además, acarreará una fuerte carga relativista. Viene a colación lo que argumentara Protágoras: “el hombre es la medida de todas las cosas”.

Por lo que se refiere al utilitarismo, es una de las éticas morales más importantes del siglo XIX, inspirada por un ideal de bienestar social, es la corriente filosófica que defiende el “mayor beneficio posible para el paciente”. Sus representantes más señeros fueron Jeremy Bentham y John Stuart Mill. Bentham, en su obra *Una introducción a los principios de la moral y la legislación* (1780), señaló que la tendencia innata de todo ser vivo es buscar el placer y evitar el dolor, ahí consideró que radica la felicidad en todos los ámbitos de la vida y que no importa ni mucho menos la clase social a la que pertenezca el individuo. De algún modo, estamos ante una especie de hedonismo, aunque a diferencia del hedonismo clásico de Epicuro, el postulado por Bentham es social y comunitario. De algún modo se arriba en este punto al principio básico de la moral utilitaria: “la mayor felicidad posible para el mayor número de personas”. James Mill, padre de John Stuart Mill, añade a esta filosofía la teoría del asociacionismo psicológico en la cual la conducta individual se ajustará con la colectiva en la medida que nuestra noción de los dolores y nuestra noción de los placeres se asocian con los dolores y placeres que acontecen a otro ser humano. Esto es, sabemos lo que es el placer porque reconocemos también el placer en los demás,

sabemos lo que es el dolor porque sabemos reconocer el sufrimiento del dolor en los otros. En definitiva, gracias a estas asociaciones nuestros propios placeres y dolores se unirán con los placeres y dolores de los demás y todo hasta el punto (por el automatismo asociativo) de desear el bien a los demás.

Por su parte, John Stuart Mill, en su obra *Utilitarismo* (1863), sostiene que el fundamento de la moral que considera útil el principio de bienestar, supone que este será mayor en cuanto mayor sea la proporción de bienestar y conveniencia que genere. Esta moral infiere un esfuerzo de avenir todos los principios éticos con el principio de la mayor felicidad individual y social, revelando que todas las personas ansían la felicidad como el único y superior fin. Qué duda cabe que este tipo de fundamentación antropológico-ética faculta defender la eutanasia y el suicidio².

También se debe añadir que el principio de beneficencia de la bioética actual no manifiesta de por sí la oposición a causar daño. Es más, tal principio se emplea a menudo en el discurso bioético para resolver a favor de una acción que conlleva una consecuencia útil, dejando aparte la propensión esencial de la acción, que puede acarrear un daño al prójimo o alguna maldad moral, de tal manera que nos hallaríamos en la ya señalada ética utilitarista, en la que es el fin siempre el que justifica los medios. La tradición ética, ya sabemos, considera que los actos que son “intrínsecamente malos” nunca pueden ser lícitos, incluso aunque pueda conseguirse a través de ellos un bien. Es más, ni siquiera son buenos aquellos actos que solo son malos en una parte incluso aunque sus beneficios sean claramente buenos. Por tanto, desde esta perspectiva el fin no justifica los medios, ni estos estarían justificados por ningún fin. La bioética anglosajona que nos ocupa, por el contrario, considera que se debe abolir ese principio clásico que considera que el fin no justifica los medios. Es más, propone que se debe dar por bueno cualquier medio malo que conduzca a un fin bueno.

Principio de no maleficencia

Para compensar esta desatención del principio primordial del *non nocere*, algunos autores e investigadores añaden al principio de beneficencia el de no maleficencia. El empleo del principio de no maleficencia significa calcular el riesgo-beneficio como método para la toma de decisión. Es evidente que la suma de este principio favorece a la teoría bioética anglosajona pero siempre, y en nuestra opinión, que no se le restrinja al mero requerimiento de una conveniencia entre daños y beneficios, sino que se lo

² Nos referimos a David Hume en su ensayo *Sobre el suicidio* (1778) o al propio John Stuart Mill en *Sobre la libertad* (1858).

entienda como una exigencia. Así las cosas, se advierte que el principio de no maleficencia es más limitado que el tradicional originario principio del orden práctico dado que cuando se mantiene que “se debe evitar el mal” no solo se alude a la actuación del daño al prójimo, sino a la maldad moral que se causa en general. Y es que, a veces, puede darse sin que conlleve un agravio a otro, como cuando se dice una mentira que no causa daño a un tercero.

Principio de autonomía

En lo que se refiere a este segundo principio bioético, el principio de autonomía o “principio de permiso” en palabras de Engelhardt (1995) (4), desde la perspectiva anglosajona supondría una expresión laica³ de la moral actual que mantiene que el valor ético esencial reside en la capacidad que cada sujeto tiene de escoger, sin imposiciones o coacciones, la forma de vida en la que quisiera vivir o dicho de otro modo, su “proyecto vital”. El respeto a la autonomía del paciente supone hacerlo partícipe de su tratamiento, pero, también, creer en el dolor que manifiesta y diseñar, conjuntamente con él, el mejor tratamiento disponible. Dos apreciaciones, por un lado, que el principio de autonomía no tiene más límite que no causar un daño a otro sujeto y, por otro lado, que no puede ni debe ser un principio general de la bioética, en el sentido de que es inservible en el caso de personas que no pueden tomar decisiones por sí mismas con respecto a su salud o su vida, como es el caso de los embriones, los fetos, los menores o los deficientes mentales. Los casos particulares de pacientes sin autonomía o de autonomía disminuida deben ser protegidos, especialmente, justo por esa carencia.

