

Bioética, formación y series de televisión. Parte III. Otras cuestiones bioéticas y formación médica

Bioethics, training and television series. Part III. Other bioethical issues and medical training

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 otros problemas éticos, interpretándolos y evaluando el papel de los profesionales en formación 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: Las series médicas nos permiten debatir sobre conflictos bioéticos, constituyendo un campo amplísimo y diverso para su estudio, así como para su abordaje desde el ámbito docente, por lo adecuado de su formato, que invita a un debate y reflexión necesarias.

Palabras clave: bioética, formación, series.

Abstract

Title: Bioethics, training and television series. Part III. Other bioethical issues and medical training.

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 other ethical problems, interpreting them and evaluating the role of professionals in training 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: Medical series allow us to debate about bioethical conflicts, constituting a very broad and diverse field for their study, as well as for their approach from the teaching field, due to the appropriateness of their format, which invites necessary debate and reflection.

Key words: bioethics, training, series.

INTRODUCCIÓN

El propósito de las series es entretener (incluidas las de temática médica). Sin embargo, a la vez que nos divierten y emocionan, plantean en sus argumentos problemas éticos que nos pueden hacer reflexionar y 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. [1, 2]

La confidencialidad y el secreto médico, la salud pública y las vacunas, el trasplante de órganos, los vientres de alquiler, la eutanasia o los aspectos bioéticos en la formación de los estudiantes, son temas que se abordan con frecuencia en las series, con resoluciones que pueden diferir mucho del principalismo, no siempre acordes a la bioética o, incluso, a la legalidad.

En 1976, Becker et al. argumentaron que los estudiantes de medicina se socializan en el rol profesional durante su educación y residencia; y más tarde, en 2014, Van Ommen et al. concluyeron que la construcción de evaluaciones morales, basadas en experiencias personales o profesionales, depende de la cantidad de práctica médica. [3, 4]

El papel de los estudiantes y residentes en el contexto de la práctica clínica es una cuestión ampliamente abordada por estas series, ya que la época formativa supone el primer contacto real con el mundo profesional y con los dilemas y conflictos que le acompañan, ya sean bioéticos o de otra índole. [5, 6]

Se ha observado que la experiencia clínica crea matices y mayor comprensión de los dilemas morales. Los estudiantes de primer año de Medicina evalúan los conflictos planteados en las series televisivas desde una perspectiva idealizada de la profesión, a diferencia de los residentes y médicos en ejercicio, que son menos estrictos a la hora de evaluarlos y son capaces de reconocerlos como parte de su campo profesional (aun siendo presentados de forma exagerada). [4]

La descripción y diagramación del proceso de toma de decisiones de varios episodios de algunas de estas series podría ofrecer, en el ámbito formativo, una base para fomentar, analizar, comprender y desarrollar las cuestiones y conflictos de la ética clínica, ya que en algunos estudios se observó que más de un 80% de los estudiantes de Medicina y Enfermería son usuarios de estos programas. [7, 8]

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 varios conflictos bioéticos; así como evaluar el papel de los estudiantes y médicos en formación ante los dilemas bioéticos y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo es la tercera 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).[9]

RESULTADOS

Confidencialidad y secreto médico

En el capítulo 12 de la novena temporada de *ER*, la Dra. Lewis y el Dr. Pratt atienden a una paciente crítica con dos hijos menores de edad a su cargo, que da orden explícita de no avisar a su hijo mayor, ya que tienen una mala relación debido al consumo de drogas de éste. Pratt, desoyendo la voluntad de la paciente, se pone en contacto con su hijo y le explica su situación clínica. Cuando éste llega al servicio de urgencias se desata un conflicto entre ambos, razón por la que Lewis le recrimina:

- Lewis: *¿Le llamaste tú?*
- Pratt: *La tía estaba en Detroit y él estaba aquí.*
- Lewis: *Ayudarías más escuchando a la paciente cuando te pide que no hagas algo.*

Además de la actitud paternalista de Pratt, su acción vulnera la confidencialidad de la relación médico-paciente porque revela el estado clínico de la paciente desoyendo su negativa explícita a hacerlo. [10, 11]

Otra cuestión interesante que se plantea respecto al secreto médico aparece en el capítulo 17 de la sexta temporada de *ER*. La Dra. Chen y el Dr. Greene debaten el caso de un paciente con sospecha de Enfermedad de Huntington, un trastorno genético autosómico dominante, con una posibilidad de herencia a la descendencia de un 50%. El paciente, aún no diagnosticado, pero con síntomas compatibles y antecedentes familiares sugestivos de ella, se niega a revelar a su hija la sospecha, ya que eso podría condicionar su futuro:

- Greene: *Es discutible la decisión del padre, no tu obligación.*
- Chen: *Tengo información que podría afectar a la vida de esa mujer, y la estoy ocultando. Tengo un deber para con ella.*
- Greene: *Ya, pero tu paciente no es ella, es él. Sólo puedes intentar convencerle.*
- Chen: *Ya lo he intentado.*
- Greene: *Vale, pero no puedes decírselo a ella.*

Según el artículo 30 del Código Deontológico, un criterio de revelación del secreto médico es el perjuicio al propio paciente, otras personas o a la colectividad. En nuestro caso existe un riesgo grave y concreto hacia terceras personas (la hija), pero no efectivo, ya que sin el diagnóstico genético del padre, y aún con él, se trata de una probabilidad.

