



UDS

Mi Universidad

LIBRO

Bioética y profesionalismo

Licenciatura en Nutrición

Quinto Cuatrimestre

Enero- Abril

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Bioética y profesionalismo.

Objetivo de la materia:

Al término del presente curso el alumno conocerá la importancia de una comunicación eficiente y obtendrá las herramientas necesarias para expresarse Correctamente en diferentes situaciones de la vida escolar.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos Escritos	10%
2	Actividades Áulicas	20%
3	Trabajos en plataforma educativa	20%
4	Examen	50%
Total de Criterios de evaluación		100%

INDICE

UNIDAD I

INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA.

- 1.1 Antecedentes y definición de Bioética.
- 1.2 Ética, Deontología y Bioética.
- 1.3. Áreas constitutivas de la Bioética.
- 1.4. Aplicación de la Bioética.
- 1.5. La Bioética como una actividad multidisciplinaria.

UNIDAD II

TEORÍAS Y MÉTODOS DE LA BIOÉTICA.

- 2.1. Corrientes teóricas de la Bioética.
- 2.2. El principalismo como método.
- 2.3. El método de Edmund Pellegrino.

UNIDAD III

DILEMAS ÉTICOS Y BIOÉTICOS EN EL ÁREA DE LA SALUD.

- 1.1. Normas legales que rigen la actuación del profesional de la salud.
- 1.2. Fundamentos éticos y morales en la ingeniería genética e investigación.
- 1.3. Fundamentos éticos y morales en el trasplante de órganos.
- 1.4. Fundamentos éticos y morales en la conservación de la vida en circunstancias específicas.

UNIDAD IV

MARCO JURÍDICO Y ÉTICO DE RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD.

- 4.1. La Bioética y la Legislación Mexicana.
- 4.2. Los Códigos éticos y Normas técnicas del profesional de Salud.
- 4.3. Los Comités Asistenciales de Bioética.
- 4.4. Instituciones Normativas Nacionales y Estatales de Bioética.

Unidad I

Introducción a la bioética.

I.1 Antecedentes y definición de bioética.

La bioética surge ante la necesidad de responder y tratar de solucionar los grandes conflictos que plantean hoy los hechos científicos y las tecnologías, su uso y aplicación al ser humano, a la vida y a la supervivencia en el planeta.

Su reciente aparición y rápida expansión tienen antecedentes históricos y filosóficos que hunden sus raíces en la evolución cultural occidental, ligados a la ciencia, sus revoluciones y paradigmas, al estallido y dispersión múltiple del conocimiento. Esto último, se manifiesta en las especializaciones y súper especializaciones del conocimiento científico para tratar de obtener, así sea en un campo reducido, el dominio que nos permita llegar a un conocimiento parcial ante la imposibilidad de dominarlo todo.

La Bioética, podría pensarse, constituye un momento o intento de agrupación y de reflexión que nos recuerda el surgimiento de la universidad en la edad media, cuando los saberes dispersos en los grupos de la sociedad fueron recogidos, se creó la institución universitaria y se constituyó corporativamente en un momento de síntesis para darles unidad en la diversidad.

Fue un fenómeno espontáneo de la sociedad de entonces en el siglo XII que permitió la organización académica y científica del conocimiento humano. Hoy, la bioética, plantea ante los grandes hechos científicos, los interrogantes éticos que ellos suscitan, alrededor de una discusión interdisciplinaria y transdisciplinaria a la que deben confluir todas las áreas de conocimientos surgidas en los últimos siglos, y en especial, los avances en el conocimiento biológico, y como consecuencia, de la biomedicina, que se hizo científica, participando de la "Crisis" de las ciencias que plantea Husser.

Hay, pues, un punto de vista técnico: actuar sobre la vida del hombre, y un punto de vista ético: "Qué debo hacer" frente al "qué puedo hacer". La etimología del término bioética denota una ambigüedad ética que nos remite, bien a una visión instrumental, bien a una visión reflexiva. Intentaré resumir brevemente en esta presentación algunos de los hechos

más destacados alrededor de la bioética, sus características, sus tendencias y su aplicación como ética práctica.

De la ética a la bioética; antecedentes.

La relación establecida entre los seres humanos tiene que ser necesariamente ética, ya que la ética se origina desde el conocimiento del otro, desde el concepto de semejante y desde el conocimiento de nuestra capacidad de pensar y de prever el futuro; el poseer este conocimiento hace al hombre sujeto de derechos y obligaciones, ya que el cumplimiento y respeto de ellos, o por el contrario, su incumplimiento nos brinda un sentimiento para poder discernir entre lo que es justo y lo que es injusto.

Pudiendo decir que, el concepto de ética como ciencia puede definirse como el estudio y la justificación de normas de comportamiento a partir del conocimiento lógico natural, la moral, considerada como ciencia, recoge las normas de comportamiento a partir de los planteamientos filosóficos, teológicos y personales. (Villalaín Blanco, D. 2001).

El hombre, a través de la historia, ha ido conociendo las obligaciones inherentes a la condición humana, frente a los demás de su misma condición, haciéndolas extensibles a la sociedad y más tarde, debido a las inmensas posibilidades de manipulación que ofrece la tecnología, ante la misma biosfera.

A su vez, y de un modo paralelo a esta evolución y ampliación conductual, se ha ido desarrollando el conocimiento y con él, la presentación y estudio de la ética. Y esto que se ha ido manifestando en todos los aspectos y sentidos, lo ha hecho de un modo más acusado en el ámbito profesional y más concretamente en la relación médico-enfermo.

Pero no es hasta finales del siglo XVIII cuando aparece el término “Ética Médica”, coincidiendo con la revolución industrial y los inicios de la higiene pública, momento a partir del cual, la medicina comienza a cobrar una dimensión sociopolítica nueva que pronto se verá recogida por diferentes leyes. Siendo a finales del siglo XX (1986), cuando se considera que, la revolución industrial, política, científica e ideológica, han originado una revisión de los aspectos éticos tradicionales, ya que se ha pasado de una sociedad cerrada y paternalista, a una sociedad abierta y permisiva basada en la responsabilidad individual, la tolerancia jurídica y la permisividad social.

Origen de la bioética.

El comienzo de la bioética se fija en 1970, cuando Van Rensselaer Potter escribió el libro “The Science of Survival”, mediante el cual trató de elaborar una nueva comprensión del modelo epistemológico de la ética médica y ambiental, así como de la deontología, de la medicina legal y de la filosofía médica; “contribuir al futuro de la especie humana mediante la promoción y sistematización de una nueva disciplina: la bioética”, disciplina que señalaba la importancia del comportamiento humano en el equilibrio del ecosistema, del futuro del hombre y de su supervivencia, destacando la influencia negativa del estilo de vida del hombre en la normal evolución del mundo y de la especie humana; con todo ello, Potter, planteaba la necesidad de un nuevo comportamiento, nuevas obligaciones, nuevas leyes y una nueva moral con relación al futuro de las generaciones.

“Lo que me interesaba en ese entonces -rememoró Potter en uno de sus últimos trabajos-, ... era el cuestionamiento del progreso y hacia donde estaban llevando a la cultura occidental todos los avances materialistas propios de la ciencia y la tecnología. “Expresé mis ideas de lo que, de acuerdo a mi punto de vista se transformó en la misión de la Bioética: un intento por responder a la pregunta que encara la humanidad: ¿qué tipo de futuro tenemos por delante? y ¿tenemos alguna opción? ...”. Todo comenzó en esa charla de 1962, en la que la misión consistía en examinar nuestras ideas competitivas sobre el progreso. Así el título de esa charla fue Un puente hacia el futuro, el concepto de progreso humano...” tendría un carácter utilitario en relación a la vida, posteriormente se hizo superponible a la propia ética médica, y en la actualidad adquiere un carácter general, en el que se analizan las relaciones existentes entre el hombre y la biosfera.

Es diferente, por lo tanto, no sólo en sus contenidos, restringidos al análisis ético de las relaciones entre el médico y el paciente, sino también en su metodología, porque mientras la deontología médica sigue la costumbre occidental de una codificación sistemática, la bioética, en sus capítulos sobre la ética médica, busca la síntesis reduccionista de los principios éticos que inspira la deontología y, partiendo de ellos, analiza la casuística, con resultados discutibles y discutidos, útiles para el desarrollo filosófico y para el pensamiento abstracto ético-sanitario, pero que resultan poco prácticos para la resolución de los problemas concretos que plantea el trabajo médico en la realidad cotidiana.

La Bioética es “un urgente y necesario conocimiento que permite la investigación del cómo utilizar el pensamiento para una presencia responsable del hombre para la promoción de la calidad de vida, considerada como una ciencia de la supervivencia, en el sentido de la presencia cualitativa del hombre en la historia” (Potter, 1971).

Bioética.

El término bioética es un neologismo introducido en el idioma inglés por Potter en el año 1971 y a partir de entonces, ha gozado de general aceptación. Su éxito ha sido proporcional a su propia indefinición, permitiendo que cada uno lo explicara a su estilo, de acuerdo a su ideología y profesión, de tal forma que los médicos vieron en él una concepción nueva de la clásica deontología profesional; los biólogos y ecólogos consideraron que observaba un punto de vista diferente sobre la conciencia de las sociedades avanzadas por el futuro de la vida, ante las agresiones que se están sucediendo al medio ambiente. Y referente a las diferentes ideologías (judías, cristianas y musulmanas), creyeron ver en la nueva palabra la expresión de su criterio de santidad de la vida.

Con todo ello, la bioética ha ido adquiriendo un importante cuerpo doctrinal, haciendo de ella una de las ramas más desarrolladas de la ética. Ya la misma etimología del término “bio” y “ethos” (vida y ética) remite doblemente al campo de los hechos biológicos y al de los valores humanos, relacionándolos entre ellos, estableciendo un puente de unión entre la cultura de las ciencias y la de las humanidades. Empleando el término de bioética a la aplicación de las ciencias biológicas con la finalidad de mejorar la salud.

Características de la bioética:

La misma palabra Bioética de tan reciente acuñamiento, se presta para discusión. Creada por Van Rensselaer Potter, En Madison, Wisconsin, Estados Unidos, en su libro *Bioethics, Bridge to the Future*, publicado en enero de 1971, plantea la posibilidad de una ética global por la vida. Fue utilizada por Hellegers en Julio de 1971 en la creación del Kennedy Institute for Bioethics, como ética aplicada a la biomedicina.

A su vez, hay características históricas y filosóficas que determinan diferencias entre la bioética norteamericana y la europea. La primera marcada por el pragmatismo, el

empirismo y el utilitarismo. La segunda, en Europa continental, mediterránea, por las tradiciones originadas en Grecia, con principios éticos de la tradición médica de hacer el bien (Areté) y buscar la excelencia, la tradición política de justicia que viene desde el siglo IV a.c. y la tradición jurídica, derechos humanos y autonomía desde el siglo XVII. Estos principios éticos confluyen y pueden entrar en conflicto en la bioética actual. En las diversas tendencias que se dan en Norteamérica prevalece la bioética basada en principios o principialista: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, con marcado acento deontologista y de aplicación práctica o casuística.

BIOS puede tomarse como criterio de vida en general o el hombre como persona humana y sujeto individual o viviente, y Ética como reflexión sobre el bien y como interrogantes ante los hechos que plantea la ciencia y en especial la biomedicina.

Diversas definiciones se han dado a la bioética y en todas ellas se pretende darle el estatus de disciplina autónoma, comparable a cualquiera otra de las ciencias, pero denotando que la bioética debe buscar no solo el conocimiento, sino la sabiduría, para favorecer la supervivencia de la vida no solo humana sino en general sobre la tierra, en la era de la sociedad tecnológica, de la producción y el consumo.

He aquí algunas de las definiciones de la Bioética:

"El esfuerzo para utilizar las ciencias al servicio de la vida" (Van Rensselaer Potter) (2)

"Estudio de los temas Éticos, Sociales y Jurídicos que surgen en la atención sanitaria y las ciencias biológicas" (Asociación Internacional de Bioética, 1992)

"Bioética: Conjunto de cuestiones con una dimensión ética suscitadas por el, cada vez mayor, poder de intervención tecnocientífica en el ámbito de la vida orgánica" (G. Hottois)

"La Bioética es el estudio interdisciplinario de la mezcla de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos progresos y complejidad del saber y de las tecnologías biomédicas" (D. Roy)

"El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales." (Reich. Enciclopedia de Bioética)

“Como un nuevo término para expresar el viejo concepto de ética médica.” (Kieffer)

“Es la disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos. Consiste fundamentalmente en servirse de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida” (Potter).

La gestión de la bioética, pues, tiene dos órdenes de factores principales que condicionan su nacimiento: Lo científico tecnológico y lo sociopolítico. Encontramos dentro de los primeros la revolución biológica, iniciada desde el siglo XIX la cual culmina a mediados del siglo XX con el descubrimiento de Crick y Watson, del ADN y sus posibilidades de aplicación a los seres humanos.

De otra parte, aparecen el movimiento de los derechos humanos y la conciencia de autonomía y dignidad humana. Además, pueden citarse en una visión más amplia, la crisis ecológica, el avance y revolución biológica y el poder médico incrementado por la biologización de la medicina y la medicalización de la sociedad.

Anotamos, que estos factores de la génesis de la bioética, nos muestran una doble mirada: de un lado, la científica, preocupada por la eficacia, y de otra, enfocada sobre el debate ético, la responsabilidad y los valores.

Las acciones exclusivamente técnicas de la biomedicina para la prolongación de la vida, la modificación de las condiciones de la muerte y las acciones terapéuticas sobredimensionadas, produjeron situaciones nuevas para los pacientes, parientes, familiares y profesionales de la salud que motivaron una necesaria reflexión y cuestionamiento sobre la vida y la persona y el interrogarse si todo lo que es posible hacer científicamente se debe hacer. Surgió, así el conflicto entre el imperativo tecnológico frente al imperativo ético.

En estas circunstancias, la bioética asume como disciplina propia la aplicación de sistemas éticos ya establecidos o la creación de nuevas teorías para aportar soluciones al conflicto. H. Jonás aporta el principio de responsabilidad frente a la humanidad futura como contribución al debate actual.

En esta forma se plantean cuestiones que se relacionan con la vida y la muerte, las experimentaciones terapéuticas, los trasplantes neuronales, la investigación de ingeniería

genética, interrupción del embarazo en caso de malformaciones. Como sustituto del imperativo kantiano, Jonás presenta un nuevo imperativo que asume tanto al hombre como a la vida y su fragilidad cambiante y perecedera, objeto de preocupantes tecnologías.

Expresa el imperativo de cuatro maneras:

"Obra de tal modo, que los efectos de tu acción sean compatibles con la pertenencia de una vida auténticamente humana sobre la tierra".

"Obra de tal modo que los efectos de tu acción no destruyan la posibilidad futura de la vida en la tierra".

"No comprometas negativamente las condiciones que permitan la supervivencia indefinida de la humanidad en la tierra"

"Incluye en tu actual escogencia, la integridad futura del hombre como parte de tu escogencia"

Hay, pues, una preocupación por la responsabilidad individual sobre el futuro de la humanidad, pero sin esperar reciprocidad por ello. Como proyecto de responsabilidad la bioética se refiere especialmente a tres campos: la esfera de la reproducción, la del control de la herencia y el dominio concerniente al sistema nervioso, las que están realmente comprometidas con nuestro sustrato biológico.

La bioética como ética práctica.

La bioética puede considerarse dentro de las llamadas éticas prácticas como lo son también la ética para el medio ambiente, la ética de los negocios, la ética de los medios y la ética de la política.

Los interrogantes que sugieren los hechos científicos, especialmente en la biomedicina, no solo promueven una toma de posición moral, sino un cuestionamiento ético, dentro del cual nacen los coloquios, comités de ética hospitalaria, y éticas aplicadas, a partir de principios y búsqueda en las diversas esferas del saber, de análisis reflexivos sobre valores.

Los principios de la Bioética en el modelo "principalista" de Tom Beauchamp y James Childress, son deontologistas. Proponen estos autores en "Principles of Biomedical Ethics" cuatro principios morales para aplicarlos en la investigación científica, la medicina y la atención de la salud y dentro de estas las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes: Beneficencia, u obligatoriedad de promover siempre el bien del paciente (regla de confidencialidad).

El principio de No maleficencia, de no infringir ningún daño (regla de fidelidad). El principio de justicia que impone que todas las personas sean tratadas de igual manera ni importa sus diferencias (regla de privacidad) y el principio de autonomía que afirma la autodeterminación de la persona (regla de veracidad). La autonomía recibe preferencia en estos principios.

Principios de la bioética.

A los principios tradicionales de la ética médica, la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

El principio de la beneficencia significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud.

La sociedad actual se caracteriza por un énfasis, a veces exagerado, en la tecnología, y ello lleva imperceptiblemente a la deshumanización. Es por ello que se hace más necesaria que nunca la formación humanista de los profesionales de la salud. La atención de Enfermería debe fundamentarse, de manera especial, en la formación humanista de ese profesional.

Una enfermera practica la beneficencia a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su auto superación para mantener la competencia y desempeño profesional, que le permitirá brindar una atención de calidad. También cumplirá con el principio de beneficencia en las acciones cotidianas cuando se esfuerce por establecer diagnósticos correctos de Enfermería, pues de la identificación clara y precisa de las respuestas humanas del paciente a su problema de salud/enfermedad dependerá la eficacia de las acciones independientes de la enfermera. La enfermera aplica además la

beneficencia cuando, al ejecutar acciones dependientes de las órdenes médicas, ajusta el horario de la administración de los medicamentos no a su comodidad, sino a las necesidades del paciente.

El principio de no maleficencia, sinónimo del "No dañar", de la ética médica tradicional, es considerado por algunos éticos como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. Pero, ¿cuál es el bien y cuál el mal? A lo largo de la historia de la humanidad, en correspondencia con la práctica social, determinados grupos de hombres han elaborado sus propias teorías filosóficas y en ellas han expuesto sus aspiraciones, como expresión consciente y anticipada de sus necesidades históricas. Estas aspiraciones se desarrollan en el sistema de valores morales que, a su vez, se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre.

Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico concreto, de manera que cambian con el propio desarrollo de la sociedad. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social: lo que lo favorece, constituye un valor; lo que lo dificulta u obstaculiza, constituye un antivalor.⁵

En correspondencia con los valores universalmente reconocidos: la vida y la salud, cualquier enfermera puede distinguir dos ideas fundamentales:

- Su profesión le proporciona una capacidad peculiar que la faculta específicamente para contribuir al bien del individuo, la familia o comunidad que atiende.
- Su profesión implica un deber para con la sociedad.