El sostén filosófico de este principio se halla en la ética kantiana, exactamente en *La crítica de la razón práctica* (1788). Conviene no olvidar que Kant ambiciona llevar a cabo una ética del deber ser, esto es, una ética imperativa, “que obligue” de forma categórica y sin condiciones externas, el deber por el deber mismo. Y es que, según Kant, se debe obrar “de tal modo, que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre, al mismo tiempo, como principio de la legislación universal” (1952: 35) (5).

³ Nos interesa subrayar su carácter laico y secular, dado que en ocasiones la Iglesia ha opinado al respecto de este y otros asuntos. Remito, a modo de ejemplo, al discurso que pronunciara Pío XII a los participantes en la VIII Asamblea de la Asociación Médica Mundial el jueves 30 de septiembre de 1954: “el paciente, por su parte, el individuo mismo, no tiene derecho a disponer de su existencia, de la integridad de su organismo, de los órganos particulares y de su capacidad de funcionamiento sino en la medida exigida por el bien de todo el organismo”. Véase https://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1954/documents/hf_p-xii_spe_19540930_viii-asamblea-medica.html (Acceso 06 de enero de 2018).

Principio de justicia

Este alude a la necesidad de dispensar igualdad en todos los tratamientos y, respecto al Estado, a la repartición justa y equitativa de los servicios de salud en la comunidad. Este principio regente decide a qué individuos asignar aquellas terapias o tecnología médica cara o escasa. Aquí se desarrolla la ecuación costos-beneficios en la que nos detendremos más adelante.

LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EUROPEOS

Pasemos ahora a analizar los principios de la bioética europea, aquellos herederos de la cultura románica y germana, tal y como la plantea el filósofo Paul Schotsmans (1999 y 2005) (6,7). Frente a los principios anglosajones, Schotsmans establece que la principal diferencia radica en el modo de interpretar el concepto de persona dado que la bioética europea considera persona a todo ser humano y, por tanto, tiene como objetivo defender la dignidad de absolutamente todo el mundo. Esta persona a la que se defiende la bioética europea se debe considerar única y original tanto en sus talentos, como en sus capacidades, sentimientos y decisiones. Una persona que es relacional e intersubjetiva⁴ y que se da en el seno de una sociedad en cuanto que se intenta aproximar hacia la perfección y responsabilidad solidaria⁵. Dicho de otro modo, un acto para la bioética europea será moralmente bueno si es beneficioso para la persona en cualquiera de estas tres dimensiones: unicidad, intersubjetividad relacional y solidaridad.

Por todo ello, para Schotsmans lo importante de la bioética europea es el personalismo, al que considera representativo en todos aquellos centros de Bioética europeos que no son *per se* católicos y que están ligados a las tradiciones aristotélicas, tomista y kantiana⁶. Considera, además, que en la bioética europea la persona no es solo vista desde un enfoque minimalista de la autonomía, sino que se la piensa desde el punto de vista de su integridad, dignidad y vulnerabilidad, dimensiones a las que juzga como básicas dentro de lo humanamente deseable y que son aplicadas como válidas para cuestiones tales como la relación médico-paciente, la medicina paliativa, el acompañamiento del paciente enfermo de carácter terminal en su buena muerte, etc. Quizá, en nuestra opinión, en donde no se podría

⁴ Este acercamiento ha sido estudiado ampliamente por la filosofía dialógica con Martin Buber a la cabeza pero, después, también por otros que asumieron y radicalizaron sus planteamientos como Emmanuel Lévinas.

⁵ Destaca en esta aproximación la influencia de los aportes de Adorno, Heidegger y Karl-Otto Apel principalmente.

⁶ Se considera que Kant es precursor del personalismo por sus aportaciones en torno al concepto de persona, al que considera valor absoluto contraponiéndolo a las cosas o los objetos.

aplicar de forma satisfactoria este personalismo que definen Schotsmans sería en contextos límites como puede ser un caso de eutanasia o aborto donde, desde nuestro punto de vista, no hay elementos metafísicos susceptibles para revelar la malignidad ética de los mismos. Es decir, por ejemplo, ¿seguiría considerándose una persona humana un paciente en estado vegetativo?

Con todo, el personalismo da respuesta a muchas otras situaciones y Schotsmans trae a colación diferentes corrientes de pensamiento filosófico-antropológicas que valen de apoyo para fijar los principios éticos elementales referentes a esta corriente. Por un lado Husserl y la fenomenología; por otro, los existencialistas con Heidegger, Scheler, Bergson, Sartre, Camus o Merleau-Ponty; también recalca en la filosofía racional y nos habla de Buber y Levinas; la Escuela de Frankfurt, etc. Para Schotsmans todos estos fundamentos filosóficos y sus autores de referencia logran que la bioética no solo sea un procedimiento para tomar decisiones médicas, sino algo mucho más trascendental y que suscite una cultura ética necesaria en el ejercicio médico.