El Código Deontológico también contempla, en su artículo 58, que la información revelada por un análisis de ADN no sólo es propiedad del donante de la muestra, sino compartida con otros miembros de la familia. De acuerdo con esto, Chen sí tiene un deber para con ella, aunque no sea su paciente, y podría considerarse una excepción al secreto. [12]

Salud pública y vacunas

La cuestión de los antivacunas es abordada de forma magistral en la serie *ER*, concretamente en el capítulo 14 de la séptima temporada.

Al principio del episodio nos presentan a Zack, un niño al que atienden por fiebre y bajo nivel de consciencia, con una sospecha inicial de meningoencefalitis. Sin embargo, el Dr. Carter evidencia unas lesiones sugestivas de sarampión, ante lo que sus compañeros le responden perplejos que no puede ser, ya que hace años que no se da un caso. Una observación curiosa de la situación es que sólo conocen los signos típicos de la enfermedad, por lo que le piden a un celador que les traiga un tratado médico para consultar.

Más tarde, la madre de Zack llega a urgencias y cuando le preguntan por el estado vacunal del niño, responde que no tiene ninguna vacuna puesta, confirmando las sospechas de sarampión y generando la alerta sanitaria en el servicio. Zack es trasladado a una habitación de aislamiento y, mientras intentan estabilizarle, Carter y su madre tiene una conversación:

- Madre: *No soy una madre irresponsable, he leído todo lo que hay en internet, revistas para padres, lo consulté con mi pediatra...*
- Carter: *¿No le aconsejó la triple vírica?*
- Madre: *Le di el pecho, su sistema inmunológico se habría debilitado por las vacunas.*
- Carter: *Las vacunas fortalecen el sistema inmunológico. Los niños se exponen a diario a antígenos extraños.*
- Madre: *Las vacunas no son seguras [Tono agresivo].*
- Carter: *Vale, lo siento, no quiero discutir con usted, pero eso no es cierto.*
- Madre: *Lo sabe de sobra. La relación entre las vacunas y el autismo.*
- Carter: *No hay ninguna relación.*

Al final del capítulo, Zack fallece por una complicación secundaria al sarampión.

Uno de los principales argumentos contra la vacunación son los efectos adversos que pueden producir, tal y como alega la madre de Zack en el caso presentado. La administración de la vacuna triple vírica (contra sarampión, rubéola y parotiditis) puede generar un cuadro menor de fiebre, tos y erupción cutánea en un 5-15% de los casos. Los efectos adversos más graves descritos incluyen el síndrome de Guillain-Barré y Stevens-Johnson, pero los más importantes son la encefalitis y la encefalopatía, detectadas en <1 caso/millón de dosis administradas. Sin embargo, el sarampión puede presentar múltiples complicaciones infecciosas, entre las que destaca también la encefalitis, descrita en 1/1000 casos, suponiendo un riesgo 1000 veces mayor al de la vacuna.

La asociación con el autismo, a la que también hace referencia la madre de Zack, carece de fundamento científico, tal y como Carter le indica, ya que los estudios originales que establecieron dicha relación, dirigidos por el Dr. Wakefield, estaban falseados. [13]

Trasplante de órganos

La donación de órganos es un tema recurrente en todas las series de televisión, pero nos centraremos en el caso de *ER* porque a lo largo de sus 15 temporadas se enfrenta a la cuestión desde diferentes perspectivas.

En el capítulo 2 de la primera temporada, el Dr. Benton habla con el marido de una mujer que acaba de fallecer por un accidente de tráfico para preguntarle sobre la posibilidad de donación de órganos, planteando esta cuestión con absoluta normalidad y con el tacto que la situación requiere. La única crítica que se podría hacer de la escena es el lugar donde sucede, ya que es un pasillo de las urgencias del hospital, con el frenesí humano que dicho entorno implica.

Más tarde, en la sexta temporada, episodio 17, muestran una situación irreal, y en algún momento algo cómica, de un trasplante renal que va perdiendo candidatos durante todo el capítulo, ante la desesperada mirada del Dr. Kovac: el receptor inicial sufre un infarto, la segunda en la lista descubre estar embarazada y prefiere tener el bebé, la siguiente se encuentra fuera de la ciudad y sin tiempo para llegar al hospital, etc. Sin embargo, el órgano va perdiendo viabilidad, por lo que el receptor final acaba siendo un paciente consumidor de cocaína, que no ha abandonado el hábito a pesar de su afectación renal terminal.

