

Bioética, formación y series de televisión. Parte II. Los principios bioéticos

Bioethics, training and television series. Part II. Bioethical principles

AUTORA

Alba Pons Revuelta

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saúde de Cerdedo (Pontevedra).

Autora de correspondencia: Alba Pons Revuelta. E-mail: albaponsrevuelta@gmail.com

Resumen

Objetivo: Este trabajo pretende analizar cuestiones bioéticas básicas y su evolución a lo largo de los años en las series de televisión, centrándose principalmente en las de carácter médico.

Diseño: Se seleccionaron capítulos de las series *ER*, *Scrubs* y *The Resident*. Se visionaron diversos episodios de estas series, buscando los posibles conflictos relacionados con cada uno de los principios bioéticos, interpretándolos y evaluando el papel de los profesionales ante los mismos. Además, se revisó la bibliografía académica relacionada.

Resultados: Se evaluaron un total de 570 capítulos, correspondiendo 331 a *ER*, 182 a *Scrubs* y 57 a *The Resident*. La selección final consta de un capítulo por cada temporada de las series de *ER* y *Scrubs* y dos por cada temporada de *The Resident*, debido a su respectiva longevidad.

Conclusiones: Los conflictos bioéticos abordados en las series médicas nos permiten su evaluación, comprensión y desarrollo, alentando discusiones críticas y fomentando el interés por ampliar nuestros conocimientos al respecto.

Palabras clave: bioética, formación, series.

Abstract

Title: Bioethics, training and television series. Part II. Bioethical principles.

Objective: This work aims to analyse basic bioethical issues and their evolution over the years in television series, focusing mainly on the medical ones.

Design: Episodes from the series *ER*, *Scrubs* and *The Resident* were selected and watched, looking for possible conflicts related to each of the bioethical principles, interpreting them and evaluating the role of professionals regarding them. In addition, academic literature was reviewed.

Results: A total of 570 chapters were evaluated, 331 corresponding to *ER*, 182 to *Scrubs* and 57 to *The Resident*. The final selection consists of one episode for each season of *ER* and *Scrubs* and two for each season of *The Resident*, due to their respective longevity.

Conclusions: The bioethical conflicts addressed in medical series allow us to evaluate, understand and develop them, encouraging critical discussions and promoting interest in expanding our knowledge on the matter.

Key words: bioethics, training, series.

INTRODUCCIÓN

Desde Hipócrates, la relación médico-paciente se ha basado en el principio de beneficencia, estableciendo el beneficio del paciente, desde el punto de vista de la medicina, como el objetivo que se desea alcanzar, sin tener en cuenta la opinión del principal implicado, el enfermo (*todo para el paciente, pero sin el paciente*), hecho que tiene connotaciones paternalistas.

Sin embargo, en una relación médico-paciente y en la toma de decisiones clínicas, además de los factores científico-técnicos, también intervienen aspectos éticos, así como valores y prioridades de los profesionales y los pacientes, que no siempre coinciden. [1]

En 1974 el Congreso de EEUU creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* con el objetivo de elaborar directrices éticas para proteger y garantizar los derechos de los seres humanos que se incluyeran en la investigación biomédica.

Todo ello quedó reflejado en el Informe Belmont de 1978, donde se estableció que para considerar ética la experimentación biomédica se debía asegurar el reconocimiento de los principios de beneficencia, respeto y justicia. [2]

A partir del Informe Belmont, Beauchamp y Childress desarrollaron la teoría de un marco básico común para analizar y resolver los conflictos éticos en el campo sanitario, basado en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. [3, 4]

Estos principios han pasado a considerarse como los principios generales de la Bioética, que se estableció como una disciplina que englobaba, no sólo la experimentación biomédica, sino problemas relacionados con la ética clínica y la biotecnología, convirtiéndola en una materia plural, multidisciplinar y en constante crecimiento. [5, 6, 7]

Las series que abordan temas sobre la salud abundan. Las tramas de este tipo de series se centran en casos de uno o diversos pacientes, que se inician y concluyen en un episodio, desarrollando de forma simultánea la trama del equipo de profesionales protagonista. En ciertas ocasiones (en algunas series más que en otras), la historia de un paciente concreto tiene una mayor influencia sobre los personajes principales, normalmente cuando los casos implican un conflicto ético.

La representación de los profesionales sanitarios en las series de televisión y los problemas éticos a los que se enfrentan pueden influir en las actitudes, creencias y percepciones populares. Además, proporcionan una oportunidad para alentar discusiones más profundas y hacer de la bioética un tema más accesible y democrático.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, aun siendo muy realistas y empleando personal médico y de enfermería como asesores, el propósito final de estos programas es entretener. [8, 9]

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar el planteamiento, abordaje y resolución de los conflictos que puedan surgir en el contexto clínico que las series de televisión presentan, desde la perspectiva ética, deontológica y legal, en torno a los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo es la segunda parte de un estudio titulado *BIOÉTICA, FORMACIÓN Y SERIES DE TELEVISIÓN*, cuya metodología es compartida con la Parte I y, le sugerimos que se consulte en la publicación *Bioética, formación y series de televisión. Parte I. Planteamiento y metodología*, publicada en Cadernos de Atención Primaria Vol 29, nº1 (2023). [10]

RESULTADOS

Principio de Beneficencia

El principio de beneficencia es constante en la mayor parte de los episodios visionados, ya que, según su definición, es inherente a la práctica clínica habitual.

En el capítulo 7 de la primera temporada de *The Resident*, el Dr. Hawkins se enfrenta a la Dra. Hunter, adjunta de Oncología, por la gestión del caso de Daryl, un paciente con cáncer de pulmón que ambos atienden:

- Hunter: *Está bien, mañana podremos empezar la radioterapia.*
- Hawkins: *Con todos mis respetos, no estoy de acuerdo con ese enfoque. Ya tenemos los resultados de la biopsia, es lo que pensábamos, estadio IV, células pequeñas, no se puede hacer nada. Deja que se vaya a su casa.*
- Hunter: *No, mañana empezaremos el tratamiento. Sólo tengo que marcar la zona de radiación. Haremos dos sesiones diarias, en total 30 en tres semanas, y lo alternaremos con quimioterapia.*
- Hawkins: *Es que el hombre no quiere.*
- Hunter: *Los pacientes no saben lo que quieren, Conrad. Somos nosotros los que tenemos que hacerles entender lo que es mejor para ellos.*
- Hawkins: *O no decirles la verdad y ocultarles las cosas malas.*
- Hunter: *¿Sabes qué?, yo no acepto la rendición. Espero que algún día estés orgulloso de ser médico.*

Esta situación presenta un enfoque claramente paternalista por parte de la Dra. Hunter, que, desoyendo los deseos del paciente (incluso podríamos decir que desconociéndolos), quiere seguir adelante con un tratamiento que va a empeorar su calidad de vida sin aportar un claro beneficio, ya que el estadio de su enfermedad tiene una supervivencia inferior a 6 meses.

Además, también aborda la cuestión de la escasa información que se le proporciona habitualmente a los pacientes, impidiendo que puedan tomar decisiones verdaderamente autónomas, e introduce el concepto de fracaso profesional.

El artículo 36 del Código Deontológico de la Organización Médica Colegial (OMC) versa así:

• *El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.*

• *El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. [11]*

En el caso de Daryl, la curación del paciente no es posible y las medidas terapéuticas que se plantean son claramente obstinadas y en contra de la voluntad explícita del paciente, por lo que la postura de Hawkins respeta tanto los principios bioéticos como el código deontológico.

Como hemos citado anteriormente, el paternalismo va asociado, en muchas ocasiones, a la idea de que no hacer todo lo posible por salvar la vida de los pacientes es fracasar como profesionales.

Como ejemplos de este concepto tenemos un diálogo entre el Dr. Ross y el Dr. Greene al final del capítulo 16 de la tercera temporada de *ER*:

- Ross: *He dejado que un chico con fibrosis se vaya a casa. Tiene dieciocho años. Se ha ido a morir con su novia. No quería mi ayuda.*
- Greene: *¿Podías haber hecho algo por él?*
- Ross: *No, no mucho.*

- *Greene: Yo me he pasado el día intentando meter una paciente con síndrome de Down en la lista de trasplantes de corazón.*
- *Ross: ¿Y?*
- *Greene: La madre no quiso firmar el consentimiento.*
- *Ross: Menudo par de médicos estamos hechos.*
- *Greene: Íbamos a cambiar el mundo, ¿recuerdas?*

Y una conversación entre el Dr. Dorian y el Dr. Cox en el capítulo 4 de la primera temporada de *Scrubs*:

- *Cox: O sea, que no quiere hacer diálisis.*
- *Dorian: Sí, ¿qué debo hacer?*
- *Cox: Bueno, si rechaza la diálisis, entonces no hay ningún dilema ético.*
- *Dorian: Pero, ¿y nuestro deber de hacer todo lo posible para ayudar al paciente y...?*
- [Cox finge que llora como un niño pequeño]*
- *Cox: Nuestro deber como médicos... Mira, esto no tiene nada que ver con el paciente, tiene que ver contigo. Tú, tienes miedo a la muerte, y no deberías tenerlo. Eres médico y tienes que aceptar que todo lo que hacemos aquí, todo, es solo una tregua. Intentamos prolongar la partida, eso es todo. Pero el final siempre es el mismo. Es ley de vida.*

El *Hastings Center Report* publicó en 1996 una propuesta sobre los objetivos de la Medicina, abordados posteriormente por Martínez-Montauti y que son los siguientes:

- Prevención de la enfermedad, y promoción y mantenimiento de la salud.
- Alivio del dolor y los sufrimientos causados por la enfermedad.
- Cuidado y curación de los enfermos, y cuidado de los que no pueden ser curados.
- Evitar la muerte prematura y procurar una muerte plácida. [12, 13]

Según éstos, ninguno de los médicos que evaluamos ha fracasado en la práctica médica. Todos ellos presentan competencias profesionales que les permiten enfrentar las complejas situaciones que atienden, además de establecer una relación asistencial basada en la confianza y la colaboración, hecho que les lleva a respetar la autonomía de sus pacientes a pesar de sus creencias.

