

NOCIONES BÁSICAS DE BIOÉTICA:

(Definiciones de Bioética de la Encyclopedia of Bioethics, ed. 1978).

“Es la disciplina que reflexiona acerca de los efectos conflictivos que causa la tecnociencia actual, con algunos de sus descubrimientos e investigaciones, en las acciones y decisiones de las personas, y de la sociedad, tanto en situaciones que están normatizadas como en aquellas no previstas, justamente, consecuencia de los adelantos científico-técnicos”.

“Es el estudio sistemático de la conducta humana en las áreas de la biología, las ciencias de la vida, y de la atención de la salud en tanto que esa conducta sea examinada a la luz de los valores y de los principios morales”.

La bioética se ocupa de tres grandes temas:

- 1) La catástrofe ecológica.
- 2) La revolución biológica.
- 3) La medicalización de la vida.

Reconocemos Niveles y problemáticas bioéticas:

Nivel Macro: Se refiere a los problemas planetarios o específicos en el sentido literal, propios de la especie humana. Incluye esta ética a la naturaleza, animales plantas una ética ecológica. Los derechos de los animales, etc.

Meso-bioética: Abarca el problema de la salud pública, se ocupa de la atención de la salud, el derecho a la salud, la administración de los recursos en salud.

Micro-bioética: Se ocupa de las relaciones profesional –paciente y trata los principios de veracidad, confidencialidad, consentimiento, problemas que no siempre fueron considerados por los responsables de la salud.

En cuanto a las problemáticas de la bioética encontramos a:

Alfa: O del nacer, la genética, la contracepción, la reproducción asistida, el aborto.

Beta: O del vivir, la experimentación humana o con seres humanos, los trasplantes, el control de la conducta.

Omega: O del morir, la muerte, la postergación de la muerte, la terapia intensiva.

La bioética se basa en tres principios fundamentales:

Autonomía, beneficencia o no maleficencia, y justicia.

Lic. Elena M. Gil

Psicóloga

Psicopedagoga

Especialista Universitaria en Bioética

Matr. Prov. 45036 - Col. Ps. de la Pcia. de Bs. As. Distr. X.

El término tiene un **doble origen**. Por un lado, **Van Rensselaer Potter** utilizó el neologismo bioética en un artículo aparecido a finales de 1970, en el que proponía esta denominación para una nueva *ciencia de la supervivencia* (Potter, *Bioethics, the science of survival*, 1970). Poco tiempo después, en enero de 1971, Potter publicó un libro titulado *Bioética: puente hacia el futuro*, en el que desarrollaba su propósito de “contribuir al futuro de la especie humana promocionando la formación de una nueva disciplina: la bioética” (Potter, *Bioethics: Bridge to the future*, 1971). Esta nueva disciplina era concebida allí como un *puente* entre las ciencias y las humanidades, un diálogo -según el autor- poco desarrollado hasta el momento y, a la vez, garantía de un mejor futuro para la humanidad.

Según Stanley Joel Reiser, el surgimiento de los **cuestionamientos éticos en el ámbito de la medicina clínica** estuvo relacionado con la dificultad que encontraban los médicos para tomar decisiones sobre ciertos temas, generalmente vinculados con la utilización de nuevas tecnologías. Hacia fines de la década del 50, un nuevo recurso tecnológico -**el respirador artificial**- trajo enormes beneficios y serios problemas: en ciertos casos, permitía mantener a los pacientes con vida aunque en un estado de coma irreversible. ¿A quién le correspondía decidir si el paciente seguiría -o no- conectado al respirador? ¿Al médico? ¿A la familia? ¿En qué fundamentos éticos debía basarse la decisión?

Otro tema que generó cuestionamientos éticos en el ámbito de la práctica médica fue la **distribución de recursos** escasos y costosos. A principios de la década del 60, cuando se lanzó en Estados Unidos el primer programa que utilizó un riñón artificial, la demanda de acceso a este tratamiento fue desbordante y se impuso la necesidad de definir algún criterio ético de asignación de recursos. ¿Qué condiciones había que tener en cuenta para seleccionar a los pacientes que se beneficiarían de este avance tecnológico? Con el fin de resolver esta cuestión, se decidió convocar a un comité de ciudadanos. Este grupo de personas estableció como criterios de selección el lugar de residencia del interesado, el beneficio que pudiera obtener del procedimiento y la estabilidad psicológica -entre otras condiciones. Era inevitable que las decisiones de este comité se convirtieran en fuente de una gran controversia y este caso no fue la excepción.