Por último, en el capítulo 16 de la decimotercera temporada, la Dra. Rasgotra revela un caso de tráfico de órganos, en el cual el donante es un conocido personal de ella:

- Rasgotra: [...] Emily ha pagado a Manish por el riñón.
- Dubenko: No lo creo, él no haría algo así.
- Rasgotra: Es verdad, me lo dijo él.
- Dubenko: En Psiquiatría lo habrían detectado.
- Rasgotra: No fue así.
- Dubenko: Vamos.
- Rasgotra: Está mal, y podría poner en peligro el programa de trasplantes.
- Dubenko. Vale, vale, Neela. Vamos a ver. Sólo como ejercicio, piense una cosa. Hay más de 65.000 personas esperando un trasplante de riñón. ¿Podemos confiar en que sólo el altruismo voluntario resolverá el problema?
- Rasgotra: ¿Qué está diciendo?
- Dubenko: ¿Que qué digo? Pues que cuando alguien dona un riñón, el receptor, por supuesto, se beneficia, ¿verdad?. Los hospitales ganan dinero. Los cirujanos cobramos. Y al donante que da el riñón, le dan flores y las gracias. ¿No es así?
- Rasgotra: ¿Bromea?
- Dubenko: Hay mucha gente enferma y pocos órganos. ¿Por qué no dejar que el mercado atenúe el desequilibrio?
- Rasgotra: Porque las personas no son bienes. En nuestro mundo no está bien que los ricos compren sus óvulos a los menos afortunados.
- Dubenko: Es legal alquilar el útero o cambiar los óvulos por dinero. Se puede cobrar por donar semen. ¿Cuál es la diferencia? Solo sé que una chica que se muere va a recibir hoy un riñón.
- Rasgotra: ¿Y qué será de los 65.000 que no pueden comprarse uno?

La sugerencia del Dr. Dubenko de que el mercado palie la falta de órganos contribuye a la discriminación y cosificación del ser humano, puesto que la gente sin recursos será la que se plantee donar, fomentando, aún más, las desigualdades en salud. Sin olvidar que el tráfico de órganos es una práctica ilícita, condenada también en el Código Deontológico de la OMC (artículo 48). [12]

Además, durante su planteamiento, Dubenko equipara donar un riñón con alquilar un útero, cuestión sobre la que profundizaremos a continuación, pero que debería estar igualmente prohibida ateniéndonos al principio de res extra commercium.

Vientres de alquiler

En el capítulo 2 de la decimosegunda temporada de *ER* nos presentan a Claire, una paciente embarazada que está gestando para Tony y Rod, y que es llevada a urgencias tras sufrir un accidente de tráfico, por lo que se inicia el parto de forma prematura. El Dr. Barnett, responsable del caso, avisa a la ginecóloga de guardia, que al explorarla evidencia que el feto está en posición podálica. Tras explicarle a Claire la situación, la ginecóloga le recomienda la realización de una cesárea, pero ella se niega, ya que hay posibilidades de un parto vaginal sin incidencias:

- Barnett: ¿De verdad no va a aprobar la intervención?
- Ginecóloga: No puedo hacerlo contra su voluntad.

- Barnett: *¿Y si hay problemas en mitad del parto y necesita una cesárea de urgencia?*
- Ginecóloga: *Tampoco podría hacerla.*
- Barnett: *Esto es increíble. ¿Qué hay de los futuros padres? El bebé es de Tony, ¿no cree?*
- Ginecóloga: *Ella es la madre genética, y la futura madre, pero el cuerpo es de Claire y está en su derecho de negarse a la cesárea.*

Tal y como explica la ginecóloga, el cuerpo es de Claire y las decisiones sobre él sólo las puede tomar ella. Cabe resaltar que la opinión del Dr. Barnett no es aislada, supone una consecuencia inevitable de la mercantilización del cuerpo de las mujeres que esta práctica implica.

El parto de Claire se complica y el bebé sufre hipoxia, requiriendo reanimación y ventilación mecánica. El Dr. Barnett informa a Tony y Rod de la situación y la incertidumbre respecto al pronóstico del niño:

- Tony: *Pero ¿y el niño? No voy a abandonarlo.*
- Barnett: *El pediatra vendrá a verles y les dará más respuestas.*
- Rod: *Tenemos la respuesta. No hemos pagado por un hijo con muerte cerebral.*
- Barnett: *No es muerte cerebral.*
- Rod: *Pero no es normal. Y lo habría sido si le hubieran hecho la cesárea.*

La situación final del capítulo muestra la aberración que esta praxis supone, ya que el bebé nacido es tratado por sus padres como una mercancía dañada que ya no lo quieren, porque pagaron por uno normal. Además, Rod afirma rotundamente que si la cesárea se hubiese realizado no hubiese habido problemas, cuando se trata de una práctica quirúrgica no exenta de riesgos.