Otra de las situaciones en que la beneficencia entra en conflicto son los errores médicos, los cuales se plantean a lo largo de múltiples episodios de todas las series analizadas y que veremos a continuación.

El Código Deontológico de la OMC se refiere a esta cuestión en el artículo 17: *El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada.* [11]

En el capítulo 17 de la segunda temporada de *ER*, el Dr. Benton detecta un error de Ross respecto al diagnóstico de un osteosarcoma en una radiografía previa de un niño que atiende por un accidente de tráfico. El Dr. Greene, el Dr. Ross y la asesora legal del hospital se reúnen para hablar sobre cómo conducir la situación, ante lo que ésta última le recomienda que no diga nada, ya que no aporta beneficio y no hay obligación legal de hacerlo. Más tarde, Benton, convencido de que han hablado con el abuelo del niño sobre el error cometido, se percata de que no es así, siendo él quien le revela

la verdad sobre la situación, ocasionando un conflicto directo con Ross, en el que acaba participando todo el servicio de urgencias.

Al final del capítulo, Ross reflexiona sobre su error, aludiendo que tras repasar los casos que valoró ese día, atendió a un total de 48 niños, dedicándole solo 12 minutos a cada uno de ellos. Benton, hablando con la enfermera Boulet mientras ésta le da su apoyo, le dice *he roto el código*.

El código al que Benton se refiere es el que existe entre compañeros de profesión y que también está recogido en el artículo 37 del Código de Deontología de la OMC:

- *La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella solo tienen preferencia los derechos del paciente.*

- *Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fue la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas.*

- *Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante. [11]*

La actuación de Ross al no asumir las consecuencias de su error va en contra del artículo 17 del Código Deontológico, pero que Benton considere que rompe con lo estipulado en el artículo 37 de ese mismo código es claramente cuestionable.

En la misma línea, el capítulo 17 de la sexta temporada de *ER* aborda un error relacionado con una prescripción médica. La Dra. Finch, en la vorágine generada por la llegada de múltiples politraumas al servicio, entrega una receta escrita por Benton sin revisarla, hecho que lleva a la dispensación de un fármaco incorrecto, y a que el paciente sufra un infarto agudo de miocardio. Este tipo de errores son cada vez menos frecuentes, ya que las recetas están informatizadas y los tratamientos prescritos se incluyen en los informes de alta con su posología y duración.

Desde una perspectiva algo más cómica, pero igualmente trágica, en el capítulo 14 de la tercera temporada de *Scrubs*, el Dr. Dorian tiene dudas sobre un paciente con una arritmia cardíaca, y cuando va en busca de la ayuda del Dr. Cox, éste le dice que está muy ocupado y no puede atenderle, argumentando que por treinta minutos su paciente no va a tener problemas. El paciente fallece y Cox culpa a Dorian, por lo que se queda de guardia durante más de sesenta horas para impedir que nadie más muera debido a errores médicos. Finalmente Cox le pide disculpas a Dorian, ya que el error fue suyo, al estar distraído por la reciente muerte de su cuñado, con el que tenía una relación muy estrecha, ignorando su responsabilidad como supervisor de Dorian.

Por último, *The Resident* también enfrenta los errores médicos. En el capítulo 17 de la tercera temporada, plantean el caso de un neonato que requiere cirugía por una ectopia cordis asociada a una tetralogía de Fallot. Debido a la complejidad del caso y la subespecialización que la cirugía pediátrica neonatal supone, el cirujano cardíaco del Chastain, el Dr. Austin, no se ve capacitado para realizarla y busca la ayuda de la Dra. Brown, una especialista en el campo. Antes de la intervención, el Dr. Pravesh se la encuentra administrándose oxígeno y sueros, por lo que sospecha que la cirujana está bajo los efectos de alguna sustancia. Al iniciar la intervención y tras un error de Brown que lleva a seccionar un vaso cardíaco, Pravesh confirma sus sospechas y se lo dice a Austin, quien interviene y acaba realizando la cirugía. Este último caso, en el que la Dra. Brown se encontraba bajo los efectos del alcohol antes de realizar una intervención no sólo es reprobable a nivel ético y deontológico, sino que se consideraría mala praxis, lo que también es punible penalmente.

Principio de No maleficencia

El análisis del principio de no maleficencia suele realizarse en conjunto con el de beneficencia, estableciendo una proporcionalidad adecuada entre beneficio-perjuicio a la hora de tomar decisiones, y, al igual que éste, está presente en gran parte de los episodios, ya que también es una constante de la práctica clínica diaria.

En el capítulo 18 de la octava temporada de *ER*, el Dr. Greene empieza a notar las limitaciones que su enfermedad (la recidiva de un tumor cerebral con muy mal pronóstico) tiene sobre su práctica clínica diaria, al sufrir un temblor que demoró la intubación de una paciente crítica. Ante este hecho, la Dra.

Weaver, que presencia la situación, le ofrece ayuda y le recuerda que nadie es imprescindible, y que debe pensar en el bien de los pacientes. Al final del episodio, tras acabar su turno, el Dr. Greene se marcha de las urgencias para no volver, siendo consciente de que no puede realizar su trabajo como antaño y que quiere morir como ha vivido.

En este caso, Weaver recurre al principio de no maleficencia para enfrentar la situación con Greene, y éste es uno de los pilares fundamentales de su decisión para irse.

Como contrapunto al caso anterior, en la primera temporada de *The Resident* nos muestran que el Dr. Bell, Jefe de Cirugía del hospital, sufre un temblor en ambas manos que le dificulta la realización de sus intervenciones quirúrgicas habituales. En lugar asumir sus limitaciones e intentar remediarlo, lo mantiene en secreto, forzando a su residente a hacerse cargo de intervenciones complejas que escapen a su responsabilidad. Al principio del capítulo 3, Bell recurre a un compañero de Neurología, ocultando que el paciente es él, para valorar posibles tratamientos. La sugerencia del especialista, ante el fracaso de la primera opción terapéutica, son las benzodiazepinas, unos fármacos con efectos hipnóticos que pueden condicionar sus capacidades como cirujano.

Es evidente que Bell, a diferencia de Greene, no es consciente de que su problema médico no solo le afecta a él, sino que puede perjudicar a sus pacientes, además de a sus compañeros y personal en formación a su cargo.

Por otro lado, uno de los conflictos más recurrentes respecto a este principio es el que se presenta cuando se priorizan cuestiones personales y/o económicas sobre las de los pacientes, generando perjuicios sobre ellos y omitiendo el imperativo *primum non nocere*.

En el capítulo 7 de la sexta temporada de *Scrubs*, el Dr. Kelso reflexiona con el soldado Brian sobre cómo la discusión en torno a la guerra de Irak ha provocado que la mayor parte del personal se desvincule de sus responsabilidades, impactando de forma negativa sobre la salud de sus pacientes:

– Kelso: Tu implicación en la guerra ha provocado una discusión bastante acalorada entre el personal. Verás, ellos creen que pueden guardar sus disputas en una caja y que así no les afectarán en el trabajo, pero se equivocan. [...] Al final no se acude a una llamada o alguna prueba no se realiza lo rápido que se debería y alguien como tú acaba pagando el pato.

También, a esta situación se suma la falta de personal de enfermería, hecho que sí es responsabilidad del propio Kelso, por lo que éste acaba colaborando él mismo para solventarlo.

Otro ejemplo lo encontramos en el capítulo 10 de la tercera temporada de *The Resident*, en una conversación entre el Dr. Bell y la Dra. Voss sobre el Dr. Cain:

– Bell: Juega con el sistema para hinchar sus estadísticas a expensas de los pacientes.
– Voss: Por eso he venido a hablar contigo. Ya sabes que he sido amable con Cain y sus acciones para averiguar lo que trama.
– Bell: Sí.
– Voss: He visto cirugías con residentes operando. Tratamientos excesivos, por no hablar de facturas engordadas. Esta mañana operó a un paciente sin necesidad, condenándole a una vida con respirador en un estado vegetativo, únicamente para no tener una muerte en su quirófano
– Bell: No me sorprende.
– Voss: Debemos hacer algo.
– Bell: Lo siento, no debemos hacer nada. Solo aléjate de la línea de fuego. Necesitamos a médicas como tú, ahora más que nunca. Y toca renovarte el contrato. Si él cree que estás en su

contra, te echarán.