La autonomía, uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento.

La información corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes:

1. Descubrimiento de la información, que estará dosificada en correspondencia con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber.
2. La información comprensible, es decir, tomar en cuenta la necesidad de utilizar un lenguaje claro y preciso.

Por su parte, el consentimiento es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, o abogados especialmente contratados para el caso). El consentimiento comprende también dos aspectos:

1. Consentimiento voluntario, sin abusos paternalistas ni presiones autoritarias.
2. La competencia para el consentimiento, tanto física como psicológica.

El consentimiento informado protege, en primer lugar, a pacientes y sujetos de experimentación, previendo riesgos y daños posibles; pero también protege y beneficia a todos en la sociedad, incluyendo profesionales de la salud e instituciones.

Dicho esto, así todo parece claro y de fácil solución; sin embargo, el profesional de la salud se enfrenta, en su ejercicio cotidiano, a una categoría mucho más abarcadora que la autonomía, que es la integridad del paciente como un todo, con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción. Es precisamente en este rango, en el que se presentan los mayores conflictos éticos. Otro tanto sucede cuando los elementos que justifican el ejercicio de la autonomía en el individuo son contrarios al derecho de elección de la comunidad.

1.2 Ética, deontología y bioética.

El tema de la ética

El asunto fundamental del que la Ética se ocupa es la felicidad humana, más no una felicidad ideal y utópica, sino aquella que es asequible, practicable para el hombre. Al menos así aparece en lo que podríamos llamar la tradición clásica de pensamiento moral desde Aristóteles hasta Kant, excluyendo a éste último. Como todo ser vivo, el hombre no se conforma con vivir simplemente. Pretende vivir bien. Una vez garantizado el objetivo de la supervivencia, se plantea otros fines. Para comprender el significado de lo

ético, lo primero que hace falta es entender que la finalidad de la vida humana no estriba sólo en sobrevivir, es decir, en continuar viviendo; si la vida fuese un fin en sí mismo, si careciese de un "para qué", no tendría sentido. Así se comprende la exhortación del poeta latino Juvenal: "Considera el mayor crimen preferir la supervivencia al decoro y, por salvar la vida, perder aquello que le da sentido" (*Summum crede nefas animam praeferre pudori / et propter vitam vivendi perdere causas. Satirae, VIII, 83-84*).

Tener sentido implica estar orientado hacia algo que no se posee en plenitud. Ciertamente algo de esa plenitud hay que poseer para aspirar inteligentemente a ella: al menos algún conocimiento, a saber, el mínimo necesario para hacerse cargo de que a ella es posible dirigirse. Con todo, el dirigirse hacia dicha plenitud se entiende desde su no perfecta posesión. Soy algo a lo que algo le falta.

Cuando el hombre piensa a fondo en sí mismo se da cuenta de que con vivir no tiene suficiente: necesita vivir bien, de una determinada manera, no de cualquiera. Dicho de otro modo: vivir es necesario, pero no suficiente. De ahí que surja la pregunta: para qué vivir (la cuestión del sentido) y, en función de ello, cómo vivir. Justamente ahí comienza la Ética. La felicidad se nos antoja, en primer término, como una plenitud a la que todos aspiramos y, por tanto, de cuya medida completa carecemos. Sin embargo, esa "medida" no es en rigor cuantificable.

La felicidad más bien parece una cualidad. Podríamos describirla como cierto "logro". Así lo hace Aristóteles, para quien la felicidad es "vida lograda" (*eudaimonía*), a saber, una vida que, una vez vivida y contemplada a cierta distancia –examinada, analizada– comparece ante su respectivo titular como algo que sustancialmente ha salido bien; una vida, en fin, que merece la pena haber vivido.

Tal característica de lo "logrado" se especifica, a su vez, en dos modos prácticos del bien: lo que me sale bien y lo que hago bien. En la vida hay acontecimientos que me salen al paso, y otros que hago yo surgir de manera propositiva. En la biografía de todo ser humano se articulan elementos que él ha hecho intervenir por su propia iniciativa, de manera planificada, con acontecimientos imprevistos, y a menudo imprevisibles. Tanto unos como otros implican una importante carga ética: lo que hago, porque lo he traído yo al ser, a la realidad de mi vida o del cosmos; y lo que me pasa, porque aun no habiéndolo planificado yo, me pide una respuesta, me planta cara y me desafía, supone un reto que

me obliga a poner en juego los recursos de mi propia identidad moral, identidad que quedará en evidencia por la forma de encarar el destino. Si bien en el segundo aparece más bien como re-activo, en ambos casos se advierte que el ser humano es un ser activo. Y la ética pone de relieve, en primer término, esta índole activa: se refiere a la praxis humana, al obrar –activo o reactivo– que implica libertad y que, por tanto, no está sujeto a una determinación unívoca (ad unum).

El hombre puede actuar o reaccionar ante una concreta situación de muy variadas maneras, y entre ellas la ética pretende poder dilucidar cuál es la mejor, la más correcta o conveniente de cara al sentido último de la existencia humana, a esa plenitud que, a fin de cuentas, resultará, en conjunto, del buen obrar (eupraxía).

LA FELICIDAD Y EL PLACER: Como todo ser vivo, el hombre es más activo que pasivo. La felicidad a la que se ve llamado no es una situación pasiva en la que pueda llegar a encontrarse.

El placer verdaderamente humano –el que mejor se corresponde con su realidad activa– no es el que se busca por sí mismo, sino el que surge como resultado de la acción buena, el obrar pleno de sentido. "La palabra 'placer' –señala A. Millán-Puelles– se puede usar en dos acepciones: el placer de los sentidos o el del espíritu. Generalmente se toma en la acepción puramente sensorial. Pues bien, los placeres sensoriales, en principio, tampoco son ilícitos. Lo que es ilícito es convertir la búsqueda de ellos en la orientación de nuestra conducta, no porque sean placeres, sino porque son meros placeres sensoriales, y el hombre no es un gato ni un perro, sino un ser dotado de espíritu.

LA VIRTUD: El planteamiento aristotélico se atiene mejor a la realidad que el hedonista. El Estagirita otorga al placer un papel importante en la vida lograda, pero secundario. En el centro de ella está la eupraxis, el buen obrar; hablando propiamente, la virtud.

La virtud (areté) puede definirse como un hábito operativo bueno, es decir, el buen obrar que se configura como una costumbre, como un modo ordinario y habitual de conducirse. El placer (hedoné) es una consecuencia necesaria de la virtud. Es imposible que el obrar virtuoso no satisfaga ciertas inclinaciones humanas naturales. La esencia de la felicidad es la virtud, pero el placer es un matiz o coloramiento que la acompaña siempre.

EL DESTINO: En un alarde de sentido común, Aristóteles atribuye a la buena suerte, junto con la virtud y el placer, un papel no poco importante en la configuración de la vida lograda. En principio no depende de nosotros, y puede sorprender que el Estagirita aborde el tratamiento del destino (el fatum) en el marco de la ética, pues ésta es práctica –se refiere a la acción humana libre– mientras que el fatum parece que nada tiene que ver con la libertad. El destino engloba los eventos y circunstancias que pueblan nuestra biografía sin que nosotros hayamos tenido que ver con su aparición, en tanto que el obrar moral es aquel que hacemos surgir por iniciativa nuestra. "¿Por qué aquello sobre lo que no podemos influir es objeto de una reflexión práctica, siendo así que ésta no parece tener consecuencias prácticas?", se pregunta Spaemann (1995, 113).

Aristóteles entiende que una vida humana difícilmente puede considerarse lograda si el destino no es favorable, pero sí que es una actitud moralmente positiva ser capaz de llevarse bien con el destino, eso que la tradición moral conoce con el nombre de serenidad y que Spaemann ha descrito admirablemente como "la actitud de aquel que acepta voluntariamente, como un límite lleno de sentido, lo que él no puede cambiar; la actitud de quien acepta los límites" (Spaemann, 1995, 119; Barrio, 1999).

La deontología

El concepto de deontología en general. En su acepción más habitual, el término deontología suele usarse para designar la "moral profesional", situándola, así como una parte de la moral, una "moral especializada". Mas esto no puede hacerse sin precisar que, ante todo, la deontología es un capítulo de la Ética general, concretamente la teoría de los deberes (tá déonta). Los deberes profesionales son sólo una parte muy restrictiva de los deberes en general, y de éstos hemos de ocuparnos en primer término.

La relación entre ética y deontología es análoga a la que se establece entre felicidad y deber, nociones que en definitiva constituyen sus respectivos núcleos temáticos. El deber es algo más restringido que la felicidad y, así, cabe entender la deontología como una parte especial de la ética, siendo ésta, a su vez, un desarrollo de la filosofía de la naturaleza y, en último término, de la filosofía primera o metafísica. De esta forma lo ha entendido la tradición aristotélica.

En efecto, no cabe reducir el bien al bien moral. Lo primero que hay que decir del bien (tó agathón) es que es un aspecto del ser (tó on), y la ética se sitúa en el planteamiento de lo que un tipo especial de ente que es el hombre (anthropos) necesita para bien-ser o bien-vivir. Para cualquier ser viviente, su ser es su vivir (vita viventibus est esse, decían los aristotélicos medievales). Por tanto, la ética, en primer lugar, aparece como la clave de la mejor vida (aristobía); el "ideal del sabio" griego es, en definitiva, el de la vida buena, un ideal ético en sentido estricto. En esta clave se puede comprender el concepto aristotélico de felicidad como plenitud de vida o vida lograda (eudaimonía).

El bien moral es muy exigente, de manera que para que la acción sea buena –en el sentido de moralmente debida– se hace preciso que lo sea en todos sus aspectos, sustancia y circunstancia, mientras que basta que falle uno de ellos para que se pervierta su bondad.

La deontología como ética profesional.

Aristóteles ha acuñado la distinción conceptual, de gran alcance para la filosofía práctica, entre poíesis y praxis, entre producir y actuar. La rectitud del producir se mide por el producto y ha de ser determinada en función de las reglas del arte (techné); estriba en un resultado objetivo y en la nueva disposición de las cosas que sobreviene como consecuencia del producir. Por el contrario, la rectitud del actuar es de índole estrictamente ética: radica en el actuar mismo, en su adecuación a una situación, en su inserción dentro del plexo de las relaciones morales, en su "belleza". Como es natural, todo producir se halla inscrito en un contexto práctico, y por ello tampoco está exento de una evaluación moral. Pero la determinación del producir correcto pertenece a la técnica, al ámbito de los medios, mientras que el actuar honesto tiene razón de fin. Podemos distinguir, así, el buen hacer del obrar bien. El "robo del siglo", por poner un ejemplo, es una operación que, como producto, está muy bien hecha –entre los latrocinios es, sin duda, el mejor del siglo–, aunque difícilmente lo calificaríamos como una buena acción.

En resumen, la analogía fundamental que cabe establecer entre ética y deontología se detecta no tanto por el lado de la norma como por el de la buena acción. La ética tiene que ver con lo que el hombre es naturalmente, siendo la naturaleza un cierto plexo de

tendencias inmanentes al ser humano cuya plenitud está teleológicamente incoada y apuntada por la misma inclinación.

En el fondo, se trata de ofrecer un respaldo corporativo al ejercicio decoroso, y garantizar la buena imagen de la profesión ante los clientes y la sociedad. Se establecen para ello mecanismos de control deontológico, como los antiguos tribunales de honor, encargados de prevenir malas prácticas, e incluso promoviendo la separación de la profesión para quienes las ejercitan.

Bioética.

Es el oncólogo holandés Rensselaer Van Potter a quien se le atribuye el primer uso de la palabra bioética. En su trabajo *Bioethics: Bridge to the future* publicado en 1971 visualizó una estrecha relación entre el mundo de la ciencias de la vida y sus hechos y los valores éticos².

Ayudado en su visión, formula la propuesta de una nueva disciplina que sirviera de puente entre dos culturas: la científica-biológica, en torno a la vida y al medio ambiente y la humanista centrada en la ética. Comprendía como ciencias de la vida no solamente a las ciencias que tienen que ver con la vida humana, sino también a todas aquellas que engloban su entorno ecológico y ambiental, el mundo animal y vegetal. La bioética consiste en un diálogo interdisciplinario entre ética y vida, entre filósofos humanistas y profesionales en salud que promueva un movimiento socio-cultural entre los ciudadanos.

El carácter interdisciplinario de la bioética se reconoce porque se apoya en varias disciplinas: biológicas, humanistas, económicas, filosóficas, políticas y legislativas, para producir el bien social en el presente y futuro de las generaciones.

La bioética se ha consolidado como un espacio de reflexión multidisciplinario necesario para abordar con éxito los problemas complejos suscitados en el ámbito específico de la atención sanitaria y ha ido ampliando progresivamente su enfoque para estudiar los factores naturales, tecnológicos y sociales que pueden tener repercusiones sobre la salud humana y la biosfera en su conjunto. A pesar de ser una disciplina joven y en continuo desarrollo, se ha convertido en una herramienta de trabajo fundamental para los comités

y organismos que, con funciones predominantemente consultivas son requeridos, además desarrolla y realiza tareas de formación de profesionales de la biomedicina y la bioética.

Desde el punto de vista práctico, por ejemplo, la bioética aborda los conflictos éticos que surgen en las ciencias biológicas como puede ser el caso de la investigación en animales, la manipulación de la estructura genética, problemas derivados del uso de combustibles fósiles, contaminación de los suelos y el agua con productos químicos, uso irracional de insecticidas, entre otras importantes y variadas situaciones.

I.3 Áreas constitutivas de la bioética.

La bioética se divide en dos grandes ramas:

La bioética teórica se remite a la ética o filosofía moral y trata acerca de los principios, normas, valores y virtudes que estructuran el acto humano y que tienen como fundamento el valor de la vida y de la dignidad de la persona humana.

La bioética práctica se remite a la moral y constituye la moralidad de la persona humana, al realizar un análisis de la acción humana a través de la reflexión en el actuar y en el decidir, y resulta por tanto en la bioética vivida, o sea en ese conjunto de juicios de valor o de moralidad que permiten escoger los medios y los fines para cada una de nuestras acciones y decisiones.

Bioética, entonces, es la unión de la ética y la deontología en la profesión médica, o sea en el terreno asistencial o de la salud, y se encuentra plasmada en códigos, declaraciones y juramentos, en los cuales se manifiesta la idea de tratar la enfermedad y al enfermo como elementos básicos para el éxito del ejercicio de la profesión médica.

El vivir y el morir se encuentran estrechamente relacionados y condicionados con el valor positivo de la vida humana; por ello, es necesario tratar las exigencias éticas del morir humano.

La bioética puede concebirse como aquella parte de la filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos actos asociados a la práctica y el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas. La bioética o ética de la vida pretende ser un puente entre las ciencias biológicas y la conducta.

I.4 Aplicación de la bioética.

Áreas de impacto en el estudio de la bioética.

En el estudio y aplicación de la bioética se consideran todas las acciones y decisiones relacionadas con el respeto y la preservación de la vida, sobre todo la humana y para propósitos de profundización se consideran tres grandes áreas específicas: el origen de la vida, el desarrollo y asistencia de la vida y el término de la vida.

En la primera se enfoca el estudio en el inicio de la vida y en su transmisión, tomando en cuenta la responsabilidad procreativa, la demografía, el control de la fertilidad y las distintas facetas de la vida relacionadas con posibles alteraciones y/o ajustes a dicho inicio, como pudieran ser entre otros: La clonación, la ingeniería genética, el consejo genético, el aborto y la eugenesia, entre otros.

En la segunda, el enfoque se encamina fundamentalmente al aspecto social, de relaciones y de ayuda (medico paciente) en el terreno de acciones y decisiones tendentes a una cooperación, apoyo y comunicación entre los seres humanos y con la firme idea de preservar la vida y el desarrollo de lo relacionado con un mejor ambiente y un mejor planeta y universo para tales propósitos.

En la tercera, la idea fundamental es el que la vida es precadera y tiene una terminación; sin embargo, ese final se ve alterado por una serie de prejuicios que el hombre tiene en relación con su fin y su incapacidad natural y psicológica, para aceptarlo y sobrellevarlo; entonces, los peligros son equivalentes a la incertidumbre y a la necesidad de tener un control (a veces absoluto) de ese momento final, por lo que situaciones como el suicidio, el suicidio asistido, la eutanasia, la pena de muerte y los ensañamientos (distanasia), son muy importantes de estudiar y valorar en relación con la acción y la decisión humanas.

Características de la bioética:

La bioética es una disciplina:

- i. LAICA: Busca acuerdos racionales entre personas de diversas filiaciones religiosas o ateas. Es tolerante.

- ii. PLURAL: Reconoce y promueve la diversidad y trata de alcanzar acuerdos razonables entre diversas posturas dentro de una discusión que parta de mínimos compartidos. Reconoce la pluralidad no sólo como un hecho sino como un valor.
- iii. AUTÓNOMA: Es libre de influencias políticas, religiosas y económicas. Reconoce la capacidad de autorregulación del ser humano.
- iv. RACIONAL, FILOSÓFICA Y DISCURSIVA: La realidad ética no se conoce a priori sino a través de la reflexión sobre las consecuencias de las decisiones.
- v. UNIVERSAL: Válida para todos, en cualquier lugar. Las decisiones deben ir más allá de los convencionalismos morales pues se aspira a decisiones responsables por vía del acuerdo intersubjetivo pero con base en acuerdos objetivos de mínimos como lo son los derechos humanos.
- vi. INTERDISCIPLINARIA: Comprende aspectos filosóficos, científicos, sociales, antropológicos, psicológicos, técnicos, legales, del cuidado de la salud y de la investigación en salud.
- vii. INTERMEDIADORA: Promueve mecanismos razonados y racionales para la toma de decisiones difíciles y para resolver conflictos.
- viii. REGULATORIA O PROCEDIMENTAL: Apoyo a los protocolos, procedimientos, cuerpos colegiados.
- ix. APLICADA: Reflexiona y cuestiona problemas reales, cotidianos y concretos.

1.5 La bioética como una actividad multidisciplinaria.

La bioética se constituye como una actividad multidisciplinaria.