Eutanasia

La Dra. Turner, de *St. Elsewhere*, fue la primera en practicar la eutanasia en una serie de televisión, concretamente en el episodio *Mercy* (6x16) de *Homicide: Life on the Street*, emitido en 1998. [14]

En *ER* esta cuestión se planteó más tarde, concretamente en el capítulo 9 de la undécima temporada, titulado *Fue la noche*, emitido en 2004. En este episodio, la Dra. Chen practica la eutanasia a su padre:

- Chen: *Mi padre es médico, sabe lo que está pidiendo. Sin el tubo gastrointestinal y el gotero habría muerto hace semanas.*
- Pratt: *¿Así que la tecnología para salvar vidas es mala?*
- Chen: *Si alguien no la quiere, sí.*
- Pratt: *¿Y cómo sabes que no la quiere? No está en su sano juicio.*
- Chen: *Después de dormir está lúcido. Cada vez que se despierta me pide que le ayude, pero quitarle los tubos no es suficiente. Tardaría días en morir de deshidratación y sufriría mucho.*
- Pratt: *Llévalo a una residencia.*
- Chen: *¿Para que otros se hagan cargo del problema? Otros que no le conocen ni le quieren...*

- Pratt: *No va a saber dónde está.*
- Chen: *Tú no eres chino.*
- Pratt: *¿Así que aplicáis la eutanasia a vuestros padres?*
- Chen: *Los chinos los respetamos.*

Finalmente, Chen lleva a cabo la acción con éxito, encubierta por el Dr. Pratt. Este capítulo supuso la última aparición de Chen en la serie, ya que regresa a China para enterrar a su padre y no vuelve.

Aspectos bioéticos en la formación de estudiantes y residentes

Existen diferencias entre Estados Unidos y España respecto a los estudios universitarios de Medicina y el periodo de Formación Sanitaria Especializada (FSE), conocido como Residencia o sistema MIR (Médico Interno Residente).

En Estados Unidos se accede a la formación universitaria en las *Medical School*. Este período consta de una duración de cuatro años, dividida en *preclinical years* (los primeros dos años), y *clinical years* (los dos últimos años), que se desarrollan en el *teaching hospital*. Una vez concluida la *Medical School*, para ejercer como profesionales médicos debe realizarse un periodo de residencia, tras aprobar los exámenes estatales de acceso.

El período de FSE, también conocido como *Residency*, tiene una duración variable de tres a siete años, pudiendo realizarse en ámbito ambulatorio u hospitalario y en especialidades básicas como Medicina Interna, Cirugía General, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, etc. El primer año era conocido como *Internship* (interno), aunque actualmente el término está siendo relegado. La FSE se garantiza a través de un contrato laboral por el cual el residente tiene la obligación de trabajar y el derecho a recibir una formación acorde con los programas nacionales de formación de cada especialidad.

Durante la *Residency* los residentes son supervisados por el *medical staff* del hospital, pero especialmente por los *attending physicians*, ya que son los que ostentan la responsabilidad médica y legal sobre los pacientes. Una vez concluida la *Residency* pueden subespecializarse dentro de la especialidad elegida, realizando el *Fellowship*, que puede extenderse más de dos o tres años. [15]

En el estado español, una vez concluido el grado de Medicina, para acceder a la FSE debe superarse el examen MIR. La formación especializada es responsabilidad exclusiva del SNS y está dirigida y regulada por el Ministerio de Sanidad y los Departamentos de Salud autonómicos. [16]

La duración de la Residencia depende de la especialidad escogida, siendo por regla general, 4 años en el caso de las médicas y 5 en las quirúrgicas. Tras finalizar la etapa MIR, mucho menos general que la estadounidense, también puede realizarse un fellow, que implica una subespecialización en un campo concreto de la rama médica o quirúrgica realizada (arritmias en Cardiología, neonatos en Pediatría, etc.).

En el capítulo 2 de la primera temporada de *ER*, conocemos a Carter, estudiante de tercer año de medicina, que acude a valorar un paciente con la Dra. Lewis, residente de segundo año, quien los presenta a ambos. Cuando Carter resume el caso, ella le pregunta por la actitud a seguir ante un dolor torácico como el que presenta el enfermo. Cuando éste pregunta si le ha tocado el novato como médico, la Dra. Lewis le recuerda que el County es un hospital universitario, y que la atención a pacientes forma parte de su educación. Más tarde, el paciente sufre una parada cardíaca secundaria al infarto que está sufriendo, requiriendo la atención de Carter, que se encuentra solo en ese momento, ya que el resto del personal no está disponible, desfibrilándolo él sin ayuda.

En este caso, la Dra. Lewis presenta a Carter como estudiante de Medicina, sin ocultar su condición, aunque ello pueda suponer aumentar la desconfianza del enfermo, pues es importante que los pacientes y la sociedad en general, sean consciente de los periodos de aprendizaje de los profesionales sanitarios. Sin práctica clínica no existen buenos médicos ni médicos buenos, y es por

eso por lo que los primeros pasos de los futuros facultativos (y de aquellos ya titulados en sus primeros años) se realizan bajo la supervisión de otros.

En el capítulo 16 de la tercera temporada de *ER*, el Dr. Benton, residente de cuarto año de cirugía, vuelve tras su apendicitis aguda, y se tiene que hacer cargo de un grupo de estudiantes mientras lleva a cabo múltiples cirugías menores que la Dra. Higgs le asigna para que se reincorpore progresivamente. Es importante destacar que cuando Higgs le explica a Benton que tiene que hacerse cargo de las estudiantes, lo hace mientras él está a punto de realizar una circuncisión a un paciente, diciéndole al hombre que no se preocupe, pero sin preguntarle su opinión sobre su presencia en la intervención.