– Voss: Pero, ¿y tú?

– Bell: Mi contrato es inquebrantable, así que lo siguiente dependerá de mí.

En este caso entran en juego otras cuestiones, que son recurrentes en los quirófanos americanos, como son las estadísticas de los cirujanos en sus intervenciones y la repercusión que éstas tienen sobre sus currículums y contratos, hecho que acarrea no sólo una vulneración del principio de no maleficencia, sino múltiples conflictos bioéticos.

Principio de Autonomía

El principio de autonomía tiene varias vertientes, que analizaremos y que se abordan perfectamente con ejemplos de todas las series seleccionadas.

Un ejemplo de la importancia de la información médica es el caso de Daryl, ya expuesto previamente en el apartado sobre beneficencia, que corresponde al capítulo 7 de la primera temporada de *The Resident*. La escasa y compleja información proporcionada por la Dra. Hunter lleva a Daryl a aceptar el tratamiento con radioterapia y quimioterapia, que inicialmente había rechazado, ya que ésta le ha asegurado que alargará su esperanza de vida en un 25%. Cuando el Dr. Hawkins y la enfermera Nevin le llevan a su primera sesión, Daryl pregunta qué significan y qué suponen esas cifras para su caso, por lo que Hawkins le explica, de forma directa y comprensible, el tiempo de supervivencia estimado y las posibles complicaciones del tratamiento. Ante esto, Daryl y su mujer deciden fugarse del hospital para pasar juntos sus últimos meses de vida.

Otro ejemplo sobre la información médica en relación a la autonomía de los pacientes es el que encontramos en el capítulo 17 de la tercera temporada de *The Resident*:

– Doll E.: Mi existencia como Doll E. Wood depende de mi voz.

– Ezra: Puedes seguir haciendo playbacks.

– Doll E.: Claro, pero no es lo único que hago. Dolly Parton habla, y mucho. Tiene una relación íntima con su público. Dolly tiene que tener voz, hablar con su público. Comprendanlo.

– Bell: Verá, si dejamos sus paratiroides donde están le provocará una crisis hipercalcémica.

– Ezra: Es lo que pasó hoy. La próxima vez podría morir.

– Doll E.: Ha dicho que podría provocar una crisis hiper... nosequé cómo se llame, así que no es seguro...

– Bell: No, pero es un riesgo que no debe correr.

– Doll E.: Cuando encontré la voz de Dolly, mi vida pasó del blanco y negro a todos los colores del arco iris. [Ezra canta una estrofa de Dolly Parton]

– Doll E.: Éste chico es una joya, está cantando a Dolly. [Sigue cantando]

– Bell: Bien, creo que nos hacemos una idea. Haré todo lo posible para preservar su voz. ¿Programamos la cirugía?

– Doll E.: No.

En el caso de Doll E., asumimos que previamente a esta escena le explican la intervención al paciente, ya que entiende las consecuencias de la misma, pero cabe destacar que la cuestión de las

crisis hipercalcémicas y su gravedad se aproxima vagamente y de forma muy técnica. Al final del capítulo, Doll E. decide someterse a la operación, pero tanto la postura mostrada en este diálogo como la que sucede antes de que cambie de opinión, respetan claramente su derecho a la información y su autonomía como paciente.

A lo largo de los capítulos analizados también encontramos ejemplos de vulneración de la autonomía de los pacientes. El caso planteado en el capítulo 2 de la decimocuarta temporada de *ER* tiene una particularidad que vale la pena analizar:

- Lockhart: *Han estado hablando con Carlos una hora y quieren hablar con el cirujano jefe.*
- Dubenko: *¿Sigue negándose a la desbridación?*
- Lockhart: *Dice que si le sacan la bala está perdido.*
- Dubenko: *¿Comprende los riesgos? Pues está en su derecho a negarse. [Se encuentran con los inspectores]. ¿Cómo están?*
- Inspector: *La Fiscalía ha hablado con un juez que va a firmar una orden judicial urgente obligando a Carlos Vega a someterse a la operación.*
- Dubenko: *¿Qué?*
- Inspector: *Llegará en menos de una hora.*
- Lockhart: *El Estado no puede dictar un tratamiento.*
- Inspectora: *Pues lo ha hecho.*
- Inspector: *La bala nos dirá si es culpable.*
- Lockhart: *Pero ésa no es la cuestión. Como paciente tiene derecho, y no vamos a hacerlo.*
- Inspectora: *No es cosa suya.*
- Lockhart: *¿Y qué será lo siguiente, esterilizaciones forzadas [...]?*

La situación aquí planteada implica la vulneración, por parte de la autoridad judicial, del derecho del paciente a rechazar un tratamiento, forzándole a someterse al mismo a pesar de los riesgos asociados.

Consentimiento informado

Para iniciar este apartado, utilizaremos el enfrentamiento entre el Dr. Barnett y la enfermera Taggart, que se muestra en el capítulo 2 de la decimosegunda temporada de *ER*, en relación con Claire, una paciente embarazada que está gestando de forma subrogada:

- Claire: *¿Puedo dar el consentimiento como último recurso, sólo si el bebé corre un peligro grave?*
- Barnett: *Por supuesto. Sam tiene aquí el impreso.*
- Claire: *Pero sólo como último recurso.*
- Taggart: *Tienes que conocer los riesgos.*
- Claire: *¿Qué riesgos?*
- Barnett: *Sam...*

- Taggart: Hemorragia, infección, parálisis, apoplejía,...
- Barnett: Sam... Mira, son mínimos esos riesgos, de verdad. Oye, ¿puedo hablar contigo fuera?
- Claire: No voy a firmar.
- Barnett: Aguarda, aguarda, piénsalo, ¿vale?. [Taggart y Barnett salen de la habitación]. ¿Se puede saber qué haces?
- Taggart: Debe ser consciente de los riesgos, por eso se llama consentimiento informado.
- Barnett: Has hablado como si fuera un trasplante de cerebro.
- Taggart: Y tú una manicura.
- Barnett: No tienes por qué explicar el procedimiento a los pacientes.
- Taggart: No, debes hacerlo tú y no lo haces.

En esta disputa, Taggart elude magníficamente la responsabilidad de Barnett de informar a su paciente antes de que ésta preste su consentimiento, ya que por ello se denomina consentimiento informado.

Sobre esta cuestión existe un amplio soporte legal, ético y deontológico, tal y como se detalla a continuación:

- Artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad de 1986.
- Artículo 5 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997.
- Artículo 8 de la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Artículo 6.1 de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005.
- Artículo 16 del Código Deontológico de la OMC de 2011.

Conspiración del silencio

A lo largo de las series analizadas podemos encontrar algunos ejemplos.

En la quinta temporada de *ER*, en el episodio 17, la Dra. Knight se enfrenta a una conspiración del silencio en torno al diagnóstico de su paciente:

- Knight: Luego vendré para revisar los resultados con su madre.
- Hijo: No será necesario. Mi madre no sabe que tiene cáncer.
- Nieta: ¿No se lo habéis dicho?
- Nuera: Ni vamos a decírselo.
- Knight: Debería ver a un oncólogo y empezar un tratamiento. No entiendo por qué tienen que hacer algo así.
- Hijo: Saberlo la deprimiría.
- Nuera: Morirá antes si lo sabe.
- Knight: La radioterapia puede mejorar su calidad de vida y acabar con los ataques, pero para eso tiene que estar informada.

– Hijo: *No vamos a decírselo y tampoco quiero que lo haga usted. Tiene razón, señorita Knight, usted no lo entiende.*

Ante esta situación, Knight intenta averiguar si su paciente quiere o no recibir información sobre su estado de salud:

– Knight: *¿Quién toma las decisiones sobre su salud? [La nieta traduce al chino para su abuela]*
 – Nieta: *Dice que hablen con mi padre. Quizá no deberíamos hacer esto.*
 – Knight: *Si hay alguna novedad en su estado, buena o mala, ¿con quién quiere que hablemos? [La nieta traduce al chino para su abuela]*
 – Nieta: *Dice que mi padre le dijo hace un año que tenía tuberculosis.*

En el caso planteado, Knight acaba revelando a la paciente, por error, que padece cáncer. Más tarde, ésta sufre una crisis epiléptica, con amnesia retrógrada asociada, por lo que no recuerda la conversación con la doctora. Cuando la paciente le pregunta a Knight qué ha pasado, ésta le miente y relaciona la crisis con un diagnóstico reciente de epilepsia, bajo la mirada beneplácita de los familiares.