Por último, un tema relacionado con el surgimiento de la bioética, que cobró relevancia en el marco del movimiento por los derechos de la mujer consolidado hacia la década del 60, fue el **aborto**. Los médicos, en la medida en que eran quienes podían concretar en la práctica esta decisión reproductiva, se vieron irremediabilmente implicados en la cuestión. ¿Qué actitud debían tomar ante las dimensiones éticas de este controvertido tema? En Estados Unidos, la Corte Suprema estableció la legalidad del aborto -durante el primer trimestre de embarazo- en su fallo del famoso caso *Roe vs. Wade* en 1973.

Reiser señala que los cuestionamientos éticos en el ámbito de las ciencias biológicas tuvieron un origen distinto del que acabamos de ver en el ámbito de la medicina clínica. Y sostiene que, actualmente, el tema que centraliza la atención es el de la *mala conducta* en el desarrollo de las investigaciones.

Fue determinante del surgimiento de esta disciplina el profundo cambio que sufrieron algunas **actitudes sociales**. La caída de los absolutismos provocó la horizontalización de las relaciones de poder y la instauración de regímenes democráticos inauguró un nuevo tipo de relación entre los ciudadanos y sus representantes políticos. En este contexto, la relación médico paciente atravesó grandes transformaciones respecto de épocas pasadas. Cincuenta años atrás, el médico visitaba la casa de la familia, conocía a todos

sus miembros, sabía qué enfermedad había tenido cada uno y, fundamentalmente, era una figura muy respetada. En las últimas décadas, el proceso de cuidado y organización de la medicina se modificó sustancialmente: los grandes hospitales comenzaron a tener un rol preponderante, se difundió la división del trabajo médico por especialidades, se produjo una precarización de la profesión médica -lo cual está relacionado con la alienación provocada por los sistemas pre-pagos de salud. Como sabemos, este proceso afectó terriblemente la autonomía de los médicos y el modo de desempeñar su profesión. Ya no existe el médico de familia. El intento de hacerlo resurgir en la última década sólo ha tenido como objeto reducir el gasto médico. Muchos profesionales se ven obligados a trabajar en varios hospitales, a realizar continuas guardias o a atender a innumerables pacientes en un tiempo muy limitado. Generalmente, además, dependen de un salario porque las consultas privadas son cada vez más escasas. Los médicos ya no inspiran el respeto y la admiración reverencial que despertaban antes.

La relación médico-paciente también ha sido afectada por la irrupción de los **medios masivos de comunicación**. Los pacientes comenzaron a concurrir a las consultas con el médico disponiendo de una gran cantidad de información obtenida a través de la televisión, medios gráficos o Internet y asumiendo, a su vez, que estos conocimientos podían ser confrontados con los del médico. De alguna manera, esta actitud desafiante de los pacientes -que ya no se muestran dispuestos a aceptar acríticamente las indicaciones que reciben- también ha redefinido el rol del médico.

Otro tema que se relaciona con este punto es la **medicalización de la vida cotidiana**. Procesos que antes transcurrían de modo natural comenzaron a ser *interferidos* por la utilización de diversos recursos de la medicina. Como ejemplos, pueden citarse el embarazo y el parto -para los cuales cada vez se exigen más estudios- o la menopausia, la vejez y los últimos momentos de la vida, que han dado origen a especialistas en los procesos hormonales de la mujer, gerontólogos o especialistas en cuidados paliativos.

Estos cambios sociales -que fueron el motor de profundas transformaciones en la profesión, en la figura y en la práctica del médico- generaron la necesidad de reflexionar acerca de nuevos valores y principios en el marco de la atención de la salud. La bioética surgió, en este contexto, como un modo de reflexión sistemática sobre estas condiciones e instauró como valores esenciales la dignidad, la autonomía y la protección de los derechos de las personas.