Finalmente, Paul Schotsmans enumera cuatro tipos de características distintivas de la bioética europea: 1) la relación médico-paciente de que considera que muta desde el modelo “paternalista” al “amistoso”⁷; 2) la solidaridad como valor fundante, en el sentido de que la idea de civilización que se tiene en Europa tiende al estado del bienestar y a la fraternidad ciudadana por la que tanto una persona rica como una pobre deben tener igual acceso al sistema de salud; 3) el concepto de dignidad humana⁸ y, en último lugar, 4) su carácter teleológico y personalista, que busca hacer lo humanamente querido—donde lo conseguido siempre sea superior al daño ocasionado— frente al procedimentalismo que caracteriza al acercamiento anglosajón que, muchas veces, obra sin tener conciencia de lo que concibe como correcto (6,7).

BIOÉTICA: PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

Sin embargo, ni los principios o pseudoprincipios bioéticos anglosajones ni los principios bioéticos europeos han escapado de ser considerados potencialmente peligrosos en el ejercicio de la medicina. No porque la bioética sea peligrosa en sí misma, o conlleve riesgos, sino porque un mal uso de ella puede convertirla en una práctica nociva.

Miguel Moreno, profesor de filosofía de la Universidad de Granada, ha resumido algunos de estos malos usos que puede conllevar una bioética mal entendida. En primer

lugar, considerar que la bioética es meramente un cálculo de posibilidades donde se coteja la relación de coste y beneficios. Se cree que las cuestiones éticas acostumbran a estar coligadas a técnicas aún no maduras que ofrecen inconvenientes de seguridad, pero una vez que tales problemas se solucionan, se disipan las dificultades éticas para su utilización. También invocar a la ética únicamente cuando el conocimiento científico-técnico perturbe o afecte a la sociedad, en este caso se puede caer en la tentación de utilizar la bioética de una forma reactiva, esto es, como defensa ante los impactos sociales y no como argumentación previa, razonada y crítica. Finalmente, y en tercer lugar, Moreno expone que otro mal uso de la bioética y que menoscaba su devenir es utilizar su prestigio actual para reclamar recursos de investigación⁹.

Otros autores, como Daniel Callahan, hablan de otro riesgo asociado a la bioética, al que denomina coloquialmente caer en el mimetismo la “pandilla” (1996: 3-4) (8) y que consiste, básicamente, en poder saber lo que va a decir un bioético, esto es, predecir su posicionamiento ante determinado problema que se esté debatiendo, solo siendo conocedores de su edad, sus creencias—o no—religiosas, su formación, su clase social o su centro de trabajo. Callahan denuncia, de esta manera, el mimetismo existente en los entornos académicos, sobre todo de los Estados Unidos. Por eso, este autor señala que lo preferible es que ningún experto se implique en una comisión donde tenga algún interés político o personal. También señala que se debe propiciar el diálogo y respetar las distintas posturas bioéticas. Y es que, además, es mejor estar en un debate rico de opiniones donde se salga de él sin creer tener la certeza absoluta porque así se garantiza la búsqueda de soluciones poco simplistas. Por último, Callahan demanda que en los foros y encuentros académicos se propicie la heterogeneidad, evitando que se diserte con los de la “propia pandilla”. Dicho de otra manera, que en un congreso sobre el aborto no solo se invite a aquellas que estén a favor de la despenalización de su práctica, sino a las que están militando a favor de su prohibición total.

BIOÉTICA O ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN E INSTITUCIONES SANITARIAS

En una conferencia muy conocida de Michel Foucault “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina” (1974), luego convertida en artículo (1976) (9), Foucault ya denunciaba que el nivel de la salud en realidad no tenía

⁷ Hace deudores de este punto al trabajo de filósofos como Martin Buber, Emmanuel Lévinas o Paul Ricoeur.

⁸ Este concepto de dignidad humana está especialmente presente en la Convención de Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa de 1996.

⁹ Información extraída del repositorio de la propia Universidad de Granada donde es profesor Miguel Moreno y que puede ser consultado online en “Introducción a la bioética”, <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm#07> (acceso el 17 de noviembre de 2016).

una relación directa con el crecimiento económico de la institución sanitaria. Por eso hemos decidido no dejar de recoger en este trabajo que la bioética no solo debe aplicarse al quehacer del personal sanitario sino, también, al conjunto estructural de las instituciones de salud donde este realiza su actividad profesional. Esta ética de las organizaciones es entendida como el segundo estadio de impulso de la bioética, en la medida que ambiciona ir más allá del marco casuístico de la bioética clínica y focalizar sus intereses en la forma en que la estructura y el funcionamiento de las instituciones sanitarias condiciona los obstáculos y conflictos bioéticos.

Esta bioética aplicada a las instituciones nace en Estados Unidos en la década de los 90¹⁰, probablemente porque fue el momento de mayor auge también de la medicina gestionada y de la ética de los negocios como una forma de condicionar las decisiones clínicas por factores económicos y de rentabilidad. Lejos quedaba el Plan Beveridge¹¹. Ezekiel Emanuel, uno de los bioeticistas más prestigiosos en la actualidad, puso sobre la mesa del debate la importancia de la ética de las organizaciones como nuevo paradigma de reflexión y también lo vinculó con su dimensión más económica. Fue en ese momento cuando se oían frases del tipo “you can put a price on health” o “money can’t buy you love”.