Otro ejemplo lo encontramos en el capítulo 5 de la séptima temporada de *Scrubs*:

– Espinosa: *Los resultados de la biopsia de Josh.*
 – Cox: *Por desgracia es lo que me temía. Su hijo tiene leucemia. La buena noticia es que es muy, muy tratable. Si ustedes quieren, estaré encantado de explicarle a Josh lo que le pasa.*
 – Padre: *Ya habíamos decidido que si lo que tenía Josh era cáncer, no se lo diríamos. [Los padres entran en la habitación]*
 – Cox: *¿He oído bien?*
 – Espinosa: *¿Quiere ponerse las manos detrás de la cabeza como cuando se cabrea?*
 – Cox: *De hecho, sí.*

El Dr. Cox, sin mediar palabra con los padres de Josh, le explica a éste el resultado de las pruebas, generando un conflicto con los progenitores, que amenazan con demandarle.

Ambas situaciones son afrontadas no muy acertadamente. Por un lado, la Dra. Knight, en un inicio muy bien encaminada, intentando evaluar la voluntad de su paciente, pero finalmente cede a la mentira generada por los familiares y la despoja de toda autonomía para tomar decisiones sobre su salud, al no poseer la información necesaria para ello. Por otro lado, el Dr. Cox, aunque correcto en reconocer el derecho de Josh a ser informado, falla en las formas, dejando de lado a sus padres y enfrentándose a ellos a posteriori, cuando éstos, siendo el principal apoyo del paciente, deberían ser sus aliados en la situación.

Testamento vital

En el capítulo 2 de la primera temporada de *ER*, el Dr. Greene trata a la Sra. Franks, una mujer anciana con dificultad respiratoria, incapaz de comunicar su voluntad y sin testamento vital, por lo que acude al familiar más cercano, su marido:

- *Greene: Hay pocas alternativas, está en estado terminal. Si ponemos respiración asistida tal vez más tarde no podamos quitársela. Estaríamos prolongando su vida en estado vegetativo. O bien, podemos quitarle el dolor, darle sueros, antibióticos, y que la naturaleza actúe.*
- *Marido: ¿Habla de dejarla morir?*
- *Greene: Moriría en paz.*
- *Marido: Ponga respiración asistida.*
- *Greene: ¿Seguro que es lo que ella desearía? [El marido no responde] Esperaremos a tener el segundo análisis, quizá mejore con los nebulizadores.*

Greene, al igual que los espectadores, es consciente de que el Sr. Franks no quiere perder a su mujer, pero también sabe que la paciente está en una situación terminal, razón por la que pospone la cuestión de la respiración asistida. Más tarde, la Sra. Franks recupera la consciencia y consigue manifestar su última voluntad

- *Greene: Sra. Franks, no va usted a poder seguir respirando por sus propios medios durante mucho más tiempo. ¿Quiere que le coloquemos una máquina para ayudarla a respirar?*
- *Marido: Sí, sí quiere.*
- *Greene: Le pregunto a su mujer, Sr. Franks.*
- *Sra. Franks: ¿Cuánto tiempo?*
- *Greene: No lo sé.*
- *Marido: Ya hemos discutido eso.*
- *Sra. Franks: No. No. [El marido rompe a llorar]*

En este caso, el Sr. Franks habría actuado pensando en sí mismo y en el miedo a perder a su mujer, no en lo que ella podría desear, tal y como Greene intenta hacerle ver inicialmente; de ahí la importancia de las voluntades anticipadas.

En esta situación, además, es importante remarcar la cuestión de la no maleficencia, ya que ponerle respiración asistida a la paciente podría suponer un grave perjuicio para ella dado su pronóstico.

También es interesante destacar que la acción de la naturaleza que Greene propone al marido inicialmente implica no solo quitarle el dolor, sino la administración de sueros y antibióticos, por lo que el caso de la Sra. Franks no se podría considerar limitación del esfuerzo terapéutico; sería no encarnizamiento al retirar la ventilación de las opciones terapéuticas.

En la misma línea versa el capítulo 16 de la décima temporada de *ER*, en el que la Dra. Chen hace referencia directamente a la falta de testamento vital del paciente al que están atendiendo:

- *Chen: Transfusión hasta que el hematocrito pase de treinta.*

- *Taggart: Vale, pero más vale que empiece a orinar pronto o va a necesitar diálisis.*
- *Chen: Sí.*
- *Taggart: Dra. Chen, creo que la hija no entiende realmente lo grave que está su padre.*
- *Chen: Está respondiendo al tratamiento, tiene posibilidades.*
- *Taggart: ¿Cómo cuál? ¿Quedarse en estado vegetativo de por vida?*
- *Chen: No firmó testamento vital, su hija es la responsable de sus decisiones médicas.*
- *Taggart: ¿Con diecinueve años?*
- *Chen: Le conoce mejor que nosotras.*
- *Taggart: Vale. Si entra en parada, ¿desfibrilamos?*
- *Chen: Sí, si es lo que ella quiere.*

Al final del capítulo se muestra que la hija está insistiendo en el encarnizamiento terapéutico de su padre porque quiere hacerle pagar por los abusos que ella sufrió de niña.

Como contrapunto, en el capítulo 19 de la segunda temporada de *The Resident*, el Dr. Hawkins y la enfermera Nevin atienden a Donna, una paciente con claras órdenes previas:

- *Donna: No quiero más medicación, porque va a venir una visita mañana y sobre todo quiero tener la cabeza despejada.*
- *Hawkins: Bueno, después de trabajar tantos años en cuidados paliativos, seguro que sabes bien lo que quieres.*
- *Donna: Veinticinco años y si hay algo de lo que entiendo es de morir. Cuando la quimioterapia dejó de funcionar, firmé una orden de no reanimar, así que, si mi corazón se para, nadie me hará RCP. [...]*
- *Donna: Sólo mantenedme cómoda, nada de agujas; quiero estar en paz.*
- *Hawkins: Eres admirable.*

Sin embargo, en más ocasiones de las que debería, y aun teniendo unas voluntades anticipadas claras, estas son vulneradas. Mientras Donna se encuentra ingresada en la planta de Medicina Interna, esperando a que la tormenta de nieve pase y pueda ser trasladada a Cuidados Paliativos, se inestabiliza por una hernia complicada. Ante sus deseos de ver a una antigua pareja que acudirá de visita al día siguiente, Nevin hace todo lo posible para que reciba tratamiento, ignorando su testamento vital:

- *Hawkins: Convenciste a Bell para llevar a Donna a quirófano.*
- *Nevin: Bell lo asumió, era un procedimiento sencillo para ayudarla con su dolor y trasladarla a cuidados paliativos.*
- *Hawkins: No quería ni una extracción de sangre.*
- *Nevin: Tenía dolor y era reparable. Tomé la decisión.*

[Donna se complica y sufre una parada cardíaca]

- Anestesista: *¿Le hacemos el código?*
- Bell: *Sí, hágalo.*
- Nevin: *No, dio ONR, hay que dejarla irse, esto no es lo que quería.*
- Anestesista: *Está en paro cardíaco.*
- Bell: *Maldita sea. [Bell inicia RCP]*
- Hawkins: *Una muerte sería incluida en las estadísticas de Bell, hará lo que sea para evitarlo.*
- Bell: *Traed el desfibrilador.*
- Nevin: *Dr. Bell, pare. Debe parar. [Bell prosigue la RCP y la paciente sobrevive]*

Tras la intervención, Hawkin y Nevin visitan a Donna:

- Donna: *¿Qué ha pasado?*
- Hawkins: *Tenías una hernia estrangulada y la cirugía era lo único para impedir que murieses en el hospital. Nos la jugamos.*
- Nevin: *Me preocupaba haber obrado mal.*
- Donna: *Bueno, lo hiciste un poco, hubiera sido más fácil no volver a despertarme, pero sé que solo intentabas hacer lo que creíste sería mejor para mi y eso lo respeto.*

Efectivamente, coincidimos con Donna en que Nevin obró mal al omitir las voluntades de la paciente, alegando que una cuestión circunstancial que había comentado con ella en una charla informal suponía una justificación para ignorar un documento legal vinculante que requirió una reflexión previa por parte de la paciente.

Otro ejemplo lo encontramos en el capítulo 18 de la octava temporada de *ER*. El Dr. Greene atiende a una paciente con esclerosis múltiple que es traída por dificultad respiratoria probablemente secundaria a una broncoaspiración. Greene le pregunta a su hijo, que la acompaña, si la paciente tiene órdenes previas, y éste, superado por la situación, refiere que cree que sí pero es una cuestión que gestiona su hermana, ausente en el momento de la primera asistencia. La paciente empeora, requiriendo una intubación urgente que, finalmente, su hijo autoriza. Más tarde, su hermana llega a urgencias:

- Hijo: *Tú no estabas, y no sabía qué hacer.*
- Hija: *Sabías que no era esto lo que quería.*
- Greene: *¿Vais a extubarla?*
- Hija: *De entrada no deberían haberla intubado.*
- Greene: *¿Qué tal de la obstrucción?*
- Corday: *Es un íleo leve.*
- Hija: *Me da igual lo que sea. Tengo poderes notariales y queremos llevarnos a nuestra madre*

a casa ahora, así que quítenle esa vía.

– Greene: Deberíamos dejársela, por si necesita fluidos.

– Hija: No lo entienden. Ella quiere morir, aunque ustedes no quieran aceptarlo y les parezca una derrota.