La novena y última temporada de *Scrubs* se titula *Scrubs: Med School*, y la historia se centra en un grupo de estudiantes de Medicina de la Universidad de Winston, con el *New Sacred Heart Hospital* como centro de referencia para realizar las prácticas. En el capítulo 4 de dicha temporada, les asignan a los estudiantes la tarea de llevar a cabo una entrevista final que consiste en realizar una anamnesis completa a pacientes terminales. Parece que todos se desenvuelven sin problemas, menos Lucy que no consigue que su paciente le responda. Más tarde, el propio paciente explica que ella sólo intentaba hacerle preguntas de una lista, como si de una encuesta se tratase, y como eso no le gustó, decidió no colaborar. Al final del capítulo, tras el consejo del Dr. Dorian y del Dr. Turk, todos los estudiantes ayudan a Lucy y consiguen establecer un vínculo con el paciente, escuchando sus miedos y ayudándole en un momento tan delicado.

Otro ejemplo de esta cuestión son los pases de cirugía que el Dr. Turk y sus compañeros realizan y que podemos observar en el capítulo 4 de la primera temporada de *Scrubs*. La visita a los pacientes ingresados de su servicio consiste en una ronda por las habitaciones, denominándoles por sus patologías en lugar de sus nombres, y sin dirigirse a ellos ni explicarles su situación clínica. Todo ello bajo la doctrina de no confraternizar con los enfermos.

Una vez finalizados los estudios universitarios, nos adentramos en los años de la formación especializada, los primeros pasos de los nuevos profesionales en el entramado asistencial. A pesar de que el concepto interno ya no se usa en documentos oficiales, este constituye un cambio reciente, por lo que todas las series lo mantienen y parece adecuado hacer distinción en su evaluación, ya que el primer año es siempre el más complejo y novedoso en cuanto a situaciones difíciles y dilemas.

Al inicio del capítulo 16 de la tercera temporada de *ER*, el Dr. Greene y la Dra. Weaver hablan sobre el aspecto cansado del Dr. Carter, poniendo en evidencia que los internos de cirugía tienen turnos de 95 horas semanales debido a una baja en el servicio.

En ese mismo episodio, Carter valora a una paciente con una fibrilación auricular y dolor abdominal, que sospecha que pueda tener una isquemia mesentérica, por lo que avisa a la Dra. Higgs, una cirujana con la que tiene buena relación. Higgs se encuentra en quirófano, por lo que acude a valorarla el Jefe de Servicio, quien le resta importancia a las sospechas de Carter, ridiculizándolas delante de la enferma y de un grupo de estudiantes. Más tarde, Higgs acude a la llamada de Carter y coincide con él en la sospecha, por lo que la lleva a quirófano de forma urgente y permite que Carter realice la intervención bajo su supervisión.

En el capítulo 18 de la octava temporada de *ER*, nos presentan al Dr. Pratt, el nuevo interno. Mientras está con el Dr. Carter, éste comenta el caso de un paciente con una fractura peneana, recomendándole a Pratt que vaya a valorarlo. Pratt entra en una sala incorrecta, donde se encuentra un señor con una perforación timpánica, y sin presentarse ni preguntarle por su nombre, le exige que le enseñe los genitales, generando una situación bochornosa y siendo consciente de su error cuando el paciente le dice que él sólo acudía por un dolor de oído.

Este caso nos muestra que, sin necesidad de ser estudiante, pueden cometerse errores de principiantes. Pratt debería haber entrado, haberse presentado al paciente, haberle preguntado su nombre y la razón de su asistencia y, una vez evaluado todo, haberle pedido permiso para explorarlo. Con el esquema anterior, básico, sencillo y mandatorio, la escena descrita previamente no hubiese sucedido y la intimidad del paciente no se hubiera violentado.

En el capítulo 7 de la primera temporada de *The Resident*, el Dr. Pravesh, el interno del Dr. Hawkins, debe hacerse cargo de transmitir malas noticias a Bobby, un jugador de béisbol que ha sufrido un tromboembolismo pulmonar tras una trombosis venosa profunda, afección que impedirá su

continuidad en la competición profesional. La razón de tener que realizar esta tarea es que el médico responsable de Bobby no quiere hacerse cargo de transmitirle la información sobre las consecuencias que dicha patología tiene a nivel laboral. Es evidente, pues, que el médico de Bobby no enseña con su ejemplo, hecho que lleva a Hawkins, el residente a cargo de Pravesh, a asumir la tarea de docente.

En el capítulo 9 de la undécima temporada de *ER*, el Dr. Morris, un residente de urgencias que está de guardia en Nochebuena, permite que su novia, ajena al mundo sanitario, le acompañe durante su guardia, e incluso le ponga grapas a un paciente inconsciente por una intoxicación etílica y una herida incisa en la cabeza. La Dra. Rasgotra, una interna del servicio, al evidenciar la situación, le recrimina por su falta de ética profesional, recordándole su deber de respetar a los pacientes. Poco más podemos añadir a la observación realizada por Rasgotra, considerada por sus compañeros a lo largo de las temporadas en las que aparece como una de las médicas más íntegras del servicio.