Dado que en ella confluyen diversos ámbitos del conocimiento como la medicina, la biología, el derecho, la psicología, el psicoanálisis, la sociología o la filosofía; inscribiéndose en la rama filosófica de la ética aplicada, junto con otras vertientes de la ética con aplicación práctica, para ello, conviene establecer que la bioética existe “como intento de reflexión sistemática acerca de todas las intervenciones del hombre sobre los seres vivos;

una reflexión que tiene un objetivo específico y difícil de alcanzar: el de identificar valores y normas que guíen el actuar humano...”

Ese intento de reflexión sistemática contiene, en sí mismo, la necesidad de plantear un proceso, un modelo, una serie de pasos metódicamente ordenados que lleven a un fin específico, a partir de conocimientos y supuestos establecidos por diversas ciencias, en aras de su carácter multidisciplinario. La intervención del hombre sobre los seres vivos alude, a la preeminencia del Estado para mantener el orden jurídico y social establecido. Identificar valores y normas que guíen el actuar humano hace referencia al código moral y ético que deberá establecer el actual modelo a fin de proponer nuevas posturas.

Para configurar este modelo, se busca echar mano de diversas fuentes de conocimiento, pero de ninguna manera se pretende realizar una mezcla indiscriminada de elementos que se pudieran considerar útiles para lograr el fin perseguido, por el contrario, el riguroso conocimiento del problema y el establecimiento de los procedimientos del debate para clarificarlo son impostergables.

En este sentido, para Scarpelli; en bioética, “se deberían establecer sólo reglas formales basadas en el principio de tolerancia de cualquier ética [...], de buscar orientaciones válidas y racionalmente fundamentadas, y por esto susceptibles de compartirse o, por lo menos, de discutirse responsablemente”. Esto es, como lo exige la bioética laica, la tolerancia es una característica impostergable que debe cumplir el modelo aquí propuesto, a fin de no vulnerar ideologías de cualquier índole y, sobre todo, lograr la mayor aceptación posible.

Los derechos humanos no son una práctica local, sino una práctica difundida en todo el mundo, incluyendo las implicaciones que lleva consigo, para lo cual será indispensable echar mano de diversas disciplinas que permitan el estudio de sus antecedentes, de su práctica, de consideraciones jurídicas y de las diversas posturas al respecto.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

ENSAYO

Realiza un ensayo en el cual expongas una idea con fundamento en el análisis, la evaluación o interpretación propia y de interés de la unidad expuesta.

ENSAYO: El ensayo es un tipo de texto que analiza, evalúa o interpreta un tema determinado, ya sea de manera oficial o libre. Su principal característica es que se trata de un texto en el que el escritor cuenta con total libertad para organizar el contenido y la información. Es, además, considerado un género literario, como puede ser la poesía, la ficción o el drama. Todos los ensayos suelen presentar una estructura bastante clara, la cual se articula en torno a una introducción, un desarrollo y una conclusión. Criterios de evaluación

Presentación o portada	20%
Originalidad en la redacción y las ideas, los trabajos copiados y bajados de internet serán rechazados.	
Concordancia con los temas de la antología.	
Contenido, 2 cuartilla como mínimo, 4 máximo.	
Uso de mayúsculas y minúsculas.	
Cuidar ortografía.	
Tipo de letra: Arial	
Tamaño de letra: 12 para títulos y 11 para texto	
Interlineado: 1.5	
Margenes: Superior: 2.5, Inferior: 2.5, Izquierdo: 3, Derecho: 2.5	
Incluir citas, fuentes y referencias	
Entregar y subir formato en PDF	

Unidad 2

Teorías y métodos de la bioética.

2.1 Corrientes teóricas de la bioética.

Numerosas corrientes de pensamiento filosófico se aplican al plano de la ética, entre ellas: el eclecticismo que toma elementos de todas las corrientes filosóficas y a partir de ellas crea una nueva visión; el historicismo que considera al ser como algo temporal que no es captado por la razón, es decir, independiente al contexto y al juicio; el cientificismo que pondera que la única verdad aceptable es la que tienen bases científicas; para el nihilismo la existencia del ser humano no tiene ningún significado objetivo, propósito o verdad comprensible.

A continuación, se mencionan otras corrientes filosóficas:

- a) Platón y la ética Para Platón (427-347 AC), la reflexión filosófica gira en torno a la vida que vale la pena vivir. Para él, sólo vale la pena vivir una vida virtuosa, y relaciona a la virtud con el bien como una forma de alcanzar la excelencia humana. El fin último de todas las acciones humanas es el bien, y todo bien se concibe como un valor moral último y objetivo.
- b) Visión aristotélica Para Aristóteles (384-322 AC), la virtud también es el eje de la vida plena, pero a diferencia de Platón, no la deriva de un principio trascendente, sino de la misma naturaleza del hombre. Para él, la finalidad de la actividad humana es la felicidad.
- c) Jesús Señala al amor incondicional (ágape) como el vínculo perfecto para la unidad humana. La bondad es reflejo del ser interior: “el hombre bueno, del buen tesoro de su corazón saca cosas buenas; y el hombre malo, del mal tesoro saca cosas malas”.
- d) Tomas de Aquino Tomas de Aquino (1225-1274) plantea que el orden general de las cosas se expresa en la ley natural, “Lo que es contrario al orden de la razón, es contrario a la naturaleza de los seres humanos como tales y lo que es razonable está de acuerdo con la naturaleza humana como tal. El bien del ser humano está de acuerdo con la razón y el mal humano está fuera del orden de lo razonable”.

e) El pragmatismo Para esta corriente filosófica (William James 1842-1910), bueno es lo que da resultados positivos y sirve a los intereses de individuos, grupos o sociedades. Para algunos, es una opción adecuada en los comités de bioética ya que, ante la complejidad de los dilemas bioéticos, esta visión protege la libertad de pensar, de creer, de criticar, porque no teme a la multiplicidad de opiniones, pues se concentra sólo en las consecuencias prácticas de las decisiones, sin importar los debates ideológicos sobre el fondo de la decisión.

f) Las éticas formales Mientras que las diversas corrientes se preocupan del contenido: ¿qué es lo moral?, Kant (1724-1804) plantea el interés por las formas. Hay ciertas características formales de los actos humanos que los hacen correctos o incorrectos. Debemos actuar siguiendo aquella norma universalmente aceptada: “actúa de tal manera que lo que te propones hacer pueda ser considerado ley universal para la especie humana”.

g) El utilitarismo Buenas son aquellas cosas útiles que producen bienestar o felicidad. El utilitarismo puede beneficiar a una persona, a su familia y/o a su comunidad. El utilitarismo no es egoísmo, más bien es generosidad, ya que en cualquier circunstancia procura el beneficio para el mayor número de personas (Jeremías Bentham 1748-1832; John Stuart Mill 1806-1873).

h) El marxismo El aspecto determinante en el desarrollo histórico de la humanidad es el económico. Se considera como valor aquello que permite construir la sociedad sin clases o lo que respeta la estabilidad de la sociedad sin diferencias socioeconómicas (Marx K. 1818-1883).

PRINCIPALES CORRIENTES FILOSÓFICAS DE LA BIOÉTICA

Al momento de explicar ¿Qué es la Bioética?, es lógico pensar en la filosofía, como un camino que ilumina y pretende desnudar la naturaleza humana, por cuya virtud nos aproximamos a comprender lo que es el hombre. Algunos autores consideran que las corrientes filosóficas de la Bioética no pueden utilizarse por sí solas, que se requiere de más de una postura debido a la complejidad de los casos bioéticos, en consecuencia; se tiene que extraer lo más importante de cada corriente epistémica, no obstante, lo anterior, se mantiene la postura de elegir una sola teoría para el caso en concreto.

PRINCIPALÍSIMO NORTEAMERICANO

El origen de esta corriente se encuentra en la creación de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamiento en EEUU quien comenzó a funcionar en el año 1974 y que culminó (cuatro años más tarde) en la publicación del Informe Belmont que contiene tres principios: el de autonomía o de respeto por las personas (en cuanto a sus decisiones); el de beneficencia (consistente en no hacer daño), y el de justicia (imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios). Ya fue en el año 1979 que Tom L. Beauchamp y James F. Childress publicaron el libro Principios de Ética Biomédica profundizaron estos principios, agregan uno más:

- a) El principio de beneficencia. La beneficencia consiste en ofrecer siempre un bien al usuario de los servicios de salud.
- b) El principio de autonomía. Autonomía es la facultad de gobernarse a uno mismo. Es la capacidad de tomar decisiones sobre lo que puede suceder con nuestro propio cuerpo.
- c) El principio de justicia. Contempla que todo individuo tiene derecho al trato igualitario como los demás seres humanos, sin importar las condiciones de su vida, de su salud, de sus creencias o de su posición económica.
- d) El principio de no maleficencia. Este principio expresa la obligación de no producir un daño de manera voluntaria.

Los principios anteriormente descritos, se aplican para resolver dilemas éticos en el campo de la Bioética, pero muy específicamente en el área clínica.

Jonsen y Toulmin también eran miembros de la Comisión Norteamericana, juntos publicaron una obra titulada El abuso de la casuística: historia del razonamiento moral en ella opinaron acerca del principalísimo y propusieron la tiranía de los principios⁽¹⁵⁾ “(la idea de que la ética consiste exclusivamente en un código de reglas y de principios generales), la rehabilitación de la “casuística”, esto es, un método de pensamiento que se centra, fundamentalmente, en el caso concreto” (Atienza, 1999) el objetivo principal de los autores fue hablar de la casuística y como se podía aplicar en el panorama actual de la bioética, más que un estudio sobre la ética biomédica sus investigaciones se centraron en la historia de la ética.

Diversos autores, como Ronald Dworkin⁴ y Engelhardt H.⁵ criticaron la posición “Principalista” de Beauchamp y Childress, agregaron muchos más preceptos, pero es Diego Gracia⁶ quien explica detalladamente esta corriente filosófica y la concepción de los autores respecto de los principios que enuncian, quien entiende “que son principios prima facie, es decir; que obligan siempre y cuando no entren en conflicto entre sí (...) no hay reglas previas que den prioridad a un principio sobre otro, y de ahí la necesidad de llegar a un consenso entre todos los implicados...” (Atienza, 1999). En la actualidad, la aplicación de estos principios ha sido redefinida con el paso del tiempo, pero sin duda alguna representa un cambio cultural y un partaguas en la concepción de la relación médico-paciente, (Casell, 2000).

Personalismo europeo.

La Bioética en Europa (a diferencia de la anglosajona) comenzó a estructurarse a mediados de los años 80’s, su punto de partida es la creación del Instituto Borja de Bioética en Barcelona⁷ el campo de discusión bioético fue impulsado por la creación de la Europea de la Asociación de Centros de Ética Médica⁸ el 2 de diciembre de 1986, una red de investigación y de comunicación internacional; “europea” se utiliza en el sentido amplio del término, es decir; desde el Atlántico hasta los Urales. EACME tiene como objetivo promover la preocupación crítica pública con respecto a las cuestiones implicadas en el desarrollo de las ciencias biomédicas en sus comunidades. Posteriormente en agosto de 1987 se fundó la Sociedad Europea de Filosofía de la Medicina y de la Salud, bajo la dirección de Hen Ten Have, que fue instituida por una empresa internacional de filósofos, médicos, especialistas en ética y otros profesionales interesados en la materia con la necesidad de plantear una reflexión crítica sobre el papel de la medicina y el cuidado de la salud actual¹⁰ (Schotsmans, 2005).

Schotsmans¹¹ menciona que las dos evoluciones más importantes del campo de la bioética a nivel normativo son: la creación de un Comité Asesor de la Comisión Europea y la publicación del Convenio de Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa¹² después en diciembre de 1997 la Comisión Europea creó el Grupo Europeo de Ética¹³ y en noviembre de 1996 se aprobó la redacción final de la Convenio de Derechos Humanos y Bioética.

“La diferencia esencial que Schotsmans establece entre el principismo americano y la bioética europea reside en la interpretación del concepto de persona. Sostiene que en la Bioética europea la persona no sólo es vista desde la óptica minimalista de la autonomía, sino también desde la integridad, la dignidad y la vulnerabilidad” (Lucak, 2007). Como características distintivas de la Bioética europea Schotsmans destaca:

- a) La relación médico paciente;
- b) La solidaridad como valor fundante de los sistemas de salud europeos;
- c) El concepto de dignidad humana;
- d) Su carácter teleológico. (Ibídem, p. 21.)

En conclusión, “el enfoque europeo continental con la Bioética es multifacético. El respeto de la persona humana en su participación relacional y social es mucho más dominante de lo que es en los enfoques anglosajones a la Bioética”¹⁴.

A continuación, enunciamos los principios que caracterizan a la Bioética Personalista¹⁵:

- a) La vida física es un valor fundamental, condición de cualquier otro valor. Es éticamente inadmisibles cualquier acto que disponga directamente de una vida humana.
- b) El respeto a la dignidad de la persona. Es la clásica formulación que Kant ha hecho de este principio: “Actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin y no únicamente como un medio” consiste, básicamente en prohibir la instrumentalización de la persona.
- c) El principio de la libertad-responsabilidad. Todos los sujetos operantes en los que constituye el campo de la bioética deben respetar, cada uno en sí mismo y en los demás, la dignidad de los sujetos que actúan basándose en elecciones conscientes y libres y respetando los valores que se encuentran en juego.
- d) Principio de totalidad. En su formulación más general es para el todo, axioma que de por sí es evidente. Aplicado a la persona humana, que es un todo unitario compuesto de partes, lleva a la afirmación de que por el bien de la persona es lícito llegar a privarla de una parte cuando no existe medio de conseguir ese bien de otro modo. (Ciccone, 2005).

Bioética utilitarista

Para efectos académicos se limita a una panorámica de su concepción en sus inicios, así como sus máximos exponentes actualmente y las principales críticas que éstos han recibido al utilizar esta corriente epistémica para su discusión en el campo de la Bioética.

“El utilitarismo, como filosofía moral del bienestar social, de gran influencia en la historia del pensamiento de los siglos XIX y XX, no puede estar ausente, y de hecho no lo ha estado nunca, como una teoría ética más que forma parte de la construcción y desarrollo de la Bioética”. (Clotet, 1993). Constituye la versión más importante de las teorías teleológicas (del griego télós= fin) y fue propuesta en 1739 por David Hume y se centra en las consecuencias de las acciones.

El principio de Francis Hutcheson (catorce años posteriores a la obra de Hume) de que “la acción mejor es la que produce mayor felicidad para el mayor número; y la peor, aquella que, del mismo modo, ocasiona miseria” es considerado por diversos autores como la primera formulación explícita de la máxima utilitarista, no obstante fue desarrollada más ampliamente por los ingleses John Stuart Mill¹⁶ y Jeremy Bentham¹⁷ éste último menciona que: “La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el gobierno de dos amos soberanos: el dolor y el placer. Ellos solo han de señalar lo que debemos hacer”, Bentham identifica el “bien” en relación con el placer o la felicidad, y el mal con el dolor o la infelicidad.

En el año 1971, John Rawls publicó su obra “Teoría de la Justicia”, como una reacción para contra argumentar la Teoría del Utilitarismo Clásico. En palabras del propio autor: “Un individuo que se dé cuenta de que disfruta viendo a otras personas en una posición de menor libertad entiende que no tiene derechos de ninguna especie a este goce. El placer que obtiene de las privaciones de los demás es malo en sí mismo: en una satisfacción que exige la violación de un principio con el que estaría de acuerdo en la posición original”, la principal crítica que Rawls hace al utilitarismo es su falta de respeto por los individuos, ya que, en la versión más clásica, una persona no es considerada como valiosa y digna de protección por derecho propio. En lugar de ello es sólo una gota en el océano de la utilidad social general. (Caballero, 2006), es decir; que contribuye a la generalidad a costa de la particularidad de cada persona.

En la actualidad el máximo exponente de esta teoría es el filósofo australiano Peter Singer¹⁸ quien es considerado el creador de la ética aplicada, en su libro *Ética práctica* el autor comienza distinguiendo una persona que vive moralmente y otra que no vive moralmente, Singer sostiene que una persona vive una vida moral cuando está convencida de:

- a) De que sus acciones son correctas
- b) De que puede justificar racionalmente sus decisiones morales.

Para resolver dilemas bioéticos se utiliza como base la deliberación, Singer explica que cuando se hace un juicio moral se tienen que tener en consideración los intereses de todos los afectados, “en nuestras deliberaciones morales debemos dar la misma importancia a los intereses iguales de todos aquellos a quienes afectan nuestras decisiones y acciones” como un principio de igualdad entre los seres humanos, es así como establece el principio de igual consideración de intereses.

Para los utilitaristas contemporáneos su principio básico es “el mayor bien para el mayor número de personas”. Por encima de los valores del individuo se encuentran los valores de la sociedad. En esta perspectiva, las decisiones éticas versan sobre la “utilidad” que presentan para la persona, la institución o para la sociedad en general. Para poder aplicarla, se requiere previamente de un cálculo del costo-beneficio de las decisiones y los resultados que se obtendrían de su probable aplicación. (Picasso et al, 2010).

“El utilitarismo es consecuencialista, es decir, juzga la moralidad de un acto exclusivamente por referencia a lo que se sigue de él. El utilitarismo es además hedonista, esto es, considera buenos los estados placenteros conscientes y malos los dolorosos”. (Gómez, 2009). La máxima dificultad que enfrenta el utilitarismo es, en palabras de Gómez Lobo, es precisamente que no logra justificar los casos que intuitivamente se consideran instancias de injusticia, es decir, si una persona piensa que un acto puede tener buenas consecuencias pero que es intrínsecamente injusto, cita como ejemplo: privar de la vida de una persona para tener bajo control la vida de muchas personas. (Ibídem, p. 43.)

Así lo expresa Bompiani: “Los utilitaristas valoran, además del aspecto puramente pragmático el interés en considerar las consecuencias de las acciones humanas sobre el ambiente superando un punto de vista estrechamente antropocéntrico, para valorar los

estados de las cosas también desde el punto de las otras especies y del bienestar de la comunidad bioética tomada como un todo” (Bompiani, 1992). Se han expuesto tres de las escuelas teóricas con mayor trascendencia en la Bioética contemporánea, cada una de ellas se puede utilizar para fundamentar los argumentos descritos en las sentencias relacionadas con dilemas planteados desde la Ética. El objetivo de dar a conocer estas corrientes del pensamiento, es para poder comenzar su discusión y resolución en problemas relaciones con las ciencias de la vida y la salud como punto de partida para su aplicación a nivel normativo, específicamente, en el ámbito jurisdiccional mexicano. Se puede observar, que la Bioética contiene variantes (en cuanto a percepción y aplicabilidad) pero ella puede contribuir como una guía que oriente a los juzgadores mexicanos en la toma de decisiones judiciales.