– Greene: ¿Tienes la orden? [La hija se la da y la lee]. Bien, extúbala.

A pesar de la autorización inicial del hijo de la paciente, ésta se concede en una situación crítica, de gran estrés emocional para una persona ajena al mundo sanitario, algo coaccionada por parte de Greene (en una actitud que podríamos considerar paternalista), y con el miedo natural a perder a un ser querido. Finalmente la paciente es extubada, se le retiran las vías y es dada de alta.

Menores

La cuestión de la autonomía en los pacientes menores de edad se presenta como un tema recurrente a lo largo de los años en la serie *ER*, siendo menos frecuente en *Scrubs* y *The Resident*, debido al tipo de especialidades que preponderan.

En el capítulo 12 de la cuarta temporada de *ER*, la enfermera Boulet atiende a Scott, el hijo del Jefe de Personal, ingresado por la recidiva de un linfoma. En un momento de su conversación, Scott le dice a Boulet que está cansado de que le oculten y mientan sobre su condición, ya que él quiere saber a qué se enfrenta. Su edad no nos es revelada, pero suponemos que debe encontrarse entre los 12 y 14 años.

En el capítulo 16 de la tercera temporada de *ER*, el Dr. Ross atiende nuevamente a Jack, un paciente con fibrosis quística al que intubó, por petición de su madre, y en contra de la voluntad del paciente, al ser éste menor de edad:

– Pediatra: Tengo a un chico con fibrosis quística, Jack Houston, ¿le conoce?

– Ross: Sí.

– Pediatra: Lleva 15 días con respiración asistida por petición de su madre.

– Ross: Lo sé, se la puse yo.

– Pediatra: Pero hoy cumple 18 años y quiere que se la quitemos.

– Ross: ¿Por qué me llama a mí?

– Pediatra: Ha pedido que sea usted el que lo haga.

– Ross: Hola Norma. Katie. Felicidades Jack.

– Pediatra: La primera decisión de Jack como adulto ha sido exigir que le quitemos la respiración asistida. Le he explicado los peligros, pero insiste.

– Ross: ¿Estás seguro? [Jack asiente]

– Pediatra: Le he comentado que dado lo avanzado de la enfermedad y el tiempo que ha estado conectado a la máquina, lo más probable es que sólo viva un par de minutos. [...]

– Ross: ¿De verdad quieres hacerlo? [Jack asiente] ¿Se ha despedido?

– Madre: Sí.

– Ross: Bien. Bueno, ya sabes cómo va esto. [Procede a quitarle el tubo endotraqueal]

Con la mayoría de edad recién cumplida, Jack acude al hospital para que le retiren la ventilación mecánica. Si este caso se hubiese dado en el estado español, Jack se encontraría en la circunstancia prevista de mayoría de edad sanitaria (17 años), pero en una situación grave, por lo que su madre debería ser informada y su opinión tenida en cuenta. Ante dicha coyuntura, la resolución seguramente hubiese requerido de una consulta al Comité de Ética Asistencial y/o un recurso vía judicial, ya que no habría consenso entre la decisión de Jack y la postura de su madre.

Principio de Justicia

Para poder entender adecuadamente las implicaciones del principio de justicia en las series médicas analizadas, primero debemos establecer las diferencias principales entre la gestión sanitaria en Estados Unidos y en nuestro país.

El *Department of Health and Human Services* es el organismo público responsable de la protección de la salud y la provisión de servicios sanitarios en los Estados Unidos, orientado principalmente para los ciudadanos más desfavorecidos. Entre los servicios sanitarios que provee destacan *Medicare*, para personas de la tercera edad, discapacitadas o con enfermedades renales crónicas, y *Medicaid*, para personas con bajos ingresos, que prestan servicio al 25% de la población.

La cobertura sanitaria del 60% de la población la realizan las propias empresas mediante un seguro colectivo (donde el paciente siempre paga una parte), beneficioso para ellas a nivel fiscal, ya que estas cotizaciones sustituyen parcialmente los salarios, pero sin estar sujetos al impuesto de sociedades ni al de Seguridad Social. Así, muchas empresas ofrecen, a modo de incentivo, la asistencia sanitaria para atraer trabajadores estables. Sin embargo, cabe destacar que un 14% de la población no está asegurada. [14]

En cambio, el Sistema Nacional de Salud (SNS) español es un sistema público, universal, gratuito e integral, con una estructura descentralizada y formalmente separado del derecho a la protección social.

Su desarrollo se inició con la Ley 14/1986, General de Sanidad, pero no fue hasta la Ley 33/2011, General de Sanidad Pública, cuando la universalidad inicialmente proclamada se hizo efectiva. Sin embargo, la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012 supuso volver al concepto de asegurados. Más tarde, en un intento por volver a la universalidad, el Real Decreto-Ley 7/2018 determinaba que serán titulares del derecho a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. No obstante, cabe destacar que desaparecen algunas de las excepciones previas, pudiendo quedar desamparados colectivos vulnerables como embarazadas y menores. [15, 16]

Seguros

Los seguros médicos y, más concretamente, las dificultades que ocasiona su ausencia o falta de cobertura, son un tema recurrente en todas las temporadas de todas las series examinadas, presentes en la mayoría de los episodios de una u otra manera.

En el capítulo 17 de la segunda temporada de *ER*, el Dr. Ross, sintiéndose culpable por su error al no diagnosticar un osteosarcoma, y ante la falta de seguro del paciente, negocia con el Jefe de Oncología la posibilidad de darle tratamiento al niño a cambio de que él realice horas extra en el servicio.

La salud no debería depender de la compasión, beneficencia o solidaridad ajenas; es un derecho y como tal debe protegerse.

Otro ejemplo lo encontramos en el capítulo 2 de la octava temporada de *Scrubs*:

– Maddox: *Hola artista. El seguro de este tío solo cubre 3 días en la UCI, o sea que tenéis que echarle hoy, ¿vale?*

[Dorian se imagina a Maddox ahogando al paciente con una almohada]

– Maddox: Trátale y échale.

La Dra. Maddox, Directora Médica del Sacred Heart, es descrita por el Dr. Dorian como la combinación de una persona simpática y desalmada, la cual entendemos a la perfección tras este diálogo.

En la misma línea, en la segunda temporada de *The Resident*, episodio 16, nos muestran el caso de Marylin, una paciente que acude a Chicago desde un pueblo de Alabama para recibir asistencia médica por un dolor abdominal tipo cólico de meses de evolución:

– Nevin: No hay señales de colecistitis aguda.

– Hija de Marilyn: ¿Eso es bueno?

– Shaw: Sí y no. Hemos controlado el ataque de hoy, pero necesitarás cirugía para extraer la vesícula biliar.

– Marilyn: Pues hagámoslo ahora y acabemos de una vez, no podré aguantar mucho más este dolor.

– Nevin: Eso no será posible aquí, no tienes seguro y el Chastain es un hospital privado.

– Shaw: Sólo lo aceptarán si la situación conlleva riesgo mortal.

– Marilyn: ¿Así que debo estar moribunda para recibir ayuda? ¿Pero quién narices ha hecho esas reglas?

Al final del episodio el Dr. Shaw y la enfermera Nevin encuentran en la caravana donde Marylin y su hija estaban alojadas una bolsa con toda la comida que le desaconsejaron:

– Nevin: Se autoprovoó un ataque de vesícula para que la operasen ya.

– Shaw: ¿Qué no funciona en el sistema hospitalario para que los pacientes pongan su vida en riesgo para tener acceso a un tratamiento?

Una colecistectomía programada para tratar una colelitiasis sintomática es un procedimiento rutinario de bajo riesgo y bajo coste si lo comparamos con una intervención urgente por una colecistitis aguda, ya que esta segunda conlleva mayor morbilidad operatorias y postquirúrgicas (infección concomitante, sepsis, perforación, peritonitis, etc.).

El SNS debería promover la prevención de la enfermedad, así como los tratamientos eficaces menos agresivos disponibles, hecho que supone un gasto sanitario menor que tratar complicaciones graves de enfermedades comunes por ser ésta la única forma de recibir atención médica sin seguro, como en el caso de Marylin.