Finalmente, varios episodios donde los residentes se quedan solos a cargo de responsabilidades que claramente no les competen:

- En el capítulo 2 de la segunda temporada de *Scrubs*, los residentes se enfrentan a una guardia sin adjuntos, ya que todos están asistiendo a una gala para conmemorar al Dr. Kelso, dejando el hospital en sus manos.
- En el capítulo 19 de la segunda temporada de *The Resident*, el hospital se queda aislado por una tormenta de nieve, y la Dra. Okafor, residente de cirugía, se ve obligada a intervenir a un paciente sin asistencia de ningún adjunto, ya que el Dr. Austin está atrapado en la tormenta, y parece no haber ninguno más disponible para ayudarla.
- En el capítulo 10 de la tercera temporada de *The Resident*, el Dr. Bell descubre que el Dr. Cain abandona el quirófano en mitad de una operación, dejando a su residente a cargo de una cirugía de alto riesgo, que se complica y requiere de su intervención para evitar que el paciente fallezca.

Por último, en múltiples estudios se ha descrito que la experiencia clínica, tanto en estudiantes como en residentes, va creando matices sobre la idea preconfigurada e idealizada del abordaje de los conflictos que surgen con la práctica médica habitual, así como una mayor comprensión de los dilemas morales. En el capítulo 10 de la tercera temporada de *The Resident*, el Dr. Pravesh ejemplifica perfectamente esta cuestión:

- Hawkins: *Déjame adivinar, ¿fallo hepático por todo el acetaminofeno que ingirió?*
- Pravesh: *Necesita un trasplante de hígado o morirá.*
- Hawkins: *Ojalá no lo hubiera visto antes, pero lo he visto demasiadas veces. Una sobredosis de acetaminofeno es la principal causa de fallo hepático en el país.*
- Pravesh: *Es joven y, aparte de eso, está bien. Le pondré arriba en la lista de trasplantes, conseguirá un órgano rápidamente.*
- Hawkins: *Si decimos a la Junta de Trasplantes que Tyler intentó suicidarse, le juzgarán como no apto. No estará arriba de la lista de trasplantes, ni siquiera estará en la lista. Es una regla aquí, en el Chastain.*
- Pravesh: *Con asistencia psicológica, yo digo... ¿qué intento de suicidio?*
- Hawkins: *¿Acaso te he oído bien? ¿Eres el Dr. Pravesh o eres un impostor?*
- Pravesh: *Oye, soy el mismo de siempre, pero ahora no lo veo todo en blanco o negro. A veces, para hacer lo correcto, no debes seguir las reglas. En pocas palabras, ya no estoy en mi primer año. Le trasladaré a la UCI.*
- Hawkins: *Y yo hablaré con el equipo de trasplantes.*

DISCUSIÓN

La bioética se presenta en las series como un *continuum* al que se enfrentan los profesionales en su práctica clínica habitual, no como una cuestión ajena a las demás; con ellas aprendemos cuáles son los deberes, responsabilidades y limitaciones médicas, además de ayudar al colectivo médico a trazar dónde acaba la mal denominada autoridad para dejar paso a la voluntad de los pacientes.

Las series nos ayudan a conocer casos concretos que nos impiden olvidar que se trata a personas con patologías y con una concepción propia de su vida y sus prioridades, no solo enfermedades que diagnosticar y curar. Honrar decisiones ajenas que van en contra de las propias creencias del profesional es un ejercicio complejo pero constante en la práctica clínica habitual y cultivar la conformidad al respecto es fundamental.

La confidencialidad y el secreto médico suponen una garantía del derecho a la intimidad de la persona reconocido en el artículo 18.1 de la Constitución Española.

El deber de secreto tiene su origen en el Juramento Hipocrático y está recogido en el artículo 30 del Código Deontológico de la OMC, donde se establece como regla primordial y pilar fundamental de la relación asistencial, pero detallando sus excepciones. Actualmente, además del reconocimiento ético y deontológico, también ostenta garantías legales (contemplado incluso en el artículo 199 del Código Penal).

El secreto no es un deber exclusivo del profesional médico, sino de todo el personal sanitario con acceso a la información de los pacientes (artículo 16 de la Ley 41/2002), por lo que múltiples textos hacen referencia a él como secreto compartido o, genéricamente, deber de confidencialidad. [10, 11]

Los tratamientos obligatorios en sujetos afectados de una enfermedad con riesgo para la salud pública están reconocidos legalmente por la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública (modificada recientemente por el art. 4 del Real Decreto-Ley 6/2020).

Además, la citada ley, en su artículo 3, versa así: *Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.*

Las vacunas, como tratamiento preventivo que son, podrían ser de obligado cumplimiento en situaciones de riesgo para la salud pública, ya que presentan un beneficio doble: para la persona, que queda inmunizada, y para la colectividad, puesto que evitando la enfermedad a nivel individual se impide su transmisión a terceros, generando lo que se conoce como inmunidad de grupo o rebaño.