La necesidad de detenerse en el aspecto económico de las instituciones sanitarias se evidenció en el contexto estadounidense, sobre todo en la aplicación de la alta tecnología médica en la atención a los pacientes y, también, en la indudable carestía de recursos para proporcionar de modo favorable a todas las peticiones de atención sanitaria. Había necesidad de sistematizar y priorizar el empleo de los recursos sanitarios, comprendiendo la restricción de

tratamientos y servicios como consecuencia de una valoración escrupulosa de la proporción coste-beneficio en los servicios médicos. Eran los años 80 cuando se pasó de una atención sencilla por parte del doctor a una atención compleja que disparó de forma alarmante los costes sanitarios¹². Se hizo necesario intervenir y condicionar las actuaciones de los y las profesionales sanitarios dependiendo, básicamente, del coste económico. Fue el momento en el que aparecieron las auditorías externas que de forma periódica estudiaban los criterios de tratamiento, de admisión y de alta. Se quería que la medicina no solo diera resultados en salud sino resultados en capital, que la institución sanitaria obtuviera beneficios y su actuación fuera viable.

Con todo, no fue la única dimensión de la ética de la organización aplicada al sistema sanitario, sino también considerarla un valor añadido al producto, una marca de diferencia. Es decir, a igualdad de calidad y precio de un determinado servicio, acaso, la incorporación del factor ético podría inclinar la balanza hacia un usuario indeciso. En la actualidad existen múltiples ejemplos de empresas que, por ser respetuosas con el medio ambiente, o no testar con animales, o dedicar parte de sus beneficios a campañas solidarias o por no utilizar mano de obra infantil en la elaboración de sus productos –por poner un par de ejemplos rápidos– reciben la recompensa de una mayor venta y consumo de sus artículos.

En lo que respecta a España, la ética de las organizaciones sanitarias aún es un reto para el futuro en muchos escenarios en la medida en que aún se lucha, en algunos contextos, por que se reconozca la importancia del desarrollo de la bioética en toda su dimensión, sobre todo en la asistencia sanitaria y su relación con el paciente. Incorporar la ética a las estructuras sanitarias existentes sería un proyecto posterior, ineludible, pero subsiguiente en muchos casos. Con todo, la bioética sanitaria y sus diversos comités son una realidad en muchos centros, por lo que es primordial que estas organizaciones, sus equipos directivos y sus profesionales entiendan la importancia de colocar la ética organizacional como uno de los pilares fundamentales de la planificación sanitaria.

Eso sí, que la ética de las organizaciones sanitarias haya estado vinculada a la ética de los negocios y a su relación coste-beneficio no significa que se deban tomar medidas indiscriminadas de reducción del presupuesto para la salud, dado que esto tiene consecuencias claras sobre la calidad y la equidad del sistema. El incremento de la mortalidad o las listas de espera que tanto salen a relucir en los mítines políticos suelen ser indicadores básicos de evidencia de esta mala calidad vinculada a los recortes –aunque no siempre,

¹⁰ Podríamos señalar, la bibliografía especializada así lo hace, como punto de partida el año 1995, dado que fue ese año cuando la *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) incorporó en su manual de acreditación de instituciones sanitarias de EE. UU. un apartado dedicado a la “ética de la organización”. Véase *Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996*. Barcelona: SG Editores SA, 1995.

¹¹ El Plan Beveridge se implantó en Inglaterra en la década de los 40, a partir de entonces el Estado era el encargado de la organización de la salud. Los y las ciudadanas debían dejar de ahorrar para que todo su dinero fuera directamente destinado a consumir en la medida que, hasta entonces, el ahorro había sido un inconveniente para la economía mundial. Los riesgos futuros debían ser asumidos por el Estado y, de esta manera, se hacía innecesario el ahorro individual. A este sistema de seguridad dado por el Estado es al que se ha venido denominando “Estado del Bienestar”. Es el nacimiento de la Seguridad Social y el informe Beveridge el primer documento de esta naturaleza que llegó a servir como modelo de organización de salud para otros países. La salud y lo sanitario entra así en el campo la macroeconomía y se la asegura mediante impuestos.

¹² Difícil no pensar en este punto en *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (1976) de Ivan Illich. Este señaló que la medicina, por haberse convertido en un negocio, tenía efectos negativos y destructores.

dado que en muchas ocasiones las listas de espera están falseadas y no se atañen a la realidad— y demuestran cómo los recortes solo suponen un empeoramiento de la salud de la ciudadanía, un aumento progresivo de la desigualdad y el inevitable desenlace abocado hacia un sistema sanitario poco fortalecido.

EL ABORDAJE DEL DOLOR DESDE LA BIOÉTICA: MÁS ALLÁ DE LOS DILEMAS

Tras lo anterior, consideramos que la coherencia expositiva nos lleva a fusionar la bioética tratada con el abordaje del dolor de este último apartado, deteniéndonos en dónde cabría una aproximación de tipo ético en el tratamiento de este tipo de trastorno.