Los temas de los que se ocupa la bioética -el aborto, la eutanasia, la clonación- pueden ser examinados desde **distintos puntos de vista: el punto de vista moral, el religioso, el jurídico y el sociológico**. Y es importante conocer las características de los juicios que corresponden a cada uno de estos puntos de vista para establecer su relevancia en el ámbito de la bioética.

Las teorías éticas proponen principios que operan como razón o fundamento de los **juicios morales**. Quien afirma un juicio moral de cierto tipo lo hace porque considera que el principio en el que se basa es razonable. Un utilitarista, por ejemplo, se atiene al principio de utilidad -según el cual se deben promover las acciones que produzcan la mayor felicidad para el mayor número de personas- porque lo considera un criterio apropiado para determinar la corrección moral de una acción. De modo que los juicios morales se basan en razones.

La religión, en cambio, ordena que se realicen ciertas acciones pero no basa sus órdenes en razones. Se trata de una cuestión de fe: las **órdenes religiosas** son obedecidas porque emanan de Dios, no porque estén fundadas en buenas razones. En este sentido, los juicios religiosos carecen de un fundamento racional.

Como podrá observarse, la diferencia entre estos tipos de juicios tiene gran relevancia para la bioética porque, en el marco de una sociedad laica y pluralista como la nuestra, cuando se trata de establecer políticas públicas que afecten a todos los ciudadanos, éstas no deben atender a los juicios religiosos pero sí, en cambio, a los de la moral. Asimismo, en el marco de una sociedad que no sea una teocracia, el **derecho** tampoco debe soportar el escrutinio de la religión, pero sí el de la moral.

Con respecto a la relación entre derecho y moral, cabe aclarar que no todas las conductas promovidas por el derecho tienen su contrapartida en principios morales. Pero esta relación existe, sin embargo, en muchos casos. La prohibición legal de matar, por ejemplo, se funda en un mandato moral; las normas de tránsito, en cambio, no tienen ninguna relación con ella. A su vez, hay conductas que no son consideradas inmorales en sí mismas y que, sin embargo, están prohibidas. La razón que se alega en este caso es que su permisión legal podría tornar factible la realización de un acto que sí es considerado inmoral. Se trata de una variante del conocido argumento de la *pendiente resbaladiza* y se relaciona con lo que hemos denominado **punto de vista sociológico**. Por ejemplo, quienes se oponen a la eutanasia suelen apelar a este argumento, afirmando que la permisión de la eutanasia voluntaria podría derivar en la promoción de asesinatos encubiertos -cometidos, por ejemplo, por los herederos de un enfermo tras sobornar a los médicos y fingir un consentimiento inexistente. Si bien este tipo de análisis debe ser realizado con mucho cuidado, en la medida en que refleja el impacto que las normas de conducta tienen en la sociedad, tiene una gran relevancia en el ámbito de la bioética.

La **teoría de los principios**, desarrollada por **Beauchamp y Childress**, surge, de algún modo, como respuesta a las teorías éticas tradicionales, en un intento de dar un **marco teórico más específico** para la **reflexión ética biomédica**; en tanto proporciona herramientas y elementos para la elucidación de los problemas prácticos que se generan en dicho ámbito.

La propuesta de Beauchamp y Childress no intenta ser una teoría ética completa o acabada, como la de Kant o la de Mill, sino que está pensada únicamente para abordar cuestiones de ética biomédica e investigación. En la obra citada, los autores desarrollan un marco teórico para poder identificar, analizar y resolver los problemas morales que surgen en el ámbito de la salud. Se trata de criterios generales y básicos que sirven como punto de apoyo para justificar preceptos éticos y valoraciones de las acciones humanas en el campo de la medicina, en particular, y de la salud, en general.

En la mayoría de las circunstancias, los principios no se contraponen pero puede ocurrir que lo hagan. Cuando nos encontramos frente a principios en conflicto pueden surgir dilemas morales que se caracterizan por carecer de un principio supremo que determine cuál es el deber principal a seguir. Estos autores **aceptan la posibilidad de verdaderos dilemas morales** y objetan -al utilitarismo de Mill y al deontologismo de Kant- que sostengan principios absolutos y que no acepten la existencia de dichos dilemas. Estos

filósofos sostienen una regla absoluta que les sirve, en palabras de Mill, como un “arbitro común” en todas las instancias en las que hay obligaciones en conflicto.