Sin embargo, fuera de un contexto de riesgo inminente (brote o similar), la obligatoriedad de la vacunación presenta múltiples objeciones, debido principalmente a la concepción tradicional de vulneración de los derechos de los padres a decidir sobre sus hijos. [17]

John Stuart Mill establece que la única finalidad que justifica ejercer el poder legítimamente sobre un miembro de la sociedad en contra de su voluntad es la prevención de daños a terceros, ya que en ese caso, el bien individual no es argumento suficiente. [18]

Siguiendo la línea de Mill y en contraposición al dudoso derecho de los progenitores sobre sus hijos, desde una perspectiva más preventivista, no parece descabellado secundar la obligatoriedad de la vacunación para permitir el acceso a organismos públicos (sanidad, educación, etc.). Esta acción contribuiría a prevenir la aparición de los brotes, no sólo su propagación una vez iniciados y ayudaría a erradicar dichas enfermedades.

El trasplante de órganos es una medida terapéutica extrema, a la que se recurre como última alternativa. La donación de órganos para trasplante es una actividad fomentada y promovida por el estamento sanitario y contemplada en el Código Deontológico de la OMC como un cometido de los profesionales médicos. [12]

España es el primer país del mundo en número de órganos obtenidos de donante cadáver. La Organización Nacional de Trasplantes, creada en 1989, se encarga de la organización del sistema, y la legislación que regula esta actividad se recoge en la Ley 30/1979, en el Real Decreto 1825/2009 y en el Real Decreto 1723/2012.

El trasplante de donante vivo debe ser un acto altruista y gratuito. Los órganos quedan excluidos del comercio (*res extra commercium*) para evitar la cosificación del ser humano, por lo que la persona que dona no puede lucrarse por ello. Sin embargo, se contempla la compensación de los gastos y pérdidas que la donación suponga, para que no sea un acto gravoso para el individuo. [19]

Los vientres de alquiler, también denominados maternidad subrogada o gestación por sustitución, son una práctica que consiste en que una mujer gesta un hijo por encargo de terceros, denominados comitentes, de forma altruista o bajo un precio, cediéndoles el bebé tras el parto.

Querer y/o tener hijos es una libertad, no un derecho, por lo que es ultrajante despojar a las mujeres de los derechos que ostentan para cederlos a los comitentes.

En definitiva, los vientres de alquiler cosifican a la mujer convirtiéndola en una vasija y, en algunas situaciones, despojándola de derechos propios, por lo que suponen una práctica contraria a la dignidad humana que no debería legislarse permisivamente. [20, 21]

La eutanasia es una decisión autónoma e individual, solicitada expresamente, de forma lúcida y reiterada, que sólo afecta a quien la pide y al que accede a practicarla.

La reivindicación del derecho a una muerte digna no va en contra de la vida, es una demanda para no sufrir tratos degradantes o inhumanos, para poder rechazar tratamientos y para exigir que cada persona pueda disponer libremente de su cuerpo y de su vida. Es por eso por lo que el concepto de derecho a la vida debería asociar el deber a respetar la vida ajena y en ningún caso suponer una imposición de sobrevivir en condiciones inaceptables para uno mismo.

La Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, fue aprobada en marzo de 2021, y legaliza y regula dicho derecho en España.

Es importante recalcar que la regulación de la eutanasia no supone el abandono de la implantación y mantenimiento de las Unidades de Cuidados Paliativos, ya que son derechos paralelos, no sustituibles. Estas unidades están destinadas a enfermos terminales que no desean precipitar el momento de su muerte y necesitan de unos cuidados humanos y técnicos específicos. [22, 23]

La mayoría de los personajes que nos presentan se encuentran en su etapa formativa, bien sean estudiantes o residentes, durante la cual se enfrentan por primera vez a dilemas bioéticos y de otra índole, en muchas ocasiones solos y sin nadie a quien recurrir. Asimismo, su presencia en las series médicas supone una oportunidad para evaluar su trayectoria educativa, donde se ponen en evidencia situaciones que traspasan la ficción, invitando a la reflexión, más que vigente, sobre la explotación que sufren.

Sobre la docencia y formación médicas, el Código Deontológico de la OMC, en su artículo 63, reconoce que:

- *El médico docente deberá aprovechar cualquier circunstancia en el transcurso de la práctica médica para inculcar a los alumnos los valores éticos y el conocimiento de este Código. Debe ser consciente del valor formativo de su ejemplaridad y de que todo acto médico tiene un componente ético.*
- *Los médicos en formación podrán realizar las tareas propias de su periodo formativo siempre que las mismas se hagan bajo supervisión del médico docente.* [12]

Cabe destacar que estas premisas, como veremos a continuación, no siempre se cumplen.

Se pueden apreciar críticas recurrentes a los periodos formativos, que hace referencia al desamparo de estudiantes y residentes ante situaciones que no deberían afrontar solos ni sin supervisión.

El respeto hacia los pacientes es un pilar fundamental de la atención sanitaria. Independientemente de que un hospital sea universitario, docente o colaborador, se debe preguntar a los enfermos por su conformidad a la presencia de estudiantes en valoraciones clínicas, ya que supone acceder a la esfera más íntima de sus vidas.