Considerar el dolor una experiencia personal lleva irremediablemente a pensar en el trabajo de Ronald Melzack “La tragedia del dolor innecesario” (1990) (10). Melzack en este texto explica cómo el sufrimiento prolongado puede llegar a destruir la calidad de vida de una persona hasta tener, incluso, ganas de quitarse la vida, de suicidarse. Algo que sabemos que ocurre con el dolor oncológico pero que la ciudadanía en general suele desconocer que le sucede, también, a muchas de las personas que sufren dolor crónico no oncológico. Por tanto, es importante ser consciente en todo momento de que los pacientes con dolor son una población vulnerable que requiere cuidados especiales. La vida con dolor es un sufrimiento constante que tiene un efecto destructor en quienes lo padecen, les impide dormir, les quita el apetito y les produce una sensación de agotamiento que es similar a estar arrastrando constantemente una losa.

Normalmente, cuando hacemos un análisis ético del dolor por existir una ausencia inadecuada en su abordaje desde este punto de vista se tiende al dualismo cartesiano que dicotomiza lo físico, por un lado, y lo mental, por otro. Y, en efecto, el ser humano existe a través de su propio cuerpo, pero el cuerpo, lo corpóreo, no es solo algo que la persona posee, sino algo que ella misma es. Vistas así las cosas, se puede concluir que el “insuficiente alivio del dolor es la más escandalosa y persistente de las negligencias médicas” (Gómez Sancho y Grau Ábalo, 2006: 114) (11).

Pues bien, hay diferentes controversias referidas a la definición del dolor y a los dilemas éticos existentes en la práctica médica. Justo desde la propia definición que tenemos, en la actualidad, de dolor. A todas luces una definición insatisfactoria dado que no es factible reconocer su existencia ni en el propio discurso médico, al menos, no más allá de asegurar que atiende a una percepción no agradable —sensorial y emocional— vinculada a una lesión corporal presente o potencial. Y esta es la generalidad de las definiciones donde se acepta que tiene un componente cerebral, pero, al mismo tiempo, que tiene que ver también

con un fenómeno consciente vinculado a algo fisiológico. La fisiología fenomenológica del dolor, que es la que defiende en este trabajo, se conoce bien desde los receptores nociceptivos, las vías periféricas del dolor y sus sinapsis en el Sistema Nervioso Central hasta el tálamo y algunas partes de la corteza cerebral, especialmente, la corteza somatosensorial, la parietolímbica y el cíngulo anterior. Tal, y como han asegurado algunos investigadores como Melzack, la representación central del dolor comprende una “neuromatriz”, esto es, un vínculo que de manera funcional vincula diferentes áreas sensoriales, cognitivas, afectivas y volitivas del encéfalo.

El dolor es un estado de conciencia que es particular por varias de sus dimensiones, una de ellas es su característica capacidad de estar presente en un mismo tiempo en diferentes lugares, algo que ha llamado especialmente la atención desde antiguo y que ha servido a la clásica y moderna filosofía de la mente para elaborar complejos discursos, obtener teorías diversas o refutar argumentos sobre la relación de la mente y el cuerpo. Incluso para profundizar en la potencial conexión entre la conciencia y el cerebro. Por otro lado, es importante resaltar que, por su propia naturaleza, y definición, el dolor es una expresión formal que, en realidad, no tiene lugar fuera de la propia conciencia más allá del propio lamento, quejido, aflicción y demás evidencias dentro del discurso verbal. Esto es otro dilema en sí mismo, porque el dolor en muchas ocasiones no se representa —ni por tanto se puede demostrar— más allá que en el propio informe verbal del paciente. Dicho de otra manera, solo tiene existencia ontológica en la medida en que es notado y expresado por el individuo que lo sufre. Un dolor que es tan individual y privativo que incluso el umbral del dolor al cual se reacciona es diferente por persona aun siendo el mismo dolor, porque diferentes son en las personas sus actitudes, sus creencias, sus valores y sus itinerarios personales.

Todos estos son dilemas, o trilemas, a los que se enfrenta la práctica médica, un procedimiento que en la actualidad está de moda no solo en lo que atañe al tratamiento del dolor y que consiste en decidirse por una de las opciones terapéuticas. En nuestra opinión, este procedimiento admite ciertas dudas en su puesta en funcionamiento. Sobre todo, porque es un tipo de pragmatismo ético que convierte a la biodiversidad y a la realidad multicultural en una opción entre “A” o “B”, blanco o negro, arriba o abajo, excluyendo de esta forma del espectro de elecciones otras posibilidades. Esta reducción a una simple cuestión dilemática, bi o tripolar, es aplicada por muchos y muchas a la actividad médica en todas sus dimensiones: tratamientos, diagnósticos, derivaciones y hasta en la forma en la que se administran los recursos humanos en el contexto hospitalario y de la salud. No obstante, la situación problemática subsiste y el médico intenta lograr el mejor curso de acción terapéutico.

Conviene recordar lo que nos dice el *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*, en su 23ª edición, y es que un dilema es un “argumento formado por dos proposiciones contrarias disyuntivamente” (2014) lo que quiere decir que, si negamos o concedemos validez a una de ellas, la otra queda demostrada o refutada de forma inmediata. En este punto creo que es interesante que reflexionemos sobre la legitimidad o no del uso del dilema en la actividad médica: ¿puede o debe deducirse la compleja práctica clínica y la heterogénea pluralidad del abordaje de su personal en la toma de decisiones basada, únicamente, en dos posibilidades contrapuestas y discordantes?