Fundamentos de la bioética.

La fundamentación ética (de la bioética) en perspectiva de Diego Gracia -quien es un referente histórico en el campo de la bioética y de gran influencia en el contexto Latinoamericano, sobre todo aplicado a la ética clínica- hay que hacerla desde la fenomenología¹⁹ cuya culminación está representada por Xavier Zubiri (filósofo español). D. Gracia crítica el planteamiento de Beauchamp y Childress en virtud de la ausencia de una jerarquización entre los principios que enuncian en el Informe Belmont., aunque su pensamiento ha evolucionado a lo largo de sus escritos utiliza una metodología deliberativa basada en valores. Diego clasifica los cuatro principios en dos clases.

Ética de mínimos.

De nivel I (como nivel público) lo constituyen los principios de “no maleficencia” y “justicia” y los establece como una ética de mínimos, la cual se puede exigir de manera coercitiva. Corresponde a la ética del deber y de lo correcto y corresponde al Derecho (mediante la participación del Estado). Son los mínimos exigibles para una convivencia de manera pacífica para no caer en lo inhumano. Atiende al principio de universalización (debe aplicarse a todos los seres humanos sin distinción).

Los principios de “no maleficencia” y “justicia” son influencias que el autor tuvo de un principio general correspondiente a la corriente del filósofo Ronald Dworkin que establece que todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y

respeto, es decir; que cuando estos no se cumplen se hace daño a la sociedad y en consecuencia se comete una injusticia, si ese daño se aplica en la vida biológica, se vulnera el principio de no maleficencia.

Adela Cortina²¹, es otra filósofa española que habla acerca de lo JUSTO como un valor universal. Los problemas se tienen que arreglar (en los casos bioéticos aplica de igual manera puesto que son dilemas que se tiene que resolver). Expone como ejemplo: el problema del hambre, es un Deber Moral/Obligación Moral. La justicia es exigente, la virtud suprema, virtud del ciudadano que quiere ser feliz y que reclama a las instituciones que sean justos.

La “ética mínima” como término se hace referencia a la reflexión dentro del ámbito de la filosofía práctica que pretende la construcción de una moral, (...) proporciona respuesta a las exigencias de la sociedad secular, proponiendo los mínimos axiológicos y normativos compartidos por la consciencia de una sociedad pluralista, desde lo que cada quien deber tener plena libertad para hacer sus ofertas de máximos y desde que los miembros de esa sociedad pueden tomar decisiones morales compartidas en cuestiones de ética aplicada; en otras palabras, es una ética que basada en la comunicación interpersonal y en el consenso sobre unos mínimos exigibles trata de funcionar éticamente una sociedad plural.²²

Ética de máximos.

De nivel 2 (como nivel privado) lo constituyen los principios de “autonomía” y “beneficencia” y los establece como una ética de máximos, la cual depende del sistema de valores de cada persona. Corresponde a la ética de la felicidad y de lo bueno. Son los mínimos exigibles para una convivencia de manera pacífica para no caer en lo inhumano. Atiende al principio de particularización (debe aplicarse específicamente a cada ser humano, atendiendo su individualidad, su exigencia es subjetiva).

La justicia y la felicidad tienen dos polos en la moral y en la ética: “Una institución alta de moral es la que está intentando ser justa y además tiene ciertas nociones de ¿Cómo se podría ser feliz?”

En palabras del propio Diego: “la no maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y que por tanto tienen un rango superior a los otros dos”. Se ha expuesto de manera muy breve y para los efectos académicos del presente trabajo, el desarrollo de la fundamentación de la Bioética en la óptica de Diego Gracia (mediante su propuesta de “ética de máximos, “ética de mínimos”) 23, se escogió este autor en particular, en virtud de ser uno de los mayores referentes para el tema que nos atañe y de gran impacto e influencia en el análisis de la Bioética en América del Sur.

2.2 El principalismo como método.

Posible resolución de un caso utilizando los cuatro principios Antes de pasar revista a los diferentes autores que han escrito sobre la aplicabilidad de los principios propuestos por Beauchamp y Childress intentemos resolver una situación real con la ayuda de esta metodología. Podemos utilizar como banco de pruebas el caso en estudio que propone la revista Hastings Center Report en su primer número de 2006. Se trata de una mujer de 67 años con un cáncer de ovario avanzado. Ingresa en el hospital por una obstrucción intestinal, y en la sala de urgencias pide que todas las decisiones que no pueda tomar ella en caso de incapacidad, las tome su marido. Aunque no llega a firmar directiva alguna, señala su deseo de no limitar a priori ningún tipo de tratamiento posible, ni siquiera la reanimación cardiopulmonar. La enfermedad empeora, y después de dos meses de hospitalización el médico le hace presente lo precario de su situación, y las pobres esperanzas de supervivencia a medio plazo. Ella insiste en que se le sigan aplicando todos los tratamientos requeridos, pues según explica, quiere seguir disfrutando de la visita diaria de sus familiares.

El doctor le advierte de los sufrimientos innecesarios que supondría la reanimación cardiorrespiratoria en el supuesto de una parada cardíaca. La enferma responde que, estando, así las cosas, preferiría evitar esa maniobra, aunque continua sin querer firmar ningún documento. A los dos días el médico vuelve a preguntarle si desea firmar la directiva sobre la no reanimación, a lo que vuelve a responder negativamente. Éste se dirige al marido para que intente convencerla, pero se da cuenta de que, en realidad, es él

quién quiere la reanimación a toda costa. Incluso, en una reunión en la que están los tres presentes, la enferma asegura su deseo de ser reanimada en caso de paro cardíaco. Más tarde manifiesta al médico que hizo esa afirmación porque no quería disgustar a su marido, que sufriría si se tomara la decisión de no reanimar.

El médico refiere posteriormente esta conversación al marido, que no cambia de opinión sobre la necesidad de hacer todo lo posible para mantenerla en vida el mayor tiempo posible. A los pocos días se produce el paro cardíaco. La pregunta que hace la revista es: ¿debe el médico intentar la reanimación cardiopulmonar.

A esta pregunta siguen dos comentarios que ofrecen una posible respuesta. Aunque ninguno de los dos utiliza los cuatro principios para construir su argumentación, podemos aquí intentar una tercera respuesta siguiendo la propuesta de Beauchamp y Childress. Lo haremos en dos momentos sucesivos: el primero, que podemos llamar de aplicación sumaria de los principios; el segundo, al que denominamos uso científico del principalísimo.

a) Aplicación sumaria de los principios

Haría un médico que haya estudiado la propuesta de estos autores, y tenga en mente los cuatro principios, vemos ante todo que se plantea un dilema: reanimar o no a la paciente. Haciendo un rápido repaso de los principios, se puede descartar en seguida el de justicia, pues en esta situación no parece que la actuación en un sentido o en otro afecte a la justicia distributiva en relación a los medios terapéuticos, lugares en la UCI, etc. Quedan por tanto los otros tres principios: beneficencia, no-maleficencia y autonomía. El primero de ellos, la beneficencia, nos dice que hemos de actuar siempre por el bien del paciente.

El problema en este caso es descubrir cuál es el bien de la enferma. Se trata de un cáncer avanzado, pero tenemos pocas indicaciones sobre su calidad de vida. Sabemos solamente que disfruta de las visitas diarias de sus familiares. No poseemos información sobre el dolor que padecía antes del paro cardíaco, ni sobre la incapacidad que le provocaba para la realización de las tareas ordinarias... En todo caso, parece que lo más indicado, teniendo en cuenta lo avanzado de la patología, sería no hacer nada. Esta conclusión provisional llama en causa el principio de no-maleficencia, que subraya como uno de los deberes primarios del personal sanitario el no provocar daño.

En este caso, como ha explicado el médico a la paciente, la reanimación cardiopulmonar comportará seguramente un cierto sufrimiento; y, por tanto, parece que lo más adecuado es dejarla morir. ¿Tiene algo que decir el principio de autonomía en esta situación? Su formulación general indica que se deben seguir las decisiones autónomas de los pacientes. Pero aquí nos encontramos con el problema de determinar cuál era la voluntad de esta señora, ya que no resulta muy clara con los datos que tenemos. De una parte, da la impresión de que ella prefería no intentar las maniobras de reanimación. De otra, es manifiesto su deseo de no disgustar a su marido, y no cargarle con el peso de no haber intentado todo lo posible el sacarla adelante. Con este rápido bosquejo de una posible aplicación de los principios, tenemos la impresión de que seguimos con el dilema inicial. Ciertamente podríamos justificar cualquiera de las dos posibilidades haciendo referencia a alguno de los principios, pero sin que hayan sido éstos los que nos hayan dado la solución. Cabría optar por reanimar a la paciente llamando en causa el principio de autonomía, ya que en el fondo es lo que hubiera preferido para satisfacer a su marido; pero también se podría justificar la omisión de la maniobra, según el principio de no-maleficencia.

b) Uso científico del principlismo.

Hasta ahora, en el estudio del caso, no hemos tenido necesidad de abrir el libro de Beauchamp y Childress. Hemos utilizado los principios siguiendo el modo en el que han cristalizado no sólo en ámbito biomédico, sino también en buena parte del mundo académico de la bioética. Sin embargo, se hace necesario dar otro paso y hacer un estudio más preciso, más científico, acudiendo a las indicaciones concretas que estos autores nos ofrecen en su famoso texto. En el capítulo sobre el respeto de la autonomía se explica que su contenido se puede formular en modo negativo (las acciones autónomas no deben ser controladas por otros), pero también mediante un enunciado positivo (se han de respetar las visiones y derechos de los individuos, mientras sus pensamientos y acciones no supongan un serio daño para otras personas)⁵. Dado que estas formulaciones, como las que aparecen referidas a los otros principios, son muy generales, Beauchamp y Childress proponen como herramienta para acercarse a las situaciones concretas la especificación de Henry S. Richardson. Se trata de un proceso por el cual se pasa del abstracto enunciado del principio a reglas de actuación más específicas⁶. En el caso del respeto de la autonomía estas reglas obligan a «decir la verdad, a respetar la vida privada

de los demás, a proteger la información confidencial y a obtener el consentimiento para las intervenciones sobre los pacientes» 7.

A continuación, los autores pasan a estudiar los diferentes problemas éticos que pueden plantearse con relación a la autonomía del paciente. Escriben sobre los posibles tipos de consentimiento, sobre los casos en los que el paciente cambia de opinión durante la enfermedad, sobre las formas de influencia legítimas o no, y finalmente, sobre los tipos de decisiones subrogadas 8. No plantean ningún caso similar al nuestro. Quizá el más cercano, por tratarse de una situación en la que el paciente cambia de parecer respecto a un posible tratamiento, es el de un joven diabético. Se trata de un paciente de 28 años, prácticamente ciego y obligado a estar en cama.

La penosa situación en la que se encuentra le lleva a la decisión de no continuar con las sesiones de diálisis, para adelantar de ese modo su muerte. El médico que le atiende y la mujer del enfermo están de acuerdo con seguir su decisión. Después de un tiempo sin diálisis, al empeorar de modo crítico su situación, el paciente pide que se le conecte nuevamente al aparato. No lo hacen y muere pocas horas después. Beauchamp y Childress comentan este caso diciendo que el respeto a la autonomía del sujeto sugiere que el paciente debía haber sido reincorporado al tratamiento de diálisis, al menos hasta comprobar si su primera decisión se mantenía o no. Vemos, por tanto, que, en esta situación, es la voluntad autónoma del paciente el criterio fundamental para la resolución del caso.

Un poco más adelante, cuando hablan de las decisiones subrogadas, explican que pueden ser de tres tipos:

- 1) el juicio sustituido, donde se toma la decisión que habría tomado el paciente (al que se conoce bien), en el caso en que fuera competente;
- 2) el modelo llamado de autonomía pura, que sigue las indicaciones que haya formulado anteriormente el enfermo (independientemente de que las haya dejado por escrito o no);
- 3) el modelo del mejor interés, que toma la decisión considerando la calidad de vida del paciente; o sea, realiza un juicio sobre lo que, desde fuera, se considera que será mejor para el paciente en sus condiciones.

Beauchamp y Childress ofrecen la siguiente jerarquización: en primer lugar, se debe seguir lo que haya dicho el paciente; si no se conoce, se pasa a un juicio sustituido (lo que habría elegido); y si tampoco es posible llegar a éste, se ha de utilizar el criterio del mejor interés.

Si intentamos estudiar ahora nuestro caso con estas indicaciones, llegaremos a la conclusión de que el criterio fundamental para su resolución está en la voluntad expresa de la paciente, que correspondería a la decisión subrogada según el modelo de autonomía pura. La dificultad está en determinar cuál es esa voluntad, ya que, como sabemos, no siempre ha manifestado el mismo deseo.

Resolución de los conflictos entre los principios.

Los conflictos entre los principios *prima facie* de los que hablan Beauchamp e Childress, no pueden resolverse a priori, pues como repiten insistentemente no existe una jerarquía entre ellos. Para su resolución ofrecen dos instrumentos: la ponderación y la especificación²². Pasamos a considerar ahora brevemente algunas críticas en relación a este modo de solucionar los conflictos morales²³. Para algunos autores los únicos conflictos posibles son entre el principio de autonomía y alguno de los otros tres²⁴.

a) Críticas a la ponderación (balancing) La principal crítica que ha recibido la ponderación de los principios es la de caer en una resolución de los conflictos totalmente subjetiva²⁵. Arras vuelve a poner el ejemplo de los debates en torno al aborto: si se intenta hacer una ponderación entre los principios de autonomía y no-maleficencia se podrá resolver el problema en uno u otro sentido. Si dicha ponderación la realiza una ardiente feminista, dirá que prevalece el principio de autonomía, pues de otro modo la mujer queda considerada como un simple «contenedor de fetos». Si la hace un aguerrido pro-life dirá que, teniendo en cuenta la dignidad de la nueva vida, en este caso la prioridad toca al principio de no-maleficencia, ya que el daño para el feto (en el caso del aborto) sería fatal y definitivo²⁶.

Por su parte Veatch explica que la ponderación se ha relacionado históricamente con el intuicionismo. Al plantear el caso de una investigación, aunque ésta conllevara un gran beneficio para un elevado número de personas, Beauchamp y Childress explican que esta investigación no debería realizarse sin el consentimiento de los sujetos que participen; y

mucho menos en contra de su voluntad (llamando en causa los principios de autonomía y no maleficencia). Pero también se podría razonar —continúa Veatch— de modo contrario: la investigación se puede justificar, incluso en contra del consentimiento de los sujetos implicados, invocando el principio de beneficencia, pensando en la gran cantidad de personas que podrían beneficiarse de dicha investigación²⁷.

Beauchamp y Childress son conscientes de que la ponderación no puede ser algo arbitraria o puramente intuitiva, sino que se deben aportar buenas razones a la hora de realizarla²⁸. Para ello establecen una serie de reglas que evitarían de algún modo el deslizamiento en el intuicionismo²⁹. Privitera se pregunta si realmente se consigue evitar esa caída. Y añade que puede ayudar a entender el relativismo de la propuesta una frase tomada del libro Principios de ética biomédica: «el valor de la distinción entre obligaciones prima facie y obligaciones efectivas, lo mismo que el método de la ponderación refleja la estrecha conformación con nuestra experiencia moral y el papel que en ella desarrolla la intuición y la subjetividad». No se hace referencia alguna —sigue Privitera— a la imparcialidad, a los valores, a las consecuencias de las acciones»; o sea, a todos aquellos elementos que deberían considerarse para poder realizar un juicio moral verdaderamente imparcial y universal³⁰.

Por su parte, Holm escribe que las reglas que presentan Beauchamp y Childress se quedan a un nivel puramente formal, sin proporcionar criterio alguno para guiar nuestra decisión. La consecuencia es que con la ponderación se puede llegar a justificar cualquier comportamiento³¹.

Otro punto que interesa señalar en relación a la ponderación es que cuando nos encontramos ante un conflicto moral, la posible ponderación no se da a nivel de principios. En realidad, son los bienes —que los principios o las normas morales tratan de proteger— lo que valoramos y ponderamos en esos casos³². Decir, por ejemplo, que en una situación la autonomía tiene prioridad con respecto a la no-maleficencia no tiene habitualmente significación alguna: nunca sostendremos que en esa situación esté justificado «dañar». Lo que se quiere decir es que la voluntad libre del paciente (bien 1) se considera más importante que la salud (bien 2). Este análisis sería el que hay detrás del caso del testigo de Jehová que se niega a recibir una transfusión de sangre.

b) Críticas a la especificación

La especificación ha recibido un menor número de críticas respecto a la ponderación. Es lógico, pues de algún modo cualquier sistema moral ha de contar con un modo de especificar sus normas, de clarificar las indicaciones generales para los ámbitos concretos de actuación. La mayor crítica apuntada es la posibilidad de realizar especificaciones que lleven a conclusiones morales contrarias en un mismo caso³³. Strong pone como ejemplo los padres que piden que se suprima la hidratación y nutrición de un neonato con malformaciones.

Según este autor la especificación de la regla general («no dañar») podría justificar, según como se realice, tanto la petición de los padres como la necesidad de continuar con la hidratación y la nutrición³⁴.

Jonsen, por su parte, aunque entiende que la especificación es una herramienta útil, piensa que no llega a considerar todas las circunstancias específicas de los casos concretos³⁵. Esto es cierto, pero no parece decisivo ya que lo que sugiere Jonsen no es necesario a nivel de normas. Sería preciso solamente en el caso en el que no existiera el juicio de prudencia, donde la norma específica se considera a la luz del caso concreto teniendo en cuenta entonces todas sus circunstancias.