Finalmente, en el capítulo 3 de la primera temporada de *The Resident*, nos presentan a Louisa, una celadora del hospital que mientras está trabajando sufre una caída por un dolor lumbar intenso en presencia del Dr. Pravesh y del Dr. Hawkins, que acuden a asistirle:

- Pravesh: *Haremos un examen completo. Podría ser grave.*
- Louisa: *No, estoy bien. Lo juro. No puedo estar enferma, me enviarán a casa y necesito el dinero para vivir.*
- Pravesh: *¿Hacemos un TC también?*
- Hawkins: *Creo que sería mejor una RMN.*
- [Entra la consultora] Consultora: *Primero habría que comprobar su seguro.*
- Nevin: *¿No puede esperar?*
- Consultora: *No. ¿Me dejan con la paciente, por favor?*
- Hawkins: *La estamos examinando.*
- Consultora: *Mire, doctor, la administración del hospital me ha autorizado a inspeccionar todos los casos. Está subcontratada por el hospital, ¿verdad?*
- Nevin: *Sí, ¿es realmente necesario?*
- Louisa: *Me encuentro mejor, solo quiero irme a casa y descansar un poco.*
- Consultora: *Quiere irse. Genial.*
- Hawkins: *No puede, hay que hacerle una RMN.*
- Consultora: *¿Su aseguradora cubrirá una RMN?*
- Louisa: *¿Cómo quiere que lo sepa?*
- Hawkins: *Si no lo cubre, una radiografía será suficiente.*
- Pravesh: *No, no será suficiente.*
- Nevin: *Louisa es de la familia del Chastain, se merece nuestros mejores cuidados.*
- Consultora: *Ya veo que es una joven estupenda...*
- Louisa: *Dejémoslo. Gracias, pero me marcharé.*
- Consultora: *Sería de sabios dejarla irse. [Louisa colapsa en el pasillo]*

Louisa es diagnosticada de un sarcoma retroperitoneal que requiere cirugía preferente para tener posibilidades de supervivencia, debido a la agresividad del tumor. Mientras, la consultora descubre que Louisa es una inmigrante sin papeles ni seguro y que no tiene a nadie que la cuide, por lo que la normativa estatal obligaría al hospital a hacerse cargo de sus cuidados hasta que ella se valiese por sí misma, con el coste que ello acarrearía (que calculan entre medio millón y dos millones).

La Directora Médica y el Dr. Bell retrasan la intervención de Louisa y hablan con dos conocidos de Bell que son Directores Médicos de otros hospitales. Durante su videoconferencia con ellos, negocian la posibilidad del traslado de Louisa a cambio de dinero (250.000-300.000\$) y pacientes de Medicare y/o Medicaid (uno de ellos comenta que este último programa no vale nada).

El capítulo termina con Louisa siendo intervenida con celeridad y a escondidas por un cirujano amigo del Dr. Hawkins y la Dra. Okafor, ante la aparición en el hospital de agentes de inmigración (avisados por la Directora Médica), haciéndose cargo el hospital de los gastos de la cirugía y la recuperación posterior.

Con el caso de Louisa podemos adentrarnos en uno de los debates más complejos respecto a la justicia distributiva: ¿deben los profesionales sanitarios considerar los costes de sus decisiones clínicas? Los recursos son limitados, por lo que hacer uso de ellos para un fin implica renunciar a

invertirlos en otro, por lo que este cese puede suponer un conflicto ético, ya que podríamos tener que enfrentar las necesidades de un paciente concreto a las de un colectivo. [15, 16]

Por último, un apunte sobre medicamentos. Los fármacos que precisan receta médica no están cubiertos por la Seguridad Social estadounidense, y depende del tipo de seguro contratado que sus costes estén incluidos o no. En caso de no poder permitírselos, se pueden solicitar subvenciones del Estado o adscribirse a programas de ayuda de las propias compañías farmacéuticas. [14]

En el capítulo 17 de la sexta temporada de *ER*, la Dra. Finch atiende a un niño con un coma hiperosmolar por una diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mal controlada, de la cual no constaba diagnóstico alguno. A lo largo del capítulo nos revelan que el Dr. Carter la detectó en una asistencia previa, pero el padre del niño no disponía de un seguro que cubriese la medicación que éste precisaba y si al alta constaba el diagnóstico de DM2, iba a resultarle más costoso ampliar la cobertura del seguro. Ante esta circunstancia, Carter accedió a omitir el diagnóstico, indicándole al padre medidas higiénico-dietéticas provisionales, hasta la resolución de la cuestión del seguro.

De nuevo, es importante reflexionar sobre las complicaciones y consecuencias que supone para la salud de los pacientes este tipo de situaciones, además del coste de tratar una situación de gravedad como un coma hiperosmolar, cuando la medida preventiva o el tratamiento son mucho menos gravosos.

Gestión privada

La gestión privada de los servicios sanitarios suele basarse en cuestiones económicas, por lo que priman los beneficios por encima de las necesidades de los pacientes. Veamos algunos ejemplos.

En el capítulo 12 de la cuarta temporada de *ER*, las urgencias del County General están bajo el acecho de un grupo privado de inversiones, que quiere que la Junta del hospital vote sobre su cesión lo antes posible:

- *West: Por favor. Llevamos tres meses de trabajo. Estoy dispuesto a darte la información que necesites, pero no puedo retrasar la votación a estas alturas.*
- *Weaver: Y yo no puedo apoyar algo en lo que no creo. El Grupo antepone los beneficios al cuidado de los pacientes.*
- *West: Queremos prestar los máximos cuidados a la mayoría de la gente, y si para eso hay que darles un utilitario en vez de un Rolex, bienvenido sea.*
- *Weaver: La sanidad no debe ser un lujo.*
- *West: Exacto. Por eso le damos a la gente unos cuidados decentes.*
- *Weaver: ¿Y nada más?*
- *West: ¿Más hospitales en bancarrota? [En tono irónico]*
- *Weaver: No puedo formar parte de una organización que menosprecia la vida de la gente.*

La Dra. Weaver es consciente, a lo largo de este episodio, de las consecuencias de la privatización de los servicios de urgencias, al tener que atender a pacientes derivados de un hospital cercano que no pueden acudir allí por un cierre temporal debido a intereses económicos del grupo inversor al que pertenecen, y que sufren las consecuencias de dicha demora. En este diálogo, muestra su postura clara y crítica respecto a que el poder adquisitivo no puede ser el criterio de distribución de los recursos sanitarios.

Otro ejemplo es el que nos presentan en el capítulo 16 de la segunda temporada de *The Resident*. Al inicio del capítulo, el Dr. Bell expone los riesgos del dispositivo ENV a raíz del caso de Henry, alegando que el hospital debe terminar toda relación con QuoVadis, la empresa que los fabrica, ya que no es el

único de su gama de productos que ha fallado. La decisión de la Junta Directiva es mantener el contrato de QuoVadis, puesto que es muy rentable y aporta grandes beneficios, argumentando que los fallos son casos aislados. De nuevo, la cuestión económica prepondera a las necesidades de los pacientes.

Pacientes VIP

La presencia de personas de relevancia pública en los hospitales suele asociarse a una vulneración del principio de justicia, al dedicarles un trato deferente y diferenciado.

En el capítulo 12 de la novena temporada de *ER*, un concejal de renombre de Chicago es llevado a las urgencias del County tras caer del escenario en el que estaba dando un mitin. Durante su estancia, la Dra. Weaver le ofrece una habitación individual, pero éste la rechaza, porque quiere ser tratado como un paciente más. El Dr. Romano insiste repetidamente que se le preste una atención especial:

- Romano: *Resulta que acabo la jornada, bajo a despedirme de la gente, y mira por dónde, ¿sabes a quién me encuentro tirado en medio de urgencias?*
- Weaver: *Sigo esperando las pruebas del concejal.*
- Romano: *Al concejal, eso es, cinco horas después. ¿Te dije o no te dije que le dieras una habitación individual?*
- Weaver: *Él no quería habitación individual.*
- Romano: *¿Y qué? Habérsela dado de todas formas. Debiste poner a dos médicos y cinco enfermeras encima de él. “¿Necesita algo, concejal?¿un poco más de hielo en la rodilla?”.*
- Weaver: *Solo hay 5 enfermeras para toda la urgencia...*
- Romano: *Me da igual lo que necesite, lo que le apetezca. Dáselo, y dáselo ya.*

La sugerencia de Romano de dedicar la mayor parte del personal que trabaja en las urgencias a un único individuo supone una discriminación flagrante hacia el resto de pacientes.

Además, la Dra. Lewis, al explorar al concejal, detecta una lesión genital sugerente de sífilis, por lo que solicita una serología. Cuando la Dra. Weaver habla con él sobre dicha cuestión, éste le pide que le desvinculen del resultado, ya que cree que será positiva, y está obligado a publicar sus datos sanitarios en campaña electoral (más siendo una enfermedad de declaración obligatoria). Weaver hace todo lo posible por eliminar el rastro de la serología del historial del concejal, con éxito. Viendo el desenlace del caso, el concejal no resultó ser un paciente más, ni quiso ser tratado como tal, a pesar de que inicialmente lo pareciera.

En *The Resident*, la cuestión de los pacientes VIP tiene otra connotación al tratarse de un hospital privado. En el capítulo 7 de la primera temporada, el Dr. Hawkins y el Dr. Pravesh atienden a un famoso jugador de béisbol con una sospecha de trombosis venosa profunda. Durante su estancia en el hospital, éste acosa sexualmente a la enfermera Nevin mandándole fotos de sus genitales, pero queda impune por ser un paciente especial.

Cuestiones quirúrgicas

Los profesionales sanitarios en Estados Unidos pueden ejercer en cualquier estado, y su salario se determina en función de un sistema de pago por servicios prestados. En múltiples capítulos, sobre todo en *The Resident*, pero también de forma tangencial en *ER* y *Scrubs*, nos presentan el caso de los cirujanos, cuyos contratos se establecen en función de sus estadísticas quirúrgicas y postoperatorias.