La respuesta bioética no se caracteriza por una toma de decisiones polarizantes sino que se define por su flexibilidad, por tener en cuenta los valores comunes de la bioética a los que se hace continuamente referencia –autonomía, beneficencia, no-maleficencia o justicia– pero también en conexión con otros múltiples valores del mundo actual que está fragmentado y es pluralista, donde el propio paciente y su familia tiene una forma de ver la vida desde su punto de vista individual, religioso o cultural. El dilema ético en la práctica médica vendría a sucederse cuando entran en conflicto dos o más valores y, entonces, el profesional sanitario debe desplegar su formación bioética, hacer uso de un cuidado juicio reflexivo y no detenerse únicamente en proposiciones o sentencias absolutas, dicotómicas o polarizantes. Además, el profesional debe ser consciente de que ninguna de sus decisiones podrá ser verificada como cierta, no hay una verdad o una falsedad evidente, que pueda ser demostrada o avalada. Es más, un buen razonamiento desde el punto de vista médico y, también, desde el punto de vista ético, admite más de una solución. Eso sí, un acto se consideraría incorrecto si no estuviera técnicamente bien ejecutado dado que los médicos trabajan con lo más preciado que tienen las personas: su vida y su salud. El profesional jamás debe hacer daño ni siquiera cuando es un daño producido por el desconocimiento, la falta de formación nunca puede ser una excusa¹³. Desde los tiempos de la antigua Roma se ha definido al médico como aquel que es “perito en el arte de curar. La pericia en el arte de curar define la ‘corrección técnica’ del ejercicio del médico, y convierte a quien lo realiza en ‘buen médico’” (Gracia, 1996: 289) (12). La bioética sería, pues, una forma de humanizar el quehacer del profesional sanitario teniendo en cuenta la interseccionalidad de factores que intervienen en la toma de decisiones tanto por su parte, como por la de su paciente.

El médico anestesiólogo Álvarez Echeverri y el cirujano

cardiovascular Velázquez Acosta en un artículo publicado hace ya algunas décadas, enumeraron algunas de las reflexiones, de esos llamados dilemas y que son solo las complejidades del ejercicio del personal sanitario. Su objetivo era que todo médico que intentara aliviar el dolor de una persona lo hiciera teniendo en cuenta el punto de vista ético de su enfermedad, independientemente de la evolución que esta tuviera. Por supuesto esta enumeración no debía ser una receta externa que aplicar a los casos de determinados pacientes, sino como un elemento intrínseco y constitutivo de su práctica profesional en la medida que ayudar a paliar el dolor del “otro” debe ser tratado como un derecho humano.

1. No es ético dejar sufrir a alguien por ignorancia, temor, creencias erróneas o mala teología.
2. Es ético sedar al paciente cuando el dolor ha sido refractario al tratamiento recomendado.
3. No es ético instruir a las nuevas generaciones médicas en el tratamiento del dolor solo desde el punto de vista estrictamente científico, desdeñando las dimensiones culturales, sociales, psicológicas y humanas, el médico debe afrontar el dolor de forma total.
4. Es ético decir al paciente la verdad de su situación. La verdad hace transparente la relación médico-paciente, fomenta la creatividad y es fuente de alivio.
5. No es ético que las autoridades e instituciones pongan trabas para la consecución, distribución y entrega de las drogas necesarias para aliviar el dolor, sobre todo los morfínicos.
6. No es ético que las empresas productoras de drogas propicien las más costosas.
7. No es ético abandonar al paciente que sufre dolor porque ya no ofrece ventajas para la medicina científica.
8. No es ético causar más dolor que el estrictamente necesario con el fin de corroborar diagnósticos o resultados investigativos.
9. No es ético engañar al paciente que sufre con la administración de placebos.
10. No es ético controlar, dominar ni medicalizar el sufrimiento, experiencia profundamente humana e individualizada. Es importante diferenciarlo del dolor que sí se tiene aproximación y control farmacológico.
11. No es ético dedicar la mayor parte de los recursos a la investigación de las enfermedades dejando de lado el alivio del dolor y la asistencia a los enfermos terminales. Para la muerte óptima y con calidad del paciente terminal, el arte médico adecúa y limita la tecnología médica y propicia un ambiente tranquilo (Echeverri y Acosta, 1995: 116).

Abordar el dolor desde la bioética es, de alguna manera, explicar qué razones nos han llevado a hacer lo que hacemos, qué consideramos como algo bueno o malo para

¹³ Al menos antes del siglo xx, tras este siglo al peligro de la ignorancia se suma el peligro de la pericia. Asegura Foucault a este respecto “desde comienzos del siglo xx [surge] el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, no en la medida de su ignorancia y falsedad, sino en la medida de su saber, en la medida en que constituye una ciencia” (1976: 157-8) (13).