AUTONOMÍA

El análisis del concepto de la autonomía no se limita a la **autonomía personal**. Beauchamp y Childress afirman que su interés también reside en las **acciones autónomas**, las **elecciones autónomas**, dado que una persona puede ser autónoma pero una acción particular de ella puede no serlo y viceversa. Por ejemplo, una persona adulta y autónoma puede aceptar seguir un tratamiento porque es obligada por su médico o por su familia. Y una persona que no se considera autónoma normalmente, institucionalizada por desórdenes mentales, puede realizar algunas acciones autónomas, por ejemplo expresar ciertas preferencias, hablar con una persona querida, etc.

Beauchamp y Childress caracterizan a las acciones autónomas en términos de electores normales que actúan:

- 1. intencionalmente;**
- 2. con conocimiento y**
- 3. sin influencias de control que determinen la acción.**

Por último, Beauchamp y Childress señalan que los principios, como el principio de respeto de la autonomía, funcionan de formas muy diversas en la vida moral y pueden servir de apoyo para reglas morales más específicas, como por ejemplo:

- 1. Decir la verdad.**
- 2. Respetar la intimidad de los demás.**
- 3. Proteger la información confidencial.**
- 4. Obtener el consentimiento de los pacientes para las intervenciones.**
- 5. Ayudar a los demás a tomar decisiones, cuando se nos pida.**

NO MALEFICENCIA

El segundo principio analizado es el **principio de no-maleficencia**. El concepto de no-maleficencia o de no dañar ha sido asociado con la máxima “*primum no nocere*” (ante todo no dañar). Esta máxima tiene gran presencia en las discusiones acerca de las responsabilidades de los profesionales de la salud. Beauchamp y Childress reconocen que no todos los filósofos consideran a **la no-maleficencia** como **diferente** de la **beneficencia**. Estos principios no son fácilmente separables, porque en muchas cuestiones, especialmente en la ética biomédica, se requiere del balance de ambos conceptos para tomar una decisión. Sin embargo, Beauchamp y Childress argumentan que diluirlos en un único principio implica oscurecer distinciones que hacemos en el discurso moral. Esto es, la mayoría de las personas tiene la convicción de que ciertas obligaciones de no dañar a otros no sólo son diferentes sino que, además, son más fuertes que las obligaciones que implican realizar acciones positivas para beneficiar a otros. Por ejemplo, la obligación de no empujar a alguien que no sabe nadar en el mar parece más fuerte que aquella de rescatar a alguien que accidentalmente se cayó en el mar.

Así, señalan que se puede **distinguir el principio de no-maleficencia del de beneficencia** de la siguiente manera:

No-maleficencia:

1. No se debe infligir daño o mal.

Beneficencia:

2. Se debe prevenir el daño o el mal.
3. Se debe remover el daño o el mal.
4. Se debe hacer o promover el bien.

El principio de no-maleficencia da lugar, para los autores, a una serie de **reglas morales específicas**, algunas de ellas -tal como sucedía con las que se seguían del principio de respeto de la autonomía- pueden especificarse a partir de otros principios:

1. **No matarás.**
2. **No causarás dolor o harás sufrir a otros.**
3. **No incapacitarás a otros.**
4. **No ofenderás.**
5. **No privarás a los demás de los bienes de la vida.**

BENEFICENCIA

El tercer principio que presentan los autores es aquel que señala la importancia de contribuir al bienestar de las personas. Como ya se señalara no hay cortes abruptos en el continuo que va desde la falta de daño a la provisión de beneficios. Pero, el **principio de beneficencia** demanda más, ya que requiere acciones positivas para ayudar a otros; este es el caso de la prevención de un daño y la supresión de condiciones dañinas.

El término “beneficencia” puede sugerir actos de misericordia, caridad, pero también implica la obligación de ayudar a los otros a llevar a cabo intereses importantes y legítimos. Además de la idea de actuar para brindar beneficios o prevenir daños, también es importante la obligación de sopesar y balancear posibles beneficios y riesgos de una acción.

Promover el bienestar de los pacientes es el objetivo del cuidado en salud y el de la investigación terapéutica. Esto está firmemente arraigado en la historia y práctica de la medicina y muchas veces no beneficiar a otros puede violar obligaciones sociales o profesionales. La medicina preventiva o las intervenciones activas en salud pública brindan ejemplos de acciones sociales de beneficencia concertadas.