En el capítulo 23 de la quinta temporada de *Scrubs*, el Dr. Cox hace una crítica sobresaliente sobre esta cuestión:

- Cox: *La cirugía es sin duda el único medio para curar a ese hombre y la razón por la que no va a operarle es que es viejo y sufre del corazón, lo que supone mucho riesgo y, si muriera en su mesa de operaciones... bueno, sus brillantes estadísticas empeorarían, y eso no favorecería mucho a una cirujana joven. ¿Verdad?*
- Briggs: *¿Qué puedo decir? Me ha pillado.*

En el caso de la Dra. Briggs, su actitud frente al paciente viola el artículo 5 del Código Deontológico de la OMC, donde se establece que debe atenderse a todos los pacientes con la misma diligencia y solicitud, sin discriminación alguna ni anteponer otras conveniencias a ellos ni a su salud.

Recordemos también el caso de Donna, del capítulo 19 de la segunda temporada de *The Resident*, que mientras es intervenida por el Dr. Bell de una hernia complicada, sufre una parada y es reanimada por éste a pesar de tener una orden de no reanimación, porque, como bien indica el Dr. Hawkins, una muerte en quirófano repercutiría sobre sus estadísticas.

Inmigrantes ilegales

Con la pérdida de la universalidad del SNS español se estiman en más de 100.000 los extranjeros ilegales que no podrán contratar servicios sanitarios por falta de recursos, hecho que plantea, no solo problemas respecto a la dignidad humana y el trato discriminatorio, sino cuestiones de salud pública (enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, etc.). [15, 16]

Estas cifras corresponden a un estado con un sistema sanitario público, por lo que podemos imaginar cómo son en una organización como la estadounidense, donde los inmigrantes ilegales, y más en los últimos años, viven con el miedo de ser detectados por el sistema y deportados.

Esta cuestión queda perfectamente ejemplificada con el caso de Louisa, y con el caso de Gloria, presentado en el capítulo 10 de la decimoquinta temporada de *ER*:

- Enfermera: *¿Qué va a pasar cuando salga de quirófano?*
- Dubenko: *Inmigración la detendrá y la deportarán.*
- Anestesiista: *¿Y la recuperación?*
- Ginecóloga: *Los centros de detención tienen médicos.*
- Enfermera: *No de los buenos.*
- Rasgotra: [...] *¿No puede quedarse hasta que el niño esté bien?*
- Dubenko: *No podemos justificarlo. El bebé estará en la UCI al menos 3 semanas.*
- Rasgotra: *Si la gente lo supiera...*
- Ginecóloga: *¿Y con la gente quiere decir en las noticias?*
- Rasgotra: *¿Por qué no probar?*
- Dubenko: *Si vendes la historia de esa forma, lo que entenderá la gente es “ve al County y te deportarán”.*

La puntualización del Dr. Dubenko sobre las consecuencias de acudir a la prensa es importante, ya que el objetivo no es ayudar sólo a Gloria, sino a cualquier persona en una situación que pueda requerir asistencia médica, por lo que las urgencias deben desvincularse de noticias así para poder seguir siendo un punto de atención seguro.

Al final del capítulo, la Dra. Rasgotra ayuda a Gloria a marcharse del hospital antes de que inmigración la encuentre, dándole instrucciones sobre dónde tiene que ir para no ser deportada y poder estar con su hijo cuando éste salga de la UCI.

DISCUSIÓN

Los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia son el punto de partida para la construcción del saber bioético. Representan la base, junto con el concepto de dignidad y los derechos humanos, para la mayoría de los debates de la disciplina.

La beneficencia y la no maleficencia son principios constantes que van de la mano en la mayor parte de las situaciones analizadas y se oponen al paternalismo, a los errores médicos, a los intereses personales, al beneficio económico, a la desactualización de conocimientos, a la medicina defensiva, etc.

El principio de beneficencia obliga a actuar proporcionando beneficios y evitando, en la medida de lo posible, los perjuicios asociados a la práctica clínica habitual. Asume que los profesionales tienen los conocimientos y la preparación para promover los mejores intereses de los pacientes, por lo que son las personas con más autoridad para decidir lo que les conviene, ya que los enfermos no tienen dichas competencias. El principal problema de este principio es la concepción de beneficio y de perjuicio. Las preferencias individuales pueden llevarnos a considerar una misma acción como beneficiosa o perjudicial, por lo que imponer el curso de acción sólo en base a ser dictaminado por la autoridad médica ya no se considera válido, puesto que requiere de la aceptación voluntaria de los pacientes. [4, 5]

El paternalismo, patente en muchas de las series médicas de décadas anteriores a los años noventa, va perdiendo su fuerza ante la creciente autonomía de los pacientes. Este hecho se muestra muy bien en las series analizadas, aunque persisten algunos ejemplos del paternalismo clásico.

El principio de no maleficencia se basa en el imperativo *primum non nocere*, que significa literalmente *primero no hacer daño*, y obliga a evitar acciones que puedan causar perjuicio ajeno. No siempre estamos obligados a beneficiar a los demás, pero sí a no perjudicarlos, ya sea en el ámbito biomédico o en cualquier otro. [4, 5]

En el campo de la medicina se define como el principio que obliga a no perjudicar innecesariamente a los pacientes, porque aplicado de forma absoluta impediría la realización de la mayoría de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos actuales.

En base a este principio se están realizando mejoras científico-técnicas para sustituir procedimientos invasivos con elevada iatrogenia asociada por otros con menos complicaciones y/o efectos adversos. Además, desde esta perspectiva, la medicina defensiva supone un quebrantamiento de este principio.

El principio de autonomía consiste en la capacidad de una persona para obrar, entendida como la facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y el significado de sus actuaciones y responder por sus consecuencias. Es un derecho irrenunciable y una responsabilidad. En el Informe Belmont lo denominan como el principio de respeto a las personas. [2]

La autonomía es un principio esencial de la medicina actual, con múltiples perspectivas y conflictos permanentes, siendo la información su pilar principal. El formato de las series nos permite aproximarnos a ellas en todas sus vertientes.

En la práctica clínica, los valores, preferencias y criterios de los pacientes son primordiales, siendo el respeto hacia ellos uno de los objetivos principales de la medicina actual. Así pues, el consentimiento informado es la expresión del principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber de los profesionales sanitarios.

Para que un individuo sea considerado autónomo, debe presentar la capacidad para:

- Comprender las informaciones relevantes sobre su situación.
- Comprender las posibles consecuencias de cada una de las decisiones.

- Elaborar razonamientos a partir de la información relevante y la propia escala de valores.
- Comunicar la decisión tomada de forma clara y reiterada.

En caso de no cumplir alguna de las citadas condiciones, puede considerarse que una persona presenta una disminución o inexistencia de su autonomía, con las implicaciones que ello supone.

El consentimiento informado se presenta en las series como una cuestión necesaria, condicionada por el cumplimiento del deber de los profesionales a informar a los enfermos con un lenguaje que éstos puedan comprender, para que puedan tomar una decisión fundamentada y verdaderamente autónoma.

La información que transmitimos a los pacientes sobre su estado es uno de los pilares básicos de su autonomía para la toma de decisiones. El derecho a dicha información no depende de otros requisitos, debe proporcionarse siempre, independientemente de la necesidad de recabar un consentimiento expreso.

La desinformación es la cuestión más patente en la gestión cotidiana de las urgencias hospitalarias. Aludir a la presión asistencial parece no ser suficiente para despojar de un derecho fundamental a los pacientes, de la misma manera que tampoco justifica no enfrentar un error médico cometido sin dolo.

En España, la Ley General de Sanidad de 1986 fue el primer texto legal que reconoció expresamente el derecho a recibir información médica, constituyendo una revolución respecto a la dinámica paternalista que la profesión ostentaba en ese momento. Queda recogido en el artículo 10.5, que versa así: *Derecho a recibir en términos comprensibles información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.*

Este derecho queda ratificado en el artículo 4 de la Ley 41/2002, y contemplado en los artículos 12 y 15 del Código Deontológico de la OMC. Cabe destacar que el derecho a no ser informado también está recogido en ambos textos. [17]

Se entiende por conspiración del silencio el acuerdo implícito o explícito de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico, pronóstico y/o gravedad de su situación, habitualmente por parte de familiares y profesionales.

Según el artículo 5 de la Ley 41/2002, el titular del derecho a la información es el paciente y, en la medida en que éste lo permita, también lo son las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Se trata de una cuestión de difícil gestión, a pesar de la claridad legal al respecto, que se plantea como uno de los retos comunicativos más importantes de la relación asistencial actual. Debido a ello, ha sido abordada desde hace años en publicaciones, cursos y congresos por los grupos de trabajo de comunicación en salud de las diferentes sociedades científicas nacionales e internacionales. [18]

La conspiración del silencio, como expresión del paternalismo ejercido también por familiares y/o allegados, es un conflicto habitual en la atención sanitaria, a pesar de los tiempos modernos. Así lo muestran los ejemplos de los capítulos analizados, con los que aprendemos que no queremos ser como la Dra. Knight ni como el Dr. Cox y nos permiten hacer crítica de la colisión entre facultativo, familia y paciente, fomentando la búsqueda de modelos que nos permitan la gestión de este problema sin suprimir su autonomía.