el paciente y su trastorno, o justo o injusto o correcto o incorrecto. Y, sobre todo, intentar que el paciente mejore su calidad de vida, conseguirlo determina la calidad de la atención dada por el profesional sanitario. Algunos profesionales han llegado a proponer, para evitar este sufrimiento, la eutanasia. Sin embargo, y como advierten Echeverri y Acosta, “para la mayoría de los integrantes del sistema de salud es controvertida esta acción del asesinato intencional. En contraste, luchan por el alivio, como un derecho humano” (Echeverri y Acosta, 1995: 122) (14). Y ese alivio pasa por tener claras estas reflexiones, estos principios que, por supuesto, por ellos mismos tampoco son respuesta de nada. Sería totalmente ingenuo creer que solo con un sistema de principios, sea de la naturaleza que fuera, se podrían solucionar los inconvenientes éticos a los que se enfrenta el personal sanitario. Y es que, no olvidemos, los principios son por definición generalistas y los conflictos éticos de un paciente, concretos, subjetivos e individuales. Por tanto, siempre es necesario partir de un procedimiento de razonamiento ético que, aun derivado de los principios, se detenga en la particularidad de cada caso y que se oriente a tres dimensiones de manera simultánea: proporcionalidad de la intervención, responsabilidad médica sobre el conjunto del proceso y objetivos perseguidos. Es lo que Aristóteles llamó *phrónesis*, prudencia, y que pasa por percatarse de las consecuencias de cualquier acto o decisión. Vistas así las cosas, se puede llegar a deducir que el comportamiento ético aplicado al tratamiento del dolor debe constar de tres momentos, uno cognitivo que nos permite saber qué hay que hacer y cómo; un segundo principalista, deontológico, que nos lleva a conocer las normas según las cuales las acciones médicas van a ser llevadas a cabo y, después, otro *consecuencialista*, teleológico que tiene como objetivo conocer y adjuntar un conocimiento de los fines.

Por todo lo anterior, queda claro que —efectivamente— hay que contemplar las normas, pero también las excepciones a esas normas, y es en este último punto donde el médico formado en filosofía, en bioética, tiene más peso, en la medida que su aportación es fundamental para dar el matiz de comprensión que el caso específico de análisis requiere. Así nos hallaremos ante un método específico para un paciente en concreto dado que este tiene su propio caso y su propia historia clínica¹⁴. Tal y como asegura Hansberg, “la experiencia demuestra que en las historias conflictivas hay por lo general más de un problema ético” (1996: 286) (15). Finalmente, todo ello debe llevarse

a cabo respetando la autonomía del paciente para lo que se dispone de un acuerdo privado —el llamado consentimiento informado— donde prima la autonomía del paciente pero, también, la beneficencia técnica del profesional sanitario.

Nos gustaría al hilo de lo expuesto traer a colación la reflexión que se deriva del título del artículo de Graciano González Rodríguez Arnaiz, ¿se puede —entonces— hablar de una ética profesional sanitaria? (2006). Este mismo autor asegura que nos hallamos en un momento donde el profesionalismo está de moda porque decir que un oficio es, al tiempo, una profesión es darle aval, garantía al quehacer experto. Espero haber dejado claro a lo largo de estas páginas que opto porque la actividad profesional esté vinculada siempre a una dimensión ética por lo que, en ese sentido, se podría hablar entonces de una ética de las profesiones. En este caso, de una ética de la profesión médica que como señala González Rodríguez Arnaiz pasa por identificar un tema, un método y un saber (2006: 145) (16).

Sin embargo, la vinculación de la profesión con la ética o la moral no siempre ha encontrado espacio de actuación. González Rodríguez Arnaiz hace bascular el profesionalismo médico actual entre dos extremos. Por un lado, señala lo que defienden autores como el escocés Alasdair MacIntyre, que el mundo de las profesiones es un cosmos en el que se sacan constantemente a relucir una serie de asuntos que tienen que ver substancialmente con la realización personal, con el ejercicio de la responsabilidad, con el sentido de arrogarse un cometido, dimensiones claves para hablar de referentes morales, personales e institucionales.

Y, por otro lado, argumenta que existen críticos radicales como, por ejemplo, Ivan Illich que seguían a pie juntillas lo que postuló Bernard Shaw de “toda profesión es una conspiración contra el laicado” (Apud. González Rodríguez Arnaiz, 2006: 136) en el sentido más corporativista de la máxima, donde toda profesión es una puesta en escena de una solidaridad interesada. Existe en la práctica sanitaria, qué duda cabe, que muchas veces se parapeta en códigos deontológicos para defenderse de las distintas reclamaciones que puedan sobrevenir e, incluso, para reclamar un estatus especial.

Sigamos. Un rápido vistazo a los periódicos y prensa diaria nos devuelve cientos de titulares donde se ventilan las supuestas malas prácticas de los profesionales sanitarios, probablemente porque es lo más que vende¹⁵. Según

¹⁴ La Historia Clínica es una de las herramientas más útiles e importantes para el profesional sanitario. Interesante en este sentido es traer a colación al microbiólogo Lawrence Weed que en los años 60 elaboró una *Historia Clínica Orientada a Problemas* (1969). Su método permitía un registro mucho más dinámico y riguroso de la información y, al mismo tiempo, favorecía la información, la comunicación, la docencia y la investigación.

¹⁵ “Futbolista boliviano falleció tras una supuesta mala praxis médica” dice Nocias24.com el 11/12/2016; “Una madre denuncia una posible mala praxis médica en Urgencias” señala a su vez El Pueblo de Ceuta.es el 6/12/2016; “37 médicos inhabilitados por mala praxis” recoge El País el 26/11/2016; “Forenses apuntan a una mala praxis a un menor en urgencias” en Huelvainformación.com el 14/12/2016 y, por poner otro ejemplo más de los cientos que se pueden encontrar en las redes, “Demanda millonaria por mala praxis”, El País, el 19/11/2016.