Por su parte, Clouser y Gert critican la posibilidad que la especificación tendría de cambiar el contenido de las normas morales³⁶. Nos parece que, en la especificación propuesta por Richardson, que es la que sugieren Beauchamp y Childress, no se da un verdadero cambio en el contenido de la norma, sino una mejor descripción de dicho contenido. Más que de cambio habría que hablar de enriquecimiento en la formulación lingüística de la norma o principio³⁷. De todas formas, no siempre se llega mediante la especificación a un modo adecuado de justificar una decisión. Veamos la especificación que realiza Beauchamp al estudiar el caso de los Testigos de Jehová ya mencionado³⁸. Explica que en este caso dos normas entran en conflicto:

«1. Está moralmente prohibido llegar a una situación de riesgo de muerte de un paciente cuya vida está amenazada por una condición que puede ser tratada con una adecuada intervención médica.

«2. Está moralmente prohibido no respetar el rechazo de un tratamiento»³⁹. Beauchamp sugiere la siguiente especificación de la segunda regla:

«2.1 Está moralmente prohibido no respetar el rechazo de un tratamiento por parte de un paciente, a no ser que la petición no sea autónoma y presente un peligro significativo para el paciente»⁴⁰

Un rápido análisis de esta especificación descubre que no sólo no nos ayuda a la resolución del caso, sino que la complica. En realidad, la primera condición que se pone para no tomar en cuenta el rechazo de un tratamiento (que la petición no sea autónoma), aunque efectivamente no aparece en la primera formulación de la norma, es evidente que la supone: nadie acepta el abandono de un tratamiento si la petición la realiza un paciente que no es competente (que no es capaz de realizar una petición autónoma). Por tanto, no aporta nada nuevo para la valoración moral. La segunda condición (que no presente un peligro significativo para el paciente) es justamente lo que está en juego en el caso del testigo de Jehová que rechaza la transfusión de sangre. Por tanto, un poco más adelante, cuando Beauchamp escribe que «un Testigo de Jehová tiene una base razonable para rechazar la recomendada transfusión de sangre», está afirmando que, aunque exista peligro significativo para el paciente, es necesario seguir su decisión autónoma. Pero esto es justamente lo contrario de lo que la regla especificada sostenía. Con lo cual el conflicto entre la autonomía y la no-maleficencia no se ha resuelto a través de la especificación, sino a través de una justificación de la decisión autónoma basada en las creencias religiosas del paciente.

2.3 El método de Edmund Pellegrino.

El ideal de la educación médica

Entre los años sesenta y setenta se producirá en Estados Unidos —y en otras naciones del mundo occidental— una profunda transformación de la enseñanza de la Medicina, del curriculum de la carrera y la formación práctica de los futuros médicos, que es lo que en su conjunto vino a denominarse “educación médica”. Todo ello en el seno de profundos

cambios en la estructura orgánica de los cuidados de salud. Una verdadera revolución en el modo de enseñar, aprender y practicar la Medicina.

La experiencia de la educación médica de Estados Unidos acabó siendo, a su vez, el eje vertebrador de la transformación del sistema educativo. Entre otros ilustres médicos norteamericanos que, por esos años, transformaron el ejercicio profesional de la Medicina destacó el internista Edmund D. Pellegrino. En efecto, la reforma de la educación médica fue durante muchos años la gran pasión de Pellegrino y son innumerables los artículos que sobre la materia publicó entre los años sesenta y setenta; fruto del cambio que se producía a su alrededor y de las crecientes responsabilidades que, a su labor clínica y académica, iba sumando como director de un departamento de Medicina y gran gestor universitario. Esta vocación educadora, reflejada por escrito, fue transversal a lo largo de su vida y nunca le abandonaría; si bien se fue transformando y adquiriendo, como vemos más adelante, una dimensión más específicamente moral. Supera ampliamente el centenar los artículos que publicó sobre la cuestión, unos orientados al mundo de la Medicina y los médicos otros al mundo de la Enfermería, una profesión que Pellegrino siempre integró en su dimensión clínica y educadora, como dedicación eminente a los cuidados de salud.

Edmund Pellegrino, bioeticista cuyos escritos estuvieron muy influenciados por los filósofos griegos Aristóteles y Platón, siempre fue un pensador de la ética y, particularmente, de la ética inherente a la práctica médica. En realidad, su gran búsqueda – en el transcurso de una carrera dedicada a escudriñar los diversos niveles de moralidad presentes en las relaciones entre médicos y pacientes –, fue establecer fundamentos para la existencia de la hipotética filosofía de la medicina. Además, Pellegrino siempre estuvo interesado en la resolución de conflictos morales. En sus palabras: *El discurso ético fue alterado por Kant, Mill, Hume y Bentham, que modificaron el foco primario de cómo una persona buena debe actuar para focalizarse en cómo resolver conflictos morales expresados en elecciones morales difíciles* 1.

Moralidades

En el terreno de la moralidad propiamente dicha, Pellegrino echó mano en algunos de sus estudios^{2,3} de una construcción teleológica (en el sentido aristotélico-tomista) para establecer que la medicina posee dos formas de moralidad. La primera de ellas es la que

denominó “moralidad interna”, aquella que deriva de los propios fines que el médico debe perseguir en relación al paciente. Fundiendo el concepto aristotélico de “bueno” (es decir, aquello que cualquier forma de arte o actividad práctica debe perseguir) con el concepto platónico de que la salud es innegablemente un bien a ser perseguido por la práctica médica, el autor propuso que la naturaleza de la actividad médica, sus virtudes y beneficios son definidos como fines de la medicina en sí mismos⁴.

Pellegrino sostiene que la finalidad de la medicina – curar – determina las virtudes y las obligaciones del profesional de salud (es decir, el fin mismo de la medicina es que determina internamente toda la ética que orienta la práctica médica). Afirma que convertir o asimilar la medicina a otros fines – por ejemplo, económico – es transformarla y pervertirla. Cualquier otra finalidad además de la cura es externa a la medicina⁴. Desde el punto de vista ortodoxo, se podría decir que este es el concepto hipocrático clásico de las obligaciones a las que el médico está sujeto en el ejercicio de su arte.

El concepto de que la moralidad interna a la medicina sea aceptable solo por el hecho de que así lo dijeron la tradición o las costumbres durante siglos o de que es sancionado por las asociaciones médicas es criticado por Pellegrino⁵. Éste insiste en que cualquier moralidad interna a la práctica médica debe ser fiel a la finalidad verdadera del arte – curar – y sugiere la reconstrucción de la moralidad médica como la interacción de tres facetas de la relación médico-paciente – el hecho de la enfermedad; la acción del profesional; y la acción buena o mala para un paciente¹.

Como afirma Tom Beauchamp⁶, para Pellegrino el médico puede igualmente tener objetivos y propósitos en la práctica médica que no estén formalmente anudados al “propósito final” de la profesión. No obstante, considera a esos objetivos como externos, siendo que las órdenes de no resucitar, el aborto, las evaluaciones psiquiátricas con fines forenses, las autopsias, la circuncisión, y la racionalización del uso de sistemas de soporte de vida en una unidad de terapia intensiva podrían ser ejemplos de su pensamiento. Es decir, como los ejemplos dados – y demás situaciones análogas – no siempre están acoplados a la cura, objetivo final de la medicina, serían entonces fines “externos” a la práctica médica.

No obstante, Pellegrino⁵ en ocasiones parece creer, tal vez forzado por las circunstancias que condicionan la evolución de los conceptos éticos, que por lo menos un paradigma

externo a la medicina – la beneficencia – también forma parte de todos los paradigmas internos a la profesión. Para el autor, los médicos modernos tienen cierta dificultad en relación con el principio de respeto a la autonomía del paciente, pues “erróneamente interpretan como estando en oposición a la beneficencia”⁷.

Beneficencia: ¿paradigma externo o interno a la medicina?

Para Beauchamp, la beneficencia es un paradigma externo a la medicina⁸, mientras que en la visión de Pellegrino ésta es un paradigma interno (énfasis nuestro) a la práctica médica, exclusivamente orientada a la cura del paciente. Obviamente, se trata de una simplificación del concepto de beneficencia, limitando lo que se pueda considerar realmente benéfico para el paciente – que, en la concepción de Pellegrino, no incluiría, para citar solo dos ejemplos recogidos por Beauchamp⁶, acciones médicas como el control de la reproducción o la eutanasia.

Esta simplificación es la parte más importante del concepto ético de Pellegrino. Sin embargo, como se ve, es también su “talón de Aquiles”. Tomando a la beneficencia como principio moral central de la práctica médica y asumiendo que los médicos tienen la obligación de proveer las diversas formas de beneficio a sus pacientes, no existe otra razón moral para que estén impedidos de realizar acciones cuyo único fin sea beneficiar al paciente. De esta forma, tanto los pacientes como la sociedad pueden encarar el control de la reproducción, el suicidio asistido, el aborto, la esterilización y otras áreas de la práctica médica como beneficios importantes para los pacientes que los médicos tienen el deber de proporcionar.

Nótese que ninguna de las prácticas citadas puede encajar en el concepto pellegriniano de cura del paciente. Además, existen factores culturales y religiosos involucrados en estas cuestiones – lo que algunos pueden abordar como “cura” puede estar para otros terminantemente prohibido o ser inaceptable por motivos religiosos o morales. Aun así, volvemos a subrayar, la cuestión central en esta contradicción reside en el hecho de que Pellegrino aborda la cura como una esencia del arte médico. Como afirma Beauchamp, no creo que sea posible precisar en ese modelo, o en cualquier modelo, dónde termina la medicina y dónde comienzan las actividades no médicas⁸.

Este concepto de “cura” basado en la visión de la enfermedad, muy en boga entre legos e incluso en las facultades de medicina, no provee límites precisos para lo que es la

medicina. Desde los tiempos de Hipócrates, que enunció “curar a veces, consolar siempre”, el concepto es vago, lo que subyuga esa visión limitadora de la beneficencia solo como cura – principalmente en una sociedad plural como en la que vivimos en esta era de globalización cultural.

Es una visión limitadora también porque no toma en cuenta diversas actividades de la práctica médica que pueden traer beneficios a los pacientes, en tanto individuos, y a la sociedad como un todo. Como ejemplos, se puede citar la suspensión de tratamientos fútiles y dañinos, ejecución de decisiones previas a la internación (como el derecho a no ser reanimado), alivio del dolor y del sufrimiento en situaciones de cuidados paliativos, etc.⁹.

Medicina como actividad neutra.

Brody y Miller¹⁰ también critican la postura de Pellegrino y postulan que la medicina no es una actividad neutra sino, más bien, comprometida moralmente con reglas propias, las cuales se derivan de los objetivos específicos del arte, de los deberes y de las virtudes propias de los profesionales que la practican. En otras palabras, se desprenden de la moralidad interna de la medicina, a la cual los médicos deben adherir, como afirma Beauchamp¹¹.

Así, la integridad, por ejemplo, es una virtud característica de la profesión, enfatizada por la convivencia social que, al decir de Brody y Miller¹⁰, orienta la expresión individual del médico. En nuestro medio, aún en el siglo XX, Flaminio Fávero explicitaba esta cuestión con sabia propiedad:

El médico, en el seno de la colectividad, debe estar orientado por los principios de la ética general y particular, como hombre, (...) pero, a partir de su investidura profesional es forzado a subordinarse igualmente a un conjunto de preceptos modelados por la característica especial del propio ejercicio de su actividad e instituidos tácita o expresamente, a la sombra del sentido común o, mejor, del buen sentido, de la razón y del orden. Estos preceptos se refieren a las relaciones del médico consigo mismo, con los clientes, con los colegas y con la sociedad¹²

No obstante, a pesar de reconocer la incorporación de esas virtudes a la práctica médica, Beauchamp contrapone que una moralidad interna a la medicina particularmente puede

no ser amplia, coherente o incluso moralmente aceptable. La tradición y los paradigmas profesionales no son garantía de una adecuación moral mínima ¹¹, afirma. Por eso mismo, Brody y Miller ¹⁰ distinguen las normas morales apropiadas para la medicina de aquellas recomendaciones dogmáticas y no sistemáticas encontradas en muchos códigos profesionales de ética médica.

Estos autores argumentan que, en líneas generales, la práctica médica presenta contornos no siempre bien definidos y que puede ser socialmente controversial en muchas oportunidades. Esto implica que la moralidad interna de la medicina no es lo suficientemente amplia como para abarcar la evolución social: incluso el cimiento de la moralidad médica debe ser cuidadosamente reevaluado y reconstruido de tiempo en tiempo, y esa reconstrucción debe ser realizada por personajes que viven en la sociedad moderna, que están inevitablemente influenciados por los valores sociales vigentes y por el modo en que la historia es interpretada ¹³.

Además, esa misma moralidad interna muchas veces es cuestionada en su origen. Robert Veatch ¹⁴ afirma la necesidad de revisar viejos conceptos hipocráticos y códigos escritos por organizaciones médicas profesionales para verificar la autoridad de los profesionales para establecer normas morales legítimas para su grupo profesional. A esto le agregamos nuestra interpretación ¹⁵ de que la moralidad interna de la medicina es incluso reevaluada de tiempo en tiempo. No obstante, la forma en que esa reevaluación y reestructuración es realizada depende de un “consenso moral” establecido por los diferentes componentes de la sociedad en la que los médicos viven y de la correlación de fuerzas políticas entre ellos.

Tanto la tesis de Brody y Miller ¹⁰ como nuestra teoría ¹⁵ del “consenso moral” (término que ya podría haber sido visto en la obra de Jonsen, Siegler y Winslade ¹⁶) llevan a la legitimación de la influencia de paradigmas externos sobre la moralidad médica.

Brody y Miller ¹⁰ defienden que la moralidad interna de la medicina debe ser reevaluada o reconstruida de acuerdo con las demandas de la sociedad moderna. Los autores especulan que incluso la práctica del suicidio asistido por el médico puede ser compatible con la moralidad interna de la medicina, aunque la tradición médica condene esa actividad de forma enfática. Ellos afirman: los médicos de hoy (legítimamente) concluyen que muchas cosas cambiaron desde el tiempo de Hipócrates (...) y en la reconstrucción de la

moralidad interna de la medicina, en ciertas circunstancias definidas, pueden ser permitidas¹³.

La beneficencia de acuerdo con la perspectiva analizada.

Esta es una cuestión que, en último análisis, coloca nuevamente en jaque la certeza del principio de la beneficencia como piedra de base de la moralidad interna de la práctica médica o, simplificando, de aquello que se cree es un beneficio para el paciente. Como dice Robert Veatch¹⁷, la comprensión del beneficio puede cambiar conforme a la perspectiva analizada. El beneficio objetivo, para el autor, es aquel verdadero independientemente de quien realiza el acto, en tanto el subjetivo sería variable y estaría basado en el entendimiento de quien practica la acción.

Por lo tanto, existe una divergencia de opiniones acerca del juicio de valor entre lo que vaya a ser un acto bueno o causante de daño. En la visión de Veatch¹⁷, la subjetividad debe ser tomada en consideración y el acto bueno puede ser definido como aquello deseado por quien realiza el acto o preferido por quien realiza ese acto¹⁸.

Desde el punto de vista utilitarista es necesario entender lo que es un buen resultado. Debemos hacerlo intentando eliminar, o al menos neutralizar, sesgos y perspectivas especiales al decidir lo que podría ser un buen resultado¹⁹. Una posibilidad, para Veatch¹⁷, sería el consenso establecido por varias personas y no la opinión de un único médico sobre lo que sería un buen resultado. Así, la consideración médica debe estar integrada a la participación del paciente y/o de otras partes implicadas en el proceso¹⁴.

De modo general, tanto las tesis de Brody y Miller¹⁰ como los conceptos de Veatch^{14,17} y sus líneas argumentativas excluyen más de lo que crean soportes para la existencia de la moralidad interna de la medicina. Efectivamente, estos autores admiten que los paradigmas internos de la moralidad médica pueden ser volátiles y subjetivos, mientras que algunos paradigmas externos pueden ser, como afirma Beauchamp, profundos y esenciales²⁰. Es de notarse que, como quieren Brody y Miller¹⁰, la reconstrucción de la moralidad médica para adaptar el suicidio asistido no deberá contar con el apoyo de los paradigmas internos de la moralidad médica.

Aunque sea una situación bastante compleja, la asistencia del médico al suicidio de un paciente en fase terminal no debería ser juzgada como inmoral, sino entendida como algo que va al encuentro de lo que se espera del cuidado médico. Esta decisión debe, por lo tanto, ser considerada una alternativa flexible a los cuidados recomendados y ampliamente discutida en todos sus aspectos²¹.

Teoría del consenso moral.

La visión de Wanzer y colaboradores²¹ se acerca bastante a nuestra teoría del consenso moral, desarrollada inicialmente para pensar cuestiones relativas a la legalización del aborto y de la eutanasia en nuestro medio. Así como afirmamos con relación al consenso moral, los mayores cambios en los aspectos morales de la práctica médica (en Brasil y en el mundo) que tuvieron lugar en el último cuarto del siglo XX resultaron de presiones realizadas por la sociedad o por grupos sociales mayoritarios presentes en el debate ético¹⁵. Para Wanzer y colaboradores, las alteraciones en el comportamiento social en relación con el derecho a morir del paciente muchas veces se anticipan a las actitudes de los legisladores y de los tribunales, así como a las de los prestadores de salud²¹.

Las necesidades específicas de la comunidad y, por lo tanto, intrínsecas a la moralidad médica tradicional, motivaron los cambios en las normas de conducta dirigidas a los médicos (como el respeto a la autonomía y a la dignidad de las personas, la no utilización de medios fútiles de prolongación de la vida, la obtención del consentimiento de los participantes de investigaciones, etc.). En otras palabras, un consenso moral desarrollado en el seno de determinado grupo social, motivado por necesidades específicas de aquella comunidad, es capaz de alterar de forma dinámica la moralidad interna de la práctica médica en aquella sociedad.

Para Charlotte Paul²², la moralidad interna tiene por base el comportamiento esperado del profesional médico durante sus actividades diarias. Esa adecuación del comportamiento profesional es aprendida y compartida con otros profesionales, no siempre de forma escrita. Por otro lado, la moral externa sería el reflejo del ethos de la sociedad en general²³.

Para Beauchamp, la moralidad externa tiene un papel primordial en esa dinámica: la conclusión de ese hecho no es que un conjunto de normas de la moralidad interna

desarrollada por y para los médicos sea inconsecuente, sino solo que esta moralidad no es autojustificada por sus normas internas²³. El autor completa preguntando ¿qué paradigmas externos, si es que existen, explican y justifican cambios en la moralidad médica?²³. Según esta perspectiva, y reforzando la tesis de Paul²², la influencia de la sociedad en cuanto al aspecto de la opinión pública, de leyes, de instituciones religiosas y de la propia ética filosófica es una incontestable fuente de moralidad externa⁶. O incluso, agregamos, reflejan cuestiones aún no contempladas por un análisis moral consensual como, por ejemplo, los ya mencionados casos del aborto y la eutanasia¹⁵.