El testamento vital, las voluntades anticipadas o las órdenes médicas, según el término que más se ajuste a nuestra concepción de las mismas, también supone una disputa recurrente, principalmente en urgencias. La finalidad de la Medicina no es salvar vidas a toda costa, es intentar hacer todo lo posible por ayudar a los enfermos en la medida en que éstos requieran de nuestra asistencia. Este hecho implica que, en muchas ocasiones, nuestro trabajo consistirá en acompañar y confortar, como nuestros médicos ficticios han tenido que hacer.

Por último, estas series nos muestran otro ejemplo de paternalismo, el ejercido por los padres en relación a sus hijos menores de edad. Éstos no son seres sin capacidad de razonar o entender las complejidades de la vida, por lo que, como mínimo, deben estar informados de su salud si así lo desean y participar de ella en los casos en que estén capacitados para hacerlo. El Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997, siguiendo el camino marcado por la Convención sobre los

Derechos del Niño de 1989, estableció que la opinión de los menores debe valorarse y tomarse en consideración en función de su edad y grado de madurez. La normativa española establece los 12 años como edad diferenciadora para escuchar la opinión de los menores, sin ser éste un criterio excesivamente estricto. La mayoría de edad sanitaria se establece a los 16 años, o antes en caso de menores emancipados. Asumiendo que Scott supera los 12 años, está en su derecho de ser informado y poder opinar sobre el manejo de su patología, como él mismo demanda.

Sin embargo, la Ley 41/2002 contempla, en su artículo 9.3, que, en el caso de actuaciones graves sobre menores emancipados o mayores de 16 años, los padres deberán ser informados y su opinión tenida en cuenta. En caso de discrepancias, la solución al conflicto no está contemplada. [19]

El principio de justicia, junto a la no maleficencia, constituye la ética de mínimos, es decir, debe estar asegurada para poder avanzar hacia los demás. Su propia definición lleva aparejada cuestiones socioeconómicas como son la privatización de los servicios públicos, la inmigración, etc.

Consiste en tratar a cada individuo como corresponda con el objetivo de disminuir las desigualdades existentes. La justicia social reside en un esfuerzo comunitario para conseguir el bien general, pero especialmente de los más desfavorecidos. Hay diversos criterios sociales que se deben tener en cuenta en la reflexión sobre este principio, como son los derechos de terceros, la asignación y distribución de recursos escasos, etc.

Este principio puede desdoblarse en dos, el principio de justicia formal, que implica tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales, y el principio de justicia material, que consiste en la determinación de aquello relevante para la distribución de los recursos sanitarios (necesidad, poder adquisitivo, etc.).

En el ámbito biomédico se insiste en la igualdad de oportunidades respecto al acceso a la asistencia que, como diría Rawls, consiste en una igualdad justa de oportunidades, con el objetivo de compensar las desigualdades existentes y priorizar a los más desvalidos.

En el contexto de la justicia distributiva, el criterio de la capacidad de pago impide iniciar cualquier debate sobre la equidad. Cuando hablamos de equidad, introducimos un juicio de valor, que en el caso de las desigualdades en salud correspondería a si nos parecen justas, injustas, evitables o inevitables.

Múltiples investigaciones han concluido que existe una relación robusta entre la salud y el nivel socioeconómico: cuanto mejor posición socioeconómica, mejor salud.

Así pues, la capacidad de pago es inequitativa, ya que es un criterio evitable, innecesario y profundamente injusto, dado que las personas con peor nivel socioeconómico son las que peor salud tendrán, por lo que necesitarán mayor acceso al sistema sanitario, el cual no podrán tener por su falta de recursos. [20]

La protección de la salud, así como el acceso a la educación, son deberes del Estado y constituyen una fuente de déficit público, ya que su finalidad es la promoción de derechos individuales, no el enriquecimiento. Asegurar estos derechos no puede depender de la solidaridad ajena.

A lo largo de las series analizadas, se pone en evidencia que el acceso a la asistencia sanitaria de muchos pacientes depende de la compasión de sus médicos o de que éstos desobedezcan las normas (e incluso las leyes) por hacer aquello que consideran correcto y justo, cuando debería ser el sistema el que lo proveyese.

Por tanto, los sistemas nacionales de salud deberían ser públicos, universales, gratuitos e integrales, para así evitar las injusticias que la gestión privada acarrea y para favorecer la promoción y prevención en salud. Las series estadounidenses contribuyen a generar debate en torno a estas cuestiones porque su sistema sanitario es alarmantemente deficiente, lo que favorece aún más la reflexión sobre los costes derivados de la atención médica y la equidad.

El análisis de estas temáticas no se hace desde posturas cómodas y políticamente correctas, algunos de los ejemplos descritos corresponden a un posicionamiento claro por parte de los personajes, que fuerzan al espectador a recapacitar y pronunciarse al respecto, como en el caso de las vacunas y la eutanasia, por poner dos ejemplos.

La utilización de profesionales con una moral reprobable, como el Dr. Cain, puede tener una utilidad docente digna de mención, ya que son fuente perpetua de conflictos para evaluar. Otros personajes que las series nos muestran tienen un comportamiento, tanto a nivel personal como ético, absolutamente reprobable, como por ejemplo el Dr. House. Este tipo de figura favorece el debate de si una serie que describe y, en cierta medida, respalda acciones inconsistentes con las normas éticas reconocidas, es adecuada o no como ayuda pedagógica. [21]

En definitiva, las series de televisión constituyen un campo amplísimo y diverso para el estudio de la bioética, así como para su abordaje desde el ámbito docente, por lo adecuado de su formato, que invita a un debate y reflexión necesarias.

Conflictos de interés: No se declaran.

Financiación: Beca de la Fundació Germanes Saula Palomer para cursar el Máster de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beecher, H.K. Ethics and Clinical Research. *New England Journal of Medicine*. 1966; 274.
2. Department of Health, Education, and Welfare (DHEW); National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. DHEW Publication. 1978; 8: 78-0012.
3. Beauchamp, T.L., McCullough, L.B. *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Labor. 1987.
4. Beauchamp, T.L., Childress, J. F. *Principios de Ética Biomédica*. Masson. 1999.
5. Sádaba, J. *Principios de bioética laica*. Gedisa, Barcelona. 2004.
6. Casado, M. et. al. *Bioética, derecho y sociedad*. Editorial Trotta. 1995. Reeditado en 2015.
7. López Baroni, M.J. *El origen de la bioética como problema*. Universidad de Barcelona. 2016.
8. Czarny, M.J., Faden, R., Nolan, M.T., Bodensiek, E., Sugarman, J. Medical and nursing students' television viewing habits: Potential implications for bioethics. *American Journal of Bioethics*. 2008; 8(12): 1-8.
9. Annas, G.J. Sex, Money, and Bioethics: Watching "ER" and "Chicago Hope". *The Hastings Center Report*. 1995; 25 (5): 40-43.
10. Pons Revuelta A. Bioética, formación y series de televisión. Parte I. Planteamiento y metodología. *Cad.Atén.Primaria* [Internet]. 29 de diciembre de 2023; 29(1). Disponible en: <https://journal.agamfec.com/index.php/cadernos/article/view/303>
11. Consejo general de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Organización Médica Colegial (OMC). 2011. https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_1399.1507633130.pdf
12. Callahan, D. The Goals of Medicine: Setting new priorities. *The Hastings Center Report*. 1996; 26(6): 1-27.
13. Martínez Montauti, J. *Fines de la medicina. Estudios de bioética y derecho*. València: Tirant lo Blanc. 2000.
14. Comisión Residencia y Profesión del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). Residencia en el extranjero. EEUU. Enlace: <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/residenciayprofesion/eeuu.pdf>
15. Hernández Bejarano, M. *La ordenación sanitaria en España*. Aranzadi, Pamplona. 2004.
16. Navarro Espejo, A.J. *El sistema nacional de salud. Tratado de derecho sanitario, I*. Ed. Librería la Jurídica, Barcelona. 2013; 344-358.
17. De Miguel Sánchez, N. *Secreto médico, confidencialidad e información sanitaria*. Pons, Madrid. 2002.

18. Bermejo, J.C., Villaceros, M., Carabias, R., Sánchez, E., Díaz-Albo, B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Med Paliat.* 2013; 20(2): 49-59.
19. Corcoy, M., Gallego, J.I., Civeira, E. Consentimiento por representación. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.* 2010; 22.
20. Escobar, G. et al. Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria. Aranzadi, Pamplona. 2012.
21. Wicclair, M.R. The Pedagogical Value of House, M.D.—Can a Fictional Unethical Physician Be Used to Teach Ethics?. *The American Journal of Bioethics.* 2008; 8(12): 16-17.

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

- *El análisis de las series médicas y la temática bioética que plantean ha sido una constante en los últimos años.*

Qué aporta este estudio

- *Que las series de televisión puedan constituir un campo amplio y diverso para el estudio de los principios básicos de la bioética.*