González Rodríguez Arnaiz se trataría: “en primer lugar, de reconsiderar el papel social de los profesionales como agentes dotados de un poder social y político relevante en todo lo concerniente a su parcela y, por extensión, a todo lo que tiene que ver con la salud y la enfermedad [...]. En segundo lugar, se trata de replantear el tema de la responsabilidad que han aceptado como consecuencia del ejercicio de dicho poder. Y, en tercer lugar, se trata de poner de relieve el cambio de escenario en el que ambas perspectivas se llevan a cabo hoy en día” (2006: 136).

Este proceso que señala González Rodríguez Arnaiz se desarrolla en torno a la década de los 50 del pasado siglo xx, justo cuando podemos hablar de una verdadera cultura sanitaria, pero con una doble vertiente. Una de ellas es la que subraya su paternalismo profesional, esto es, cuando el especialista sanitario sabía lo que más le convenía al paciente sin tener en cuenta al propio paciente. Y, por otro lado, una vertiente más participativa que admite el juicio del paciente en la toma de decisiones sobre su vida y su salud. En este sentido y, basándonos en nuestra propia experiencia personal, no significa que la opinión del paciente sea tomada en cuenta con el mismo peso que la del profesional sanitario que está formado y especializado en su caso, sino únicamente que su opinión se tenga en cuenta. Dicho en otras palabras, es mandatario escuchar al paciente, pero no es obligatorio incorporar su juicio a la toma de decisiones no solo porque no es un experto en el tema sobre el que valora sino, además, porque su opinión está afectada por muchísimos factores tales como las propias emociones que siente por estar enfermo, la presión que hayan podido ejercer sus familiares, las opiniones que haya podido leer en foros de internet no especializados, etc. Jonsen, a cuenta de su retrospectivo, nos avala en este punto, puesto que el contexto clínico entre médico y paciente es el de pedir ayuda y alivio, más conectado con la ética médica hipocrática que con la moderna bioética y, además, en la actualidad las pseudociencias están jugando muy malas pasadas a pacientes crédulos que son engañados con discursos verdaderamente dañinos y que, a veces, son insensibles al razonamiento clínico y científico.

CONCLUSIONES

Dice Toulmin que en “los últimos cincuenta años han cambiado no solo las actividades de los profesionales, sino (sobre todo) la manera en que las personas ajenas a la materia perciben y critican esas actividades” (2003: 175) (17). Está en lo cierto, quizá lo que ha cambiado no sea tanto la actividad profesional del médico sino la forma en que los pacientes perciben su ejercicio profesional y se reclama su participación y responsabilidad en unos niveles impensables

hasta hace relativamente poco tiempo. Sobre todo, cuando se atañen temas delicados desde el punto de vista de los valores morales, es decir, aquellas cuestiones relacionadas con la vida, pero también con la muerte y sus confines, el aborto, la dignidad y hasta la manipulación biológica o genética.

Por todo ello, una ética aplicada a la profesión médica es una ética que está siempre en constante desafío, enfrentándose a innumerables retos porque lo que está en juego es lo más valioso que posee el ser humano. Nace así la bioética, una rama de la ética, la ética aplicada, como ciencia específica facultada para dar cuenta a esos escenarios de conflictos, a esos inconvenientes y obstáculos emanados de su propia práctica. Pensar en clave bioética no es sencillo desde una formación médica hiper-especializada, pero sin lugar a dudas es una necesidad imperiosa de nuestro sistema sanitario actual debe contemplar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reich, W. T. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: The Free Press; 1978.
2. García JJ. *Bioética en Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*, <http://www.philosophica.info/voces/bioetica/Bioetica.html>, 2016.
3. Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood: Prentice Hall; 1971.
4. Engelhardt T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós; 1995.
5. Kant I. *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: El Ateneo; 1952.
6. Schotsmans PT. Integration of bio-ethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies. *Acta Bioethica* 2005;11(1).
7. Schotsmans PT. Personalism in medical ethics. *Ethical Perspectives* 1999;6(1).
8. Callahan D. *Bioethics, our crowd, and ideology*. *Hastings Center Report* 1996;26(6):3-4.
9. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud (OPAS)* 1976;10(2):152-70.
10. Melzack R. La tragedia del dolor innecesario. *Investigación y ciencia* 1990;(163):10-8.
11. Gómez Sáncho M, Grau Ábalo JA. *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid: Arán Ediciones; 2006.
12. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud (OPAS)* 1976;10(2):152-70.
13. Gracia D. Problemas éticos en medicina. Guariglia O. (ed). CSIC, CSIC Press. *Cuestiones morales* 1996;2:271-90.
14. Echeverri TA, Acosta OV. La ética en la asistencia al paciente con dolor y sufrimiento. *Iatreia* 1995;8(3):116-23.
15. Hansberg O. *Cuestiones morales*. Guariglia O (ed). CSIC, CSIC Pres. *Cuestiones morales* 1996;2:107-29.
16. González Rodríguez Arnaiz G. *Bioética: ¿se puede hablar de una ética profesional sanitaria? Ágora. Papeles de filosofía* 2006;25(1):135-65.
17. Toulmin S. *Regreso a la razón. El debate entre la racionalidad y la experiencia y las prácticas personales en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Península; 2003.