En este aspecto, Beauchamp⁶ refuerza la idea de que existe una tercera forma de abordaje que incorpora elementos tanto de lo que éste denomina “internalismo” como del “externalismo”. De esta forma, existe flexibilidad entre compromisos morales tradicionales y modernos, adaptados de acuerdo con las diversas culturas, personas y grupos. Considera que un pluralismo moral secular intratable permea el mundo moderno, haciendo que los compromisos morales sean implementados de diferentes formas en diversas culturas y grupos (y hasta en decisiones individuales).

Así, cada comunidad o grupo ofrece a la medicina patrones externos que pueden influenciar su finalidad universal y cómo servirá a los pacientes y al público. Estos patrones externos son incorporados a la moralidad interna de la medicina en determinada cultura, afirma Beauchamp²⁴. En otras palabras, se puede deducir que los estándares morales de determinada cultura son incorporados gradualmente a la moralidad interna de la medicina, modificándola con la evolución del pensamiento inherente a aquel corpus social.

Este concepto, también muy semejante al nuestro de consenso moral¹⁵, fue mejor desarrollado por Engelhardt y Wildes²³. En la visión de Beauchamp⁶, no obstante, las ideas de estos autores (así como las nuestras) fallan al no reconocer que incluso en culturas diferentes (como el judaísmo ortodoxo, el catolicismo romano o el hinduismo) los fines de beneficencia del arte médica permanecen iguales. Otros críticos acusaron a los mismos autores de haber elaborado una teoría política, y no filosófica/ moral. Esta acusación, que también sufrimos, a nuestro modo de ver es realizada de forma errónea. Esto porque el hecho de incorporar elementos culturales a las influencias sufridas por la moralidad externa de la medicina es una conclusión obvia del proceso de asimilación y no

disminuye en nada su concepción inicial de cómo se da esa “internalización” de patrones externos de la moralidad médica.

Reconocemos, finalmente, que la primera crítica formulada por Beauchamp (esto es, de que incluso en diferentes culturas y grupos sociales los fines de la medicina permanecieron bastante semejantes) introduce un cuestionamiento importante acerca de la verdadera fuerza de la “moralidad externa” sobre la “moralidad interna” de la medicina, y muestra solo cierta contradicción latente en las ideas de Engelhardt y Wildes²³ y en nuestra teoría del consenso moral¹⁵. Finalmente, si diferentes grupos socioculturales, de un modo u otro, mantienen una visión similar de los fines de la medicina, sería posible deducir que tal vez esas influencias externas no sean tan importantes, sino meramente puntuales y específicas en determinados casos y situaciones.

Por otro lado, consideramos que de ningún modo esa crítica invalida las ideas de Engelhardt y Wildes²³ o las nuestras¹⁵. Al contrario, solo las refuerza, dado que no estamos tratando específica y aisladamente de la moralidad interna a la medicina, y sí de cómo los factores que forjan la moralidad externa a la práctica médica terminan siendo incorporados a su moralidad interna, asumiendo así el carácter de beneficencia al paciente o, en otras palabras, de buen acto – teniendo en cuenta el resultado favorable esperado y obtenido por el paciente.

Explicando mejor: suponiéndose que el aborto o la eutanasia sean incorporados, en determinado grupo social, a la moralidad externa de la medicina y, por consiguiente, a la moralidad interna de la práctica médica en este grupo social, de inmediato esas acciones pasarán a ser vistas como actos buenos ejecutados en beneficio de los pacientes.

Este es un punto neurálgico que surge en el seno de las cuestiones morales de nuestro tiempo. La implementación de prácticas médicas abolidas durante mucho tiempo en grupos sociales depende de cambios en la moralidad externa a la medicina. Y las alteraciones en esa moralidad externa, e incluso en el concepto que se pueda tener de “beneficencia”, o de lo que sea actuar en beneficio del paciente, o de lo que sea un acto bueno, depende de una correlación de fuerzas morales que se cruzan en el interior de una sociedad culturalmente heterogénea, en la que la visión predominante es influyente.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

MAPA CONCEPTUAL

Elabora un mapa conceptual donde desarrolles el contenido de la información expuesta.

MAPA CONCEPTUAL: El mapa conceptual representa una jerarquía de diferentes niveles de generalidad, de inclusividad o importancia, y se conforma de: conceptos, proposiciones y palabras enlace. (Novak y Gowin, 1988). Criterios de evaluación:

Presentación o portada	20%
Los conceptos: regularidad en los acontecimientos o en los objetos, de acuerdo a los temas de la antología.	
Palabras de enlace: que se utilizan para unir los conceptos y para indicar el tipo de relación que se establece entre ellos.	
Las proposiciones: dos o más términos conceptuales unidos por palabras para formar una unidad semántica.	
La elipse u óvalo: los conceptos se colocan dentro de la elipse y las palabras enlace se escriben sobre o junto a la línea que une los conceptos. Pueden utilizarse también: rectángulos, cuadrados, círculos.	
Líneas conectoras o de unión: utilizar para unir los conceptos y para acompañar las palabras de enlace.	
Entregar y subir formato en PDF	

Unidad 3

Dilemas éticos y bioéticos en el área de la salud.

3.1 Normas legales que rigen la actuación del profesional de la salud.

Terminología básica.

- Profesión

Etimológicamente la palabra profesión proviene del latín professio, -ōnis, empleo, facultad u oficio que cada uno tiene, y ejerce públicamente. 1 Y de acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española implica acción y efecto de profesar. Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución.2 Por su parte, Choy García señala que implica: empleo o trabajo que ejerce una persona y que suele requerir estudios teóricos. Y como sinónimo: actividad, arte, carrera, ocupación, oficio.

Explica que específicamente significa ejercicio continuado de una actividad humana, y, por consiguiente, de una actividad de trabajo. Asimismo, señala que en todas las lenguas tiene el mismo significado:

- a) El ejercicio de una disciplina, de un arte, de una actividad laboral o productiva con relativa continuidad.
- b) El ordenamiento de una determinada actividad de trabajo o empresarial.

- Profesional

El Diccionario de la Lengua Española señala diversas acepciones para el término profesional, así se tiene que:

1. Perteneciente o relativo a la profesión.
2. Dicho de una persona: Que ejerce una profesión.
3. Dicho de una persona: Que practica habitualmente una actividad, incluso delictiva, de la cual vive.
4. Hecho por profesionales y no por aficionados.

5. Persona que ejerce su profesión con relevante capacidad y aplicación.

También se define como el perteneciente a la profesión o magisterio de ciencias o arte. Se dice de la persona que realiza su trabajo mediante retribución. Choy García señala que para que una persona se considere como profesional o adquiera la profesionalidad debe reunir como característica, el desenvolvimiento de una actividad con continuidad y que no se requiere que ésta sea intensiva, a favor de terceros y con la finalidad de obtener una ganancia.

- Responsabilidad

1. Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal.
2. Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado.
3. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Carrillo Fabela se remite al significado etimológico señalando que el vocablo “responsabilidad” proviene del latín responderé, interpretable como “estar obligado”. La obligación –obligatio– en el derecho romano clásico es la institución concebida como “el vínculo jurídico por virtud del cual una persona –deudor– es constreñida frente a otra –acreedor– a realizar una determinada prestación”. En ese sentido señala que la responsabilidad consta de dos elementos: el débito y la responsabilidad; el deber de cumplir la prestación y la sujeción que se deriva del incumplimiento.

En el Diccionario Jurídico Mexicano se señala que un individuo es responsable cuando, de acuerdo con el orden jurídico, es susceptible de ser sancionado. Por lo tanto, la responsabilidad presupone un deber (del cual debe responder el individuo). 8

- Responsabilidad profesional

Choy García anota dado que todo profesionista tiene responsabilidad de lo que hace, no habría que limitar ésta únicamente al desempeño de una profesión universitaria que es la que requiere de un adiestramiento teórico práctico, previo y recibido en una institución creada con este fin, sino que debe ampliarse a toda persona que labora

permanentemente, en una actividad, y cuyo deber es responder por lo que hace, –lo que se entiende– implica responder por acciones y consecuencias.

Iatrogenia

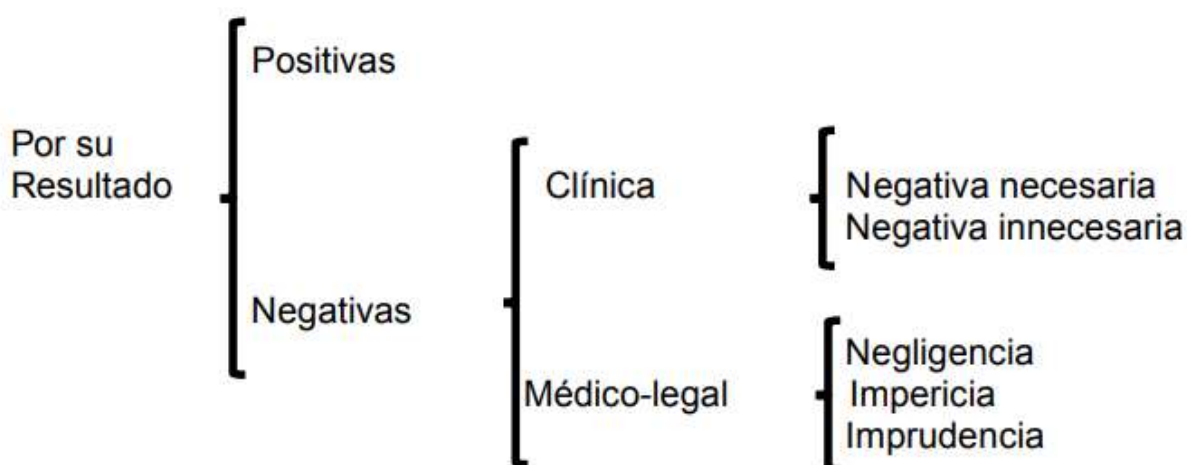
La literatura señala que el término iatrogenia no se encuentra registrado como tal en los diccionarios, sin embargo, el término iatrogénico sí lo contiene el Diccionario de la Lengua Española, deriva del griego ἰατρός, médico, –geno e – íco, lo ubica como un adjetivo dentro de la rama de la medicina y lo define como “toda alteración del estado del paciente producido por el médico.” 14

Ahora bien, el término iatrogenia se relaciona estrechamente con el término mala práctica la cual se refiere a los aspectos negativos producidos por los médicos, es decir, a los actos precisamente iatropatogénicos, “término éste que bien puede asimilarse al derecho sanitario mexicano, pues si bien nuestro régimen guarda mayor semejanza con los sistemas europeos (español, francés e italiano), existen instituciones como ésta que no resultan desdeñables...”.

Carrillo Fabela ofrece una clasificación de las iatrogenias, dentro de la cual establece tres grandes grupos:

- Por su origen
- Por área médica
- Por su resultado.

Clasificación de las iatrogenias por su resultado:



- Negligencia es el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer se hace.
- La impericia es la falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que se debe tener obligatoriamente en determinada arte o profesión.
- La imprudencia es lo opuesto a la prudencia. Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión.

Tipos de responsabilidades

- Responsabilidad administrativa:

La responsabilidad administrativa ocurre cuando el profesional de la salud infringe alguno de los preceptos establecidos en la Ley General de Salud, sus Reglamentos y demás disposiciones que se desprenden de dicha ley, independientemente de que se haya o no causado un daño en la salud del paciente.

- Responsabilidad Civil:

Este tipo de responsabilidad supone, necesariamente, la existencia de un daño, que puede ser patrimonial o moral, señalando la Ministra Sánchez Cordero que este elemento constituye un requisito sine qua non para su configuración. Sobre el particular, Rojina Villegas señala que se destacan tres elementos:

1. Que se cause un daño.
2. Que alguien haya causado ese daño procediendo con dolo o con simple culpa.
3. Que medie una relación de causalidad entre el hecho determinante del daño y éste último.

Al respecto se debe señalar que la responsabilidad civil puede interpretarse a partir del hecho ilícito también conocido como teoría subjetiva que se funda en la noción de culpa y la teoría objetiva o riesgo creado, que se traduce en la obligación de responder por los daños causados cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o

substancias peligrosas por sí mismos, con independencia de que exista culpa por parte del autor del hecho.

En ambos casos en que se produzca el daño, nace la obligación para los profesionistas de reparar los daños y perjuicios causados a sus pacientes, debiéndose entender por daño: la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación y, por perjuicio: la privación de cualquier ganancia lícita que se obtenga con el cumplimiento de la obligación.

Debe señalarse que los daños y perjuicios causados, deben ser consecuencia directa e inmediata de la falta de cumplimiento de la obligación o del deber jurídico del médico. En otras palabras, deberá existir una relación o nexo de causalidad, entre la falta cometida (atención médica inadecuada o mala práctica) y el daño o perjuicio ocasionado (la situación patológica causada en el paciente).

Asimismo, la responsabilidad civil puede ser de índole contractual o extracontractual lo que se entiende desde el momento en que el paciente requiere los servicios del médico. En este aspecto, tratándose del caso contractual, surge la obligación de indemnizar al que ocasione un daño por incumplimiento de contrato. Con relación a la responsabilidad derivada de una situación extracontractual, ésta se da cuando sin mediar una relación jurídica entre el médico y el enfermo, el primero debe asumir las consecuencias económicas que se deriven por los resultados negativos que ocasione en el segundo.

Ahora bien, para resolver las controversias que se susciten por responsabilidad civil existen dos vías:

1. La vía jurisdiccional, a través de la cual conocerá de la controversia un juez civil de primera instancia. Mediante esta vía se demanda y exige el pago de daños y perjuicios ocasionados por la atención médica y cuyo resultado fueron los daños físicos o daño moral.
2. Mediante la conciliación y el arbitraje. Ésta se tramita por medio de la queja que se interpone ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

- Responsabilidad Penal

La responsabilidad penal ocurre cuando una persona, en contravención a las normas que describen las conductas delictivas, comete en forma dolosa o culposa alguno de los ilícitos previstos por dichos ordenamientos.¹⁷ El daño penal en este sentido es considerado como una agresión a un alto bien jurídico, objeto valor en la vida integral de la existencia humana, ya que la víctima ve limitadas sus facultades psicofísicas para someterse a la vida en sociedad.¹⁸ De ahí que, la responsabilidad penal vaya más allá de una sanción pecuniaria que se limita sólo la reparación del daño.

Ahora bien, esas conductas o agresiones tipificadas como delitos pueden ser realizadas de manera dolosa o culposa. Si la acción se efectúa con el afán de provocar un daño lo que hay es dolo, pero si se actúa omitiendo la previsión de los resultados o con la esperanza de su no acontecimiento, hay culpa.

Al respecto García Choy señala que: “la culpa es un factor siempre presente en todo acto médico del que resulte un daño imputable al profesional del arte de curar”. Dicha culpa ha de ser cometida en acciones relativas a la labor profesional que está desempeñando el profesional de la salud y que debería cumplir con cuidado y diligencia y de acuerdo a los lineamientos establecidos en el ejercicio de la misma profesión.

Dicha imputabilidad estará condicionada por los elementos constitutivos de la culpa, los cuales identifica Choy García a partir de la definición que de culpa ofrece citando a Carrará: “la culpa se define como la voluntaria omisión de diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho”, por lo que como elementos constitutivos se tienen: • La voluntariedad en el actuar;

- La falta de previsión del efecto, y
- La posibilidad de previsión.

En ese sentido explica que, la culpa es el término intermedio entre el dolo en donde existe intención, deliberación y responsabilidad plena, y el caso fortuito, que contiene actos extraños y que por lo tanto se considera un acto de inimputabilidad, como se verá en el apartado siguiente. Por lo tanto, la culpa implica la falta de intención de dañar, pero

habiendo existido una conducta negligente o con impericia o imprudente [del médico], que produjo un daño o perjuicio a otro [el paciente], debe ser imputada.

MALA PRÁCTICA MÉDICA

Los tipos de responsabilidades en los que pueden incurrir los profesionales de la salud a través de cualquiera de sus tipos bajo las modalidades de la impericia, negligencia o imprudencia que vimos líneas arriba se resumen en la mala práctica médica, a la cual se le define como una violación de los principios médicos fundamentales o la inobservancia de los señalamientos de la Lex Artis¹⁹ o “estado del arte médico” que es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. ²⁰

Y al respecto Bañuelos Delgado señala que las violaciones a la lex artis o la mala práctica bajo las modalidades ya señaladas se ubican en tres grandes grupos de faltas en el proceso de la atención médica:

- Error de diagnóstico o elección de terapéutica. Es fundamental considerar el sitio donde se presta la atención médica, las circunstancias personales del profesional, las causas o hechos que pudieron influir en el resultado.
- Faltas instrumentales o técnica. Las lesiones o daños surgidos con el uso de equipos por fallas técnicas del operador o del propio equipo utilizado. Incapacidad para poder realizar una técnica que haya contribuido al daño o muerte del paciente.
- Falta, producto de confusión en la identificación del paciente o bien del órgano enfermo. En este tipo de faltas deben delimitarse las responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo de salud.

CAUSAS POR LAS QUE UN PROFESIONAL DE LA SALUD QUEDA LIBERADO DE LA RESPONSABILIDAD

Aparejadas a las causas que pueden originar responsabilidad por parte del profesional de la salud ya sea por la acción u omisión de sus actos se encuentran las causas por las cuales

puede quedar absuelto de responsabilidad, si los elementos reunidos para ello o las pruebas presentadas así lo determinan. Entre esas causas se encuentran:

- a. Caso fortuito o fuerza mayor;
- b. Un error excusable;
- c. Conducta del enfermo;
- d. Fracaso de tratamiento;
- e. Estado de necesidad y prescindencia del consentimiento del paciente.²²

a. Por caso fortuito se debe entender el incumplimiento de la obligación por parte del deudor cuando éste se ve impedido de cumplir a causa de un suceso que está fuera de su voluntad, que no ha podido prever o que previéndolo no ha podido evitarlo. El Caso fortuito o fuerza mayor, se da entonces si el profesional en el ejercicio de su profesión no efectúa las diligencias necesarias que correspondan a la naturaleza asistencial de la misma por los dos elementos que lo distinguen:

1. La imprevisibilidad. El hecho ajeno a su voluntad que impide que se cumpla con el deber (obligación) y que por lo tanto no le es imputable.