La comunicación médico-paciente es una de las enseñanzas principales, no sólo durante la etapa universitaria, sino a lo largo de toda la vida profesional. Establecer un entorno de confianza en una relación tan asimétrica como la que los profesionales sanitarios entablan con las personas a las que

atienden, requiere de habilidades comunicativas que deben aprenderse, cultivarse y pulirse con los años.

El personal en formación no es parte de la plantilla básica que todo sistema sanitario debe tener, por lo que no deberían ser imprescindibles para que éste funcione. Uno de los grandes problemas que algunos colectivos MIR denuncian es la falta de contratación de adjuntos especialistas, ya que su labor es sustituida por el trabajo de los residentes, ahorrando dinero a costa de su explotación y del empobrecimiento de su formación. Un ejemplo de ello son las protestas y huelgas de los MIR del estado español tras la gestión de la pandemia por COVID-19.

La docencia no puede basarse en ridiculizar los posibles errores ajenos. Debe fomentar la autocrítica, motivar a seguir estudiando y a formarse lo mejor posible. En el Código Deontológico se recoge esta cuestión, reconociendo lo siguiente: En presencia de pacientes o de personal no médico hay que evitar corregir al docente en lo relativo a la práctica médica. [12]

Las guardias, las cirugías programadas y urgentes, la independencia progresiva, el manejo de pacientes de forma autónoma, la gestión de las consultas externas, etc., corresponden a tareas propias del periodo formativo, pero en ningún caso, ya sea desde la perspectiva ética, deontológica o legal, éstas deben realizarse sin supervisión, dejando desamparados tanto a residentes como a pacientes.

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. 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.
2. Annas, G.J. *Sex, Money, and Bioethics: Watching "ER" and "Chicago Hope"*. The Hastings Center Report. 1995; 25 (5): 40-43.
3. Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E.C., Strauss, A. *Boys in white: Student culture in medical school*. Chicago: Transaction Publishers. 1976.
4. Van Ommen, M., Daalmans, S., Weijers, A. *Who Is the Doctor in This House? Analyzing the Moral Evaluations of Medical Students and Physicians of House, M.D*. AJOB Empirical Bioethics. 2014; 5(4): 61-74.
5. Chory-Assad, R.M., Tamborini, R. *Television doctors: An analysis of physicians in fictional and non-fictional television programs*. Journal of Broadcasting and Electronic Media. 2001; 45(3): 499–522.
6. Goodman, K. *Imagining doctors: Medical students and the TV medical drama*. Virtual Mentor. 2007; 9(3): 182–187.
7. Czarny, M.J., Faden, R., Sugarman, J. *Bioethics and professionalism in popular television medical dramas*. J Med Ethics. 2010; 36: 203-206.
8. White, G.B. *Capturing the Ethics Education Value of Television Medical Dramas*. The American Journal of Bioethics. 2008; 8(12): 13-14.
9. Pons Revuelta A. *Bioética, formación y series de televisión. Parte I. Planteamiento y metodología*. Cad. Aten. Primaria [Internet]. 29 de diciembre de 2023; 29 (1). Disponible en: <https://journal.agamfec.com/index.php/cadernos/article/view/303>
10. De Miguel Sánchez, N. *Secreto médico, confidencialidad e información sanitaria*. Pons, Madrid. 2002.

11. Buisán, L. *La confidencialitat en l'assistència sanitària: del secret mèdic a la història clínica compartida a Catalunya*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. 2013.
12. 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
13. Asociación Española de Pediatría (AEP). Manual de vacunas en línea de la AEP. Sarampión. Capítulo 37. Enlace: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-37>
14. De la Torre, T. et al. *La medicina en las series de televisión*. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. 2016; 35.
15. Rivera, R.A. *La formación médica en los Estados Unidos*. Panace. 2002; 3(8): 23-27.
16. Tutosaus, J.D., Morán-Barrios, J., Pérez, F. *Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes*. Educ Med. 2018; 19(4): 229-234.
17. Riaño, I., et al. *Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético*. Anales de Pediatría. 2013; 79(1): 50.e1-50.e5
18. Mill, J.S. *On Liberty*. Penguin Classics. 2006.
19. García Manrique, R. et al. *El cuerpo diseminado. Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos*. Civitas, Thomson- Reuters. 2018; 237-258.
20. Warnock, M. *Fabricando bebés. ¿Existe un derecho a tener hijos?* Gedisa Editorial. 2004.
21. Casado, M., Royes, A. et al. *Sobre Bioética y Género*. Thomson-Reuters-Civitas. 2012; 155-179.
22. Berlinger, N., Jennings, B., Wolf, S.M. *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*. Revised and Expanded Second Edition. Oxford University Press. 2013.
23. Royes, A. et al. *Morir en libertad*. Universidad de Barcelona. Observatorio de Bioética y Derecho. 2016.

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 la bioética.*
- *Que las series de televisión permiten el estudio de la bioética en la docencia de los profesionales sanitarios.*