Sin embargo, puede objetarse que el principio de beneficencia implica sacrificios severos o altruismos extremos (por ejemplo, la donación forzada de un órgano para un trasplante). Esto llevó a algunos filósofos a argumentar que actuar con beneficencia es un ideal moral o una virtud pero que no implica una obligación. Estos filósofos consideran

a las acciones benéficas como semejantes a los actos de caridad que exceden la obligación. No es fácil establecer una línea divisoria entre una obligación y un ideal moral y situar a la beneficencia en alguna de estas categorías parece problemático.

Del principio de beneficencia se siguen, para los autores, algunas **reglas morales específicas**:

1. **Proteger y defender los derechos de otros.**
2. **Prevenir que suceda algún daño a otros.**
3. **Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros.**
4. **Ayudar a las personas discapacitadas.**
5. **Rescatar a las personas en peligro.**

Teniendo en cuenta las **diferencias** que se establecen entre los **principios de beneficencia** y **no-maleficencia** veamos, en el siguiente cuadro comparativo, las características de las reglas que se siguen de cada uno de ellos:

Reglas de no-maleficencia	Reglas de beneficencia
Son prohibiciones negativas de acción	Presentan demandas positivas de acción
Deben ser obedecidas imparcialmente	No siempre tienen que ser obedecidas imparcialmente
Ofrecen razones para establecer prohibiciones legales a determinadas normas de conducta	Ocasionalmente ofrecen razones para la sanción legal cuando se fracasa en cumplirlas

JUSTICIA

En este capítulo los autores presentarán diferentes modelos de **teorías de la justicia**. Las mismas sistematizan, simplifican y ordenan ciertas reglas y juicios, determinan cómo se deben distribuir bienes y servicios (incluyendo el cuidado de la salud). Aclaran que existen diferentes propuestas que difieren fundamentalmente en función del principio material de justicia que enfatizan. Así, las **teorías igualitarias** priorizan el igual acceso a los bienes que cualquier persona racional desearía (invocando generalmente como criterio la necesidad), las **teorías libertarias** enfatizan los derechos a la libertad económica y social (invocando procedimientos justos y no resultados sustantivos) y las **teorías utilitaristas** sostienen una combinación de criterios para maximizar la utilidad.

Frente a estas propuestas Beauchamp y Childress señalan que ellos *“buscan proveer el mejor cuidado de la salud para todos los ciudadanos en base a sus necesidades, simultáneamente promover el interés público a través de programas de contención del costo. También promueven el ideal de igual acceso al cuidado de la salud para todos, incluyendo a los indigentes, manteniendo un ambiente de libre mercado y competencia en el cuidado de la salud.”*

Inmediatamente reconocen que subyacen a estos objetivos en competencia diferentes visiones de una sociedad justa y que estos no pueden estar en un equilibrio estable. Sin

embargo, señalan que no adoptan una única teoría de la justicia para reflejar constructivamente estos problemas o para desarrollar políticas de salud, ya que cada una de estas teorías generales ha desarrollado una perspectiva diferente de la vida moral que sólo captura parcialmente la diversidad de tal vida.

Efectivamente, cada una de estas teorías de la justicia -que podrían ser representadas por la propuesta de **John Rawls**, de **Robert Nozick** y de los **utilitaristas**- implican visiones muy diferentes de la sociedad, de los beneficios y las cargas que deben distribuirse a sus miembros (si estos tienen derecho a ciertos bienes, si no han tenido fortuna y el Estado debe compensarlos y protegerlos, etc.). Conciliar el libre mercado en salud con el acceso a la salud universal parece casi imposible. Esta será una de las críticas más incisivas a la teoría de los principios.

Pedro Pablo Altamirano
Comisión de Bioética
07-08-2006

Fuente:

Reiser, Stanley J.: Cuestionamientos en el ámbito de la medicina clínica.-

Beauchamp Tom, Chlidress James, Principios de ética biomédica- Masson, Barcelona 1999.-

Curso On Line de Bioética- Dras. Florencia Luna-Natalia Righetti - FLACSO 2008.-