2. La inevitabilidad, que implica la imposibilidad de evitarlo.

b. Error excusable. Implica la falta de culpa y la existencia de una razón admisible para errar que no puede calificarse de caso fortuito. Esto puede darse cuando los resultados de un tratamiento son diversos a los esperados por tratarse de padecimientos de evolución atípica, con síntomas y padecimientos clínicos cambiantes, comunes a otras enfermedades más frecuentes y que dificultan el diagnóstico.

c. Conducta del enfermo. Puede ser causa para eximir de responsabilidad al médico cuando el paciente cambia o no cumple con la prescripción recibida o no obedece las indicaciones médicas.

d. Fracaso del tratamiento. Se presenta cuando ante un diagnóstico correcto y un tratamiento preciso éste no produce los efectos deseados por factores externos al médico como la idiosincrasia del paciente, su estado general o la resistencia al tratamiento.

e. Estado de necesidad y prescindencia del consentimiento del paciente. Ocurre cuando en caso de urgencia y ante la imposibilidad de otorgar el paciente el consentimiento para el tratamiento que requiere, los profesionales de la salud determinan actuar para salvar la vida de éste. En este caso no será causa de fincamiento de responsabilidad.

MARCO JURÍDICO

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud²⁴ se define el derecho a la salud de la siguiente manera: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades.”

El derecho a la salud, su reconocimiento como derecho humano y la responsabilidad del profesional médico, quien a través de la aplicación de sus conocimientos contribuirá a alcanzar ese bienestar físico, mental y social que requiere el ser humano en lo individual y que se verá reflejado en la sociedad. Al respecto, en México se cuenta con un marco jurídico basto e importante, a través del cual se reconoce el derecho a la salud, permite al Estado garantizarlo a través de la prestación de los servicios en materia de salud y autoriza a los profesionales en la materia a contribuir, con la aplicación de sus conocimientos, al cumplimiento de ese objetivo, disponiendo a su vez de mecanismos e instrumentos que permitan clarificar la responsabilidad que existe o se deriva de una mala praxis. Entre los principales ordenamientos jurídicos que la regulan el derecho a la salud, su protección y las responsabilidades de los profesionales de la salud se encuentran:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
 - La Ley General de Educación;
 - La Ley de Profesiones;
 - La Ley General de Salud;
 - Códigos Penal y Civil;
 - Normas Oficiales Mexicanas.
-
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos²⁵

El artículo 4 Constitucional garantiza el derecho a la salud estableciendo: “Art. 4. ... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la

Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

Ahora bien, a pesar de que el artículo 4o otorga a toda persona el derecho a la protección de la salud, diversas disposiciones Constitucionales hacen hincapié a este derecho dirigiéndolo a sectores específicos de la población, así se tiene que:

- El artículo 2 en la fracción III de su Apartado B, prevé como derecho de los indígenas el acceso a los servicios de salud y en la fracción III la protección de la salud de las mujeres indígenas y en específico el mejoramiento de las condiciones de salud de las migrantes indígenas;
- En el artículo 4 se establece como derecho de los niños y las niñas el derecho a la salud;
- A través del artículo 18 se prevé que el sistema penitenciario se organice sobre la base del respeto de los derechos humanos entre ellos la salud, 26 por lo tanto a través de este se otorga el derecho a la salud a todas aquellas personas que se encuentran privadas de su libertad;
- Con el artículo 122 se otorgan facultades a la Asamblea Legislativa a través de su Base Primera, fracción V, inciso i), para que legisle en materia de salud;
- En materia laboral se busca la protección de la salud de la mujer embarazada a través del artículo 123.

LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que establece el artículo 4o de la Constitución; establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Ahora bien, en el artículo 2 se alberga cuál es la finalidad del derecho a la protección de la salud al señalar lo siguiente: “El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud”.

Por su parte, el artículo 51 estipula que los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a prestaciones de salud bajo condiciones de calidad, atención profesional y éticamente responsable y un trato respetuoso y digno en cualquiera de los sectores que se solicite, ya sea público, social o privado:

“Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”

Además, esta disposición claramente prevé que tanto profesionales como técnicos y auxiliares tienen la obligación y por ende la responsabilidad de proporcionar los servicios de salud bajo las condiciones mencionadas. En este sentido, a decir de la ministra Sánchez Cordero, debe entenderse por profesionales, técnicos y auxiliares a los médicos, enfermeras, intendentes, administrativos, auxiliares, y, en su caso, las propias instituciones.

Por otro lado, esta Ley regula lo correspondiente a la responsabilidad administrativa, estableciendo las sanciones que serán aplicables a los profesionales de la salud que se les finque este tipo de responsabilidad por las violaciones a los preceptos establecidos en ella tal y como lo señala el art. 417, aclarando que esto se hará sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Las sanciones administrativas que podrá imponer son:

- 1) Amonestación con apercibimiento;
- 2) Multa;
- 3) Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y
- 4) Arresto hasta por treinta y seis horas.

Asimismo, se establecen los supuestos bajo los cuales se fundará y motivará una resolución que imponga una sanción administrativa. Por último, la propia Ley General de Salud contempla algunos delitos de los denominados especiales, en materia de salud, en los que pueden incurrir los profesionales, técnicos o auxiliares de la salud señalando lo siguiente:

“Artículo 468.- Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima se rehuse a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará de seis meses a tres años de prisión y multa por el equivalente de cinco a cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate”.

“Artículo 469.- Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años. Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial”.

CÓDIGO CIVIL FEDERAL

Como se ha mencionado en el apartado del marco teórico conceptual, el profesional de la salud puede incurrir en diversos tipos de responsabilidad y la de carácter civil se encuentra regulada por el Código Federal de la materia, en el que se alberga lo correspondiente a la reparación del daño, para lo cual contempla diversos supuestos.

En ese sentido el artículo 1910 señala de manera genérica que el que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos

que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Sobre el daño el artículo 1915 indica que dicha reparación consiste en el restablecimiento de la situación anterior (cuando sea posible) o en el pago de daños y perjuicios, lo cual se dará a elección del ofendido, señalando como excepción que, cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo.

Ahora bien, se ha comentado que la reparación del daño no solamente se da de manera material, sino también se ubica el daño moral, al cual este ordenamiento a través del artículo 1916, define de la siguiente manera:

“Artículo 1916.- Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.”

Igualmente, establece dos supuestos bajo los cuales se puede presumir que hubo daño moral:

- Cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad de las personas, o
- Cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la integridad física o psíquica de las personas.

En cuanto al artículo 1917 se observa lo siguiente:

“Artículo 1917.- Las personas que han causado en común un daño, son responsables solidariamente hacia la víctima por la reparación a que están obligadas de acuerdo con las disposiciones de este Capítulo.”

Respecto a esta disposición se puede advertir que existe la responsabilidad civil solidaria en el sentido de que, si el daño fue causado por un médico cirujano al momento de la intervención quirúrgica, el equipo de personal que intervienen en ese momento también resulta responsable de ello.

Destaca el artículo 2025 por señalar cuándo se considera que hay culpa o negligencia:

“Artículo 2025.- Hay culpa o negligencia cuando el obligado ejecuta actos contrarios a la conservación de la cosa o deja de ejecutar los que son necesarios para ella.”

Por su parte en el Capítulo VI denominado de las Obligaciones de Hacer o de no Hacer, en el artículo 2027 dispone que si el obligado a prestar un hecho, no lo hiciere, el acreedor tiene derecho de pedir que a costa de aquél se ejecute por otro, cuando la substitución sea posible.

Esto mismo se observará si no lo hiciere de la manera convenida. En este caso el acreedor podrá pedir que se deshaga lo mal hecho. Bajo la misma línea, el artículo 2028 también contempla el supuesto en el que puede incurrir un profesional de la salud cuando éste en el ejercicio de su profesión debiendo no efectuar un procedimiento, protocolo, etc. médico lo hace, por lo que ante tal escenario éste quedará sujeto al pago de daños y perjuicios por haber contravenido lo establecido.

Por último, se identifica que el artículo 2615 prevé la responsabilidad expresa del que presta servicios profesionales cuando éste lo hace con negligencia, impericia o dolo. Establece que será responsable sólo ante quien prestó el servicio, pero también contempla que ésta responsabilidad será independiente a las penas que merezca en caso de que su actuación se tipifique como un delito.

“Artículo 2615.- El que preste servicios profesionales, sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.”

Bajo toda esta lógica jurídica puede advertirse que los daños y perjuicios causados, deben ser consecuencia directa e inmediata de la falta de cumplimiento de la obligación o del deber jurídico del profesional de la salud, lo que implica actuar o ejercer la profesión con responsabilidad, pericia y prudencia.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Desde el ámbito penal la responsabilidad de los profesionales de la salud puede encuadrarse dentro de diversos tipos penales y, por lo tanto, observada desde la teoría del delito, pues la acción u omisión del profesional de la salud, que causa el daño al paciente, trae consecuencias de tipo jurídico que dan pauta al fincamiento de

responsabilidades y por ende a una sanción que puede ir desde la amonestación, la pecuniaria hasta la privación de la libertad.

Ahora bien, dichas acciones u omisiones, de conformidad con el artículo 8 del Código Penal Federal sólo pueden realizarse dolosa o culposamente. En ese sentido, el artículo 9 nos define cómo se determina si alguien obra dolosa o culposamente y al respecto establece:

- Obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales.

Así que bajo el elemento de la culpa se puede encuadrar la actuación de los profesionales de la salud en el ejercicio de la profesión, bajo las hipótesis de la negligencia, la imprudencia y la impericia que recaen en un deber de cuidado que debía y podía observarse, que fue omitido y que traen como consecuencia la comisión de un hecho tipificado penalmente. En ese tenor, se encuentran diversos tipos penales en los que puede encuadrarse el resultado del ejercicio del profesional de la salud, cuando éste es producto como se ha señalado de la negligencia, impericia o imprudencia entre ellos:

- Homicidio • Lesiones; • Cooperación o inducción al suicidio; • Omisión de socorro y denegación de auxilio, abandono de tratamiento; • Aborto • Falsedades (falsificación de documentos)

El Código Penal también contempla lo relativo a la reparación del daño y al respecto señala las características y/o los elementos que deben cubrirse o reunirse que permiten considerarla integral:

“Artículo 30. La reparación del daño debe ser integral, adecuada, eficaz, efectiva, proporcional a la gravedad del daño causado y a la afectación sufrida, comprenderá cuando menos: I. La restitución de la cosa obtenida por el delito y si no fuere posible, el pago del precio de la misma, a su valor actualizado; II. La indemnización del daño material y moral causado, incluyendo la atención médica y psicológica, de los servicios sociales y de rehabilitación o tratamientos curativos necesarios para la recuperación de la salud, que hubiere requerido o requiera la víctima, como consecuencia del delito. En los casos de delitos contra el libre desarrollo de la personalidad, la libertad y el normal desarrollo psicosexual y en su salud mental, así como de violencia familiar, además comprenderá el pago de los tratamientos psicoterapéuticos que sean necesarios para la víctima; III. El

resarcimiento de los perjuicios ocasionados; IV. El pago de la pérdida de ingreso económico y lucro cesante, para ello se tomará como base el salario que en el momento de sufrir el delito tenía la víctima y en caso de no contar con esa información, será conforme al salario mínimo vigente en el lugar en que ocurra el hecho; V. El costo de la pérdida de oportunidades, en particular el empleo, educación y prestaciones sociales, acorde a sus circunstancias; VI. La declaración que restablezca la dignidad y reputación de la víctima, a través de medios electrónicos o escritos; VII. La disculpa pública, la aceptación de responsabilidad, así como la garantía de no repetición, cuando el delito se cometa por servidores públicos. Los medios para la rehabilitación deben ser lo más completos posible, y deberán permitir a la víctima participar de forma plena en la vida pública, privada y social.

Por su parte, el artículo 60 hace alusión a las sanciones de los delitos culposos y de ser el caso la imposición de la suspensión del derecho a ejercer la profesión.

“Artículo 60.- En los casos de delitos culposos se impondrá hasta la cuarta parte de las penas y medidas de seguridad asignadas por la ley al tipo básico del delito doloso, con excepción de aquéllos para los que la ley señale una pena específica. Además, se impondrá, en su caso, suspensión hasta de tres años de derechos para ejercer profesión, oficio, autorización, licencia o permiso.”

Por último, cabe hacer mención a los artículos que dan fundamento directo a la responsabilidad penal de los profesionistas, los cuales se encuentran albergados en el Título Décimo segundo denominado Responsabilidad Profesional y el cual para efectos de este trabajo es aplicable a los profesionales de la salud. Así se tiene que el artículo 228 responsabiliza penalmente a los profesionistas que cometen delitos en el ejercicio de su profesión (sin perjuicio -para los del ámbito de la salud de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud, o en otras normas sobre el ejercicio profesional). Sobre este artículo se observan las sanciones y la obligación de reparar el daño por los actos propios y los de sus auxiliares, para éstos últimos bajo la condicionante de que la comisión del tipo penal se haya dado bajo las instrucciones de los profesionistas hacia los auxiliares:

“Artículo 228.- Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso: I.- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el

ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.”

3.2 Fundamentos éticos y morales en la ingeniería genética e investigación.

Diversos organismos de carácter internacional (global, regional o disciplinar) han advertido los riesgos que conlleva la intervención sobre el genoma humano y han propuesto una serie de ideas (principios) fundamentales, que orienten la resolución de conflictos éticos y jurídicos relacionados con la intervención tecnológica sobre el genoma humano, expresadas en declaraciones y convenios. Cuando se trata de conflictos originados en la interacción de la vida con la tecnología, adquiere especial importancia para el derecho en su fundamentación la valoración axiológica, en el cual el debate ético precede al desarrollo jurídico⁷. La Real Academia de la Lengua Española define principio como “la norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta”. Los principios referidos a lo moral son aquellos que permiten que los actos sean buenos, que, al orientar acciones, las consecuencias de éstas sean mejores que las que pudieran derivarse de cualquier otra acción alternativa.

Algunas líneas de pensamiento ético-morales son las siguientes:

El saber de la ciencia deber ser usado responsablemente, buscando satisfacer las “necesidades y aspiraciones del ser humano”, el bienestar social, en el marco del desarrollo económico sostenible y la protección de la naturaleza, balanceando los riesgos con los beneficios en las dimensiones individuales, sociales y ambientales. La ciencia no debe tener un carácter caprichoso o innecesario^{69,70,71,72}.

- Respeto y preservación por parte de la ciencia y su conocimiento de todas las formas de vida⁷³. Primacía de la dignidad, la libertad, el interés y el bienestar de la persona sobre los de la sociedad o la ciencia^{74,75,76,77}.

- Se debe evitar todo daño incapacitante grave, sufrimiento físico o psicológico, o muerte⁷⁸. Definición de los límites específicos de la investigación en seres humanos, incluida la investigación en genética humana y la aplicación de técnicas de reproducción asistida (alivio del sufrimiento, mejora de la salud del individuo y la humanidad,

comprensión de las causas, evolución y efectos de las enfermedades, mejora de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, intervención sobre la esterilidad humana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de origen hereditario)79,80,81.

- Límites a la modificación del genoma humano (razones estrictamente de carácter preventivo, diagnóstico o terapéutico, siempre y cuando no se modifique el genoma de la descendencia o se usen las técnicas de reproducción asistida para la selección del sexo).
- Desarrollo de las actividades por profesionales con probada idoneidad, acorde con los principios científicos aceptados, las normas nacionales e internacionales, los estándares éticos, legales, jurídicos y profesionales y a la evidencia científica. Esto incluye en el caso de datos genéticos, proteínicos y muestras biológicas humanas la necesidad de garantizar la “exactitud, fiabilidad, calidad y seguridad” de estos y la responsabilidad del investigador de lo ocurrido en el proceso de investigación con respecto a las consecuencias éticas, jurídicas y sociales82,83,84,85,86,87,88,89 .
- Formación y responsabilidad ética de los investigadores 90, 91 y desarrollo de la regulación deontológica para las profesiones que tienen que ver con la investigación en ciencias de la salud92.
- Establecimiento de condiciones específicas para la experimentación con seres humanos, que incluye: la no existencia de un método alternativo al experimento con una eficacia comparable, basada en experimentación en animales y en la historia natural de la enfermedad; riesgos que no sean desproporcionados con los beneficios potenciales; aprobación del proyecto por autoridad competente; previo estudio independiente sobre su pertinencia científica (importancia del objetivo del experimento y el estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético); información sobre derechos y garantías a quienes participen en la investigación; consentimiento libre, explícito, por escrito y que pueda ser retirado en cualquier momento93.
- Evaluación de los riesgos, costos y beneficios previo al inicio de la investigación (balance riesgo-costo-beneficio), evaluación si los riesgos pueden ser fácilmente superados antes de iniciar la investigación; beneficios directos en el bienestar de las personas que participan en la investigación; suspensión en caso de que los riesgos sean mayores que los beneficios o con la existencia de resultados concluyentes; “El grado de riesgo que se

corre nunca podrá exceder el determinado por la importancia humanitaria del problema que el experimento pretende resolver.”^{94, 95,96}”

- Desarrollo de la investigación en seres humanos en el marco de protocolos de investigación, en el que se incluye información que pueda evidenciar conflictos de interés⁹⁷.
- Aprobación y seguimiento por parte de comités de ética multidisciplinares independientes, plurales y transparentes, que obren en el marco de la regulación nacional vigente, así como de la internacional (incluso se prevé la figura de interacción de comités de distintos Estados cuando se trate de investigación multicéntrica). Se crea así mismo el Comité Internacional de Bioética (CIB) y el Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) ^{98, 99, 100,101}.
- Respeto a la integridad y vulnerabilidad humana. La participación de poblaciones vulnerables sólo se justifica cuando éstas se vean beneficiadas directamente (“éstas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida”) ^{102,103}.
- Mecanismos de supervisión y gestión de los datos genéticos ¹⁰⁴.
- Reparación equitativa por los daños injustificados producidos ¹⁰⁵.

3.3 Fundamentos éticos y morales en el trasplante de órganos.

Con luces y sombras a lo largo de la historia del trasplante, hoy se puede afirmar con absoluta tranquilidad que garantizar la vida de un ser humano gracias a la sustitución de uno (o varios) de sus órganos lesionados o destruidos por uno (o varios) de los órganos sanos de otro individuo, muerto o vivo, representa ciertamente una de las epopeyas más apasionantes de las ciencias médicas de nuestro tiempo, tanto en lo que supone de hazaña terapéutica como por su significado y sus repercusiones en el conocimiento de nuestro universo biológico.

Los trasplantes plantean múltiples cuestiones sobre el significado de la muerte, la constitución de la identidad humana, las fronteras entre los individuos y entre las especies, las diferencias entre naturaleza y cultura, el tipo de ciencia biológica y médica que nuestra sociedad desarrolla, etc¹. Los trasplantes nos dicen mucho sobre nosotros mismos

porque revelan valores culturales que asignamos al cuerpo y a su vez, nos descubren nuevos terrenos sobre los que reflexionar para entender los límites que definen los lazos sociales. También cuestionan muchas asunciones generalizadas sobre la relación entre el cuerpo y la identidad personal^{2,3}. Cuestiones todas ellas de marcado carácter ético que no se analizarán aquí como tampoco se abundará en otros problemas éticos más comunes, sobre los que existe gran cantidad de literatura (muerte encefálica, distribución de órganos, consentimiento presunto, etc.).

Muchos han sido los retos científicos, técnicos y éticos a los que se ha tenido que dar respuesta para llegar a la situación actual del trasplante. Y muchos siguen siendo los retos hoy y de cara al futuro. Se mencionarán solamente algunos, por su repercusión técnica, ética y social, para intentar sentar las bases de una deliberación moral que necesariamente ha de afectar a toda la sociedad.

Trasplante de órganos de donante vivo.

Se pueden distinguir tres tipos teóricos de donación de vivo: 1. La donación dirigida a un ser querido; 2. La donación no dirigida, en la que el donante dona un órgano a un conjunto general de enfermos que está a la espera de un órgano para trasplante; y 3. La donación dirigida a un extraño, por la que el donante elige donar a una persona concreta con la que no tiene ninguna conexión emocional previa. Cada tipo de estas donaciones provoca distintas preocupaciones éticas. En la donación dirigida a un ser querido surgen dudas sobre la presión familiar y emocional a la que el donante puede estar sometido. La donación no dirigida evoca problemas distintos: el altruismo radical del donante en estos casos exige un análisis muy escrupuloso para poder discernir si el donante es competente psicológicamente, si busca llamar la atención, o si intenta compensar ideas depresivas o negativas respecto de sí mismo, etc. Los casos de donación dirigida a un extraño provocan las mismas preguntas además de la preocupación por posibles pagos al donante y de la duda sobre la moralidad de la alteración que provoca en el orden de la lista de espera en la que están los pacientes necesitados de ese órgano⁴.

El principio de anonimato queda excluido en el trasplante de órganos de donante vivo porque la donación altruista de vivo entre extraños es aceptada solamente en algunos países como EE.UU., pero no en nuestro medio, por lo que lo más habitual es que donante vivo y receptor estén unidos por vínculos genéticos y/o emocionales, es decir, se

conozcan entre sí y tengan relación o vínculo familiar de algún tipo y el anonimato sea por tanto imposible de mantener para la realización de estas prácticas.

Pero pueden también verse vulnerados los principios de voluntariedad y gratuidad. El consenso ético y legal en nuestro país defiende que ni el donante ni ninguna otra persona física o jurídica pueden percibir gratificación alguna por realizar la donación. El propio término “donación” resalta tanto el carácter voluntario de la cesión como su móvil necesariamente desinteresado y por ello queda prohibida la extracción y utilización de órganos de donantes vivos cuando media condicionamiento económico o de otro tipo, social o psicológico. De ahí precisamente que el Real Decreto 2.070/1999 exija un informe preceptivo del Comité de Ética Asistencial del centro trasplantador, aunque ello haya provocado una ingente cantidad de dudas prácticas y éticas respecto del significado, contenido y objetivo de dicho informe⁵.

En un marco moral configurado por el respeto por la autonomía de los pacientes, el hecho de que alguien quiera o decida sufrir una intervención que pone en riesgo su salud o su vida puede llegar a ser entendido como algo sobre lo que sólo el paciente puede decidir⁶. Hay quien habla de la donación de órganos entre vivos como si se tratara de un acuerdo entre dos personas exclusivamente. Pero en la donación y el trasplante interviene una gran cantidad de profesionales que, gracias al apoyo de las distintas instituciones sociales, ha conseguido la suficiente destreza y pericia profesionales como para realizar estas prácticas tan especializadas. Sin este apoyo, sin el beneplácito social, la donación de vivo y el consiguiente trasplante serían absolutamente imposibles. No se trata pues de una cuestión a negociar únicamente entre dos.

Lo más preocupante de la donación de vivo no es la libertad de decisión sino la posibilidad de provocar un daño a una persona sana, el donante. Porque no parece moralmente adecuado salvar vidas a costa de poner las de otros en riesgo ni aceptar una ideología social o una sociedad que afirme a ultranza que nada es más importante que la preservación de la vida y la eliminación del sufrimiento, por muy hermosos que estos objetivos sean⁷. Una persona puede obtener un beneficio psicológico por salvar una vida donando un órgano, pero un beneficio derivativo es algo diferente de la motivación fundamental para realizar la acción. En tanto que acto altruista, la donación no es *unquid*

pro quo; uno no lo hace sobre la condición de que recibirá algún beneficio psicológico de vuelta. Lo que hace loable al acto es que es escogido libremente con cierto coste o riesgo para uno mismo. Pero ni siquiera el auto-sacrificio confiere de por sí valor moral a los actos altruistas. No los justifica por sí solos porque las personas pueden actuar noble pero equivocadamente. De hecho, hay quienes se sacrifican por cuestiones baladíes o incluso malas⁸.

Los actos altruistas benefician a terceros directamente mediante el órgano donado y también indirectamente potenciando la fama del equipo y del centro trasplantador. Todos criticaríamos a quien voluntariamente se aprovechará del auto-sacrificio de otra persona. Esto es precisamente lo que es difícil de evitar en muchos procedimientos médicos lesivos: la existencia de alguien que obtiene beneficios de la falta de egoísmo de un voluntario. Animar a las personas a donar y correr riesgos puede ser loable, pero no lo es si se hace en beneficio propio. Aceptar un sacrificio de gran magnitud no es una mera aceptación pasiva sin importancia moral. Dejar que otra persona arriesgue su vida o su salud en mi favor es apoyar su auto-sacrificio y aceptar aprovecharse de él. Es distinto permitir que alguien corra un riesgo que animarle a correrlo. Como también es distinto elegir auto-lesionarse que ayudar a alguien a hacerlo. Parte de la razón por la que se tienen reservas sobre la donación de vivo está relacionada con la posibilidad de que algunas personas puedan aprovecharse de la falta de egoísmo de otras. Por ello, cualquier sistema de prácticas en las que los individuos puedan resultar dañados debe construirse de forma que minimice esta posibilidad⁹.

Solicitud pública de órganos.

Las nuevas tecnologías están permitiendo una nueva modalidad de donación de vivo: la que se consigue mediante la solicitud pública de órganos a través de Internet. La ley española prohíbe “hacer cualquier publicidad sobre la necesidad de un órgano o tejido o sobre su disponibilidad, ofreciendo o buscando algún tipo de gratificación o remuneración”. Pero existen ya diversas organizaciones que ofrecen y/o solicitan órganos de donantes vivos. Este tipo de petición o publicidad genera gran preocupación y controversia sobre el potencial de explotación económica, la distribución desigual de órganos y la subversión de las normas y principios en que se basa la filosofía del

trasplante¹⁰. Frente a quienes se oponen a esta práctica por su dudosa moralidad, los que la defienden argumentan que este tipo de solicitud consigue órganos totalmente inaccesibles de otra forma y además pone cara humana a la petición redundando todo ello en un mayor número de órganos trasplantables¹¹.

Mercado de órganos.

Hay quienes, desde posicionamientos liberales utilitaristas, defienden la posibilidad de un mercado ético de órganos, esto es, un mercado organizado internacionalmente en el que el vendedor de órganos los vende al estado o a una organización internacional que paga un precio “justo” por ellos evitando así el mercado negro y la explotación¹²⁻¹⁵. Afirman estos autores que este tipo de mercado es un medio ético para aumentar el número de órganos disponibles y que, además, aumenta las opciones de los pobres para salir de la miseria. Quienes se oponen a él defienden que atenta contra la dignidad humana, es una nueva forma de explotación más extrema que la propia situación de indigencia y pobreza, tendría un efecto negativo sobre la donación porque disminuiría el número de donantes altruistas y supondría, además, una subversión de los estándares de donación recogidos en la legislación¹⁶⁻¹⁹.

Trasplante de órganos no vitales.

Los trasplantes de órganos llamados “no vitales” (mano, laringe, tráquea, útero, cara, etc.) no buscan salvar vidas sino aumentar la calidad de vida de los receptores²⁰. Al igual que los de órganos vitales, éstos también deben tener en consideración la relación coste-beneficio^{21,22}, la calidad de vida²³⁻²⁵ y el consentimiento informado²⁶⁻²⁸ para poder ser justificados social, económica y éticamente.

Trasplante de cara.

Algunos autores defienden que, a pesar de la existencia de la cirugía plástica, hoy los trasplantes de cara están indicados en personas con grandes deformidades faciales. Para realizar estos nuevos tipos de trasplante deberán tenerse en cuenta sus aspectos técnicos, inmunológicos, psicológicos, sociales y éticos²⁹.

De entrada, parece poder admitirse que el receptor de un trasplante de cara obtendría beneficios funcionales, psicológicos y sociales. Se afirma que dicho trasplante daría a personas gravemente desfiguradas que generalmente viven escondidas detrás de máscaras o de puertas que nunca se abren, la posibilidad de volverse miembros activos de la sociedad. Además, esta “nueva vida” podría obtenerse mediante una única intervención y no mediante múltiples intervenciones como en la cirugía plástica³⁰. Quienes se oponen a dar carta blanca a esta técnica quirúrgica y a aceptarla como una buena práctica clínica en este momento aducen que es aún una técnica experimental, que hoy no puede obtenerse un consentimiento válido por parte de los posibles receptores y que, dadas las características que la rodean, no pueden garantizarse ni la privacidad ni la confidencialidad³¹⁻³⁶.

Utilización de células troncales.

La biología de las células troncales es una de las áreas más excitantes de la investigación biomédica actual en la medida en que el entusiasmo por la aplicación de esta tecnología hacia la medicina regenerativa continúa expandiéndose³⁷⁻³⁹. Pero a día de hoy, las células troncales no son más (ni menos) que una nueva herramienta para la investigación básica, pero no una cura decisiva para enfermedades graves por lo que defender cualquier tipo de investigación con células troncales conduce a graves equivocaciones⁴⁰.

Se han identificado células troncales en tejidos adultos como la piel, el intestino, hígado, cerebro y médula espinal. En 1998, científicos de la Universidad de Wiscosin las aislaron de la masa celular interna de blastocistos humanos y consiguieron cultivarlas por períodos prolongados de tiempo, a lo largo del cual aparecieron en los caldos de cultivo células nerviosas, musculares, óseas y de islotes pancreáticos⁴¹. También pueden obtenerse mediante técnicas de transferencia nuclear celular (SCNT), esto es, mediante la inyección del núcleo de una célula madura al citoplasma de un ovocito que ha sido desprovisto de su núcleo original⁴². Pero, por varios motivos, las células troncales embrionarias son más atractivas que las derivadas de adultos como instrumento para los usos mencionados. En primer lugar, es difícil aislar estas células de los tejidos adultos, no son numerosas y cuesta mantenerlas proliferando en los cultivos. Hasta la fecha, además, parece que las células troncales de adulto cultivadas sólo dan origen a un número limitado de tipos

celulares. Finalmente, son células adultas y han estado expuestas a toda una vida de toxinas medioambientales y también han acumulado toda una vida de mutaciones genéticas. Por otro lado, los embriones creados mediante SCNT, que en principio es una técnica no complicada, podrían ser implantados intraútero dando lugar a lo que se llama clonación reproductiva, problemática éticamente desde muchos puntos de vista e ilegal en todos los países³⁸. Las células troncales embrionarias son más fáciles de aislar, pueden ser inducidas más rápidamente, y son totipotentes, esto es, provocan la aparición de todo tipo de líneas celulares⁴³. Pero para conseguir estas células es preciso, hasta el momento actual, destruir embriones humanos y esto provoca grandes y profundas controversias éticas. Por un lado, están quienes se oponen radicalmente a esta práctica porque el embrión merece protección en cuanto ser humano, en cuanto persona, desde el momento mismo de su concepción. Son los defensores del concepto de la sacralidad de la vida. Según ellos, matar un embrión es como matar una persona inocente y no puede justificarse de ninguna de las maneras ni basándose en unas supuestas consecuencias muy deseables. Otros, diametralmente opuestos, que podemos calificar de utilitaristas, basan la moralidad de un acto en la relación coste-beneficio y defienden que el pre-embrión (embrión de menos de 14 días, embrión no implantado en el útero) no merece más respeto que cualquier otro tejido humano aislado. Según ellos, los embriones, independientemente de su origen, pueden ser utilizados para la investigación científica con la condición de que los embriones utilizados en experimentos no sean luego implantados en útero. Entre ambas posiciones extremas hay un rango de puntos de vista intermedios que intentan articular algunas bases para la moderación en el uso de embriones. Su objetivo es el de la aceptación de un compromiso basado en unos límites que no deben ser trasgredidos⁴⁴. Sea cual sea éste, deberá balancear dos compromisos éticos fundamentales: el de proteger la vida humana con el de preservarla mediante la curación de enfermedades. Este acuerdo moral deberá necesariamente basarse en una amplia deliberación moral comunitaria y social entre ciudadanos informados, razonada, razonable y prudente, basada en la responsabilidad más que en las convicciones.

Considero adecuado recordar aquí que las expectativas generadas por los adelantos realizados por el Dr. Hwang Woo-Suk y su equipo en Corea del Sur en lo referente a la obtención de varias líneas celulares mediante técnicas de transferencia nuclear a ovocitos humanos se han venido parcialmente abajo al haberse levantado una fuerte polémica por

la denuncia de falta de ética en la obtención de algunos de dichos ovocitos. Esta denuncia ha ido seguida de otras en las que se hacía referencia a la falsedad de algunos de los datos aportados por el Dr. Hwang en los artículos publicados y de la confesión pública de la verdad de dicha acusación por parte del propio científico, que ha abandonado su puesto en la Universidad Nacional de Seúl para ser posteriormente expulsado de la misma. Al parecer, de once supuestas líneas celulares obtenidas mediante esta técnica, sólo dos son reales. El resto son fruto de la manipulación informativa del equipo de científicos liderados por Hwang. El escándalo es de tal calibre que no sólo se duda de estos datos publicados en la revista Science a lo largo de 2004 y 2005, que ya ha anunciado que va a revisar nuevamente dichos artículos en profundidad, sino que también se cuestiona la veracidad de la información hecha por Hwang en la revista europea Nature de haber clonado un perro ahora hace exactamente un año, afirmación que parece ser cierta.

Bancos de cordón umbilical.

También pueden obtenerse células troncales a partir de las células de la sangre del cordón umbilical. Estas son fácilmente obtenibles, presentan una reproducción que se puede mantener en alto grado y constituyen una vía excepcional para la generación de células hematopoyéticas fundamentalmente, y no presentan los problemas éticos previamente mencionados.

Hay un tipo de banco que llamamos públicos porque las personas que donan las células de los cordones lo hacen de manera desinteresada, esto es, las donan, no las guardan, no piensan en ellas mismas al hacerlo, no se les cobra tampoco la admisión de las mismas ni su mantenimiento, y además su uso está abierto a cualquier persona del mundo que las necesite en un momento dado por problemas de salud. Esto sí es una donación propiamente dicha.

Muchos han sido los organismos sanitarios, fuera y dentro de nuestro país que se han manifestado al respecto, afirmando que el almacenamiento privado y rutinario de estas células no está justificado científicamente, carece de utilidad real y es además logísticamente difícil, por lo que no puede ser recomendado⁴⁵⁻⁴⁹.

Hay cuestiones logísticas del almacenamiento de estas células que merecen la pena ser tenidas en cuenta porque la propia obtención de dichas células presenta de entrada ciertos problemas. La sangre se obtiene inmediatamente después del parto, con lo que el

personal que lo atiende debe durante cierto tiempo olvidarse de la madre y su hijo o hija para proceder a la recolección de la sangre del cordón. No es un problema mayor en sí pero se complica si pensamos en la posibilidad de que el parto se realice en la red sanitaria pública y esas células vayan destinadas a un banco privado porque entonces cabe preguntarse quién obtiene las células, ¿los profesionales de la salud del sistema público o tienen que estar presentes en el parto profesionales de esos bancos privados? Si son los primeros, ¿cabe pensar en algún tipo de remuneración para ellos por parte de la empresa privada? ¿De quién es la responsabilidad en el caso de que haya problemas de cualquier tipo en la obtención y/o manipulación de las mismas hasta la llegada al banco privado?

El mantenimiento de estas células debe ser confidencial, como el de cualquier otro dato personal o sustancia corporal en el ámbito de la salud. Por datos muy recientes y famosos podemos deducir que no siempre es así. Aunque en el caso concreto que todos tenemos en mente quizás la filtración a la prensa haya podido ser interesada, lo que no le quitaría un ápice de gravedad: romper la confidencialidad para hacer publicidad en beneficio propio es algo grave éticamente.

3.4 Fundamentos éticos y morales en la conservación de la vida en circunstancias específicas.

Retos fundamentales sobre ética y salud en la conservación de la vida.

No se puede hablar de un sistema de atención a la salud sin que vengan a la mente ideas relacionadas con su compromiso moral. En un muy amplio sentido, la atención a la salud lleva implícita la búsqueda del bien para seres humanos, sean individuos sanos o enfermos, sean grupos aquejados de algún problema o a los que se trata de evitarlo al realizar acciones preventivas.¹⁸

La suma de la autonomía del paciente como concepto básico, permite modificarla posición tradicional del médico, paternalista, para buscar una corresponsabilidad en la toma de decisiones, misma que lleva en sí la ventaja de que los puntos de vista del paciente y su familia entran en juego. Las decisiones no pueden ser solamente técnicas. Involucran múltiples factores que dependen de las características y condiciones de todo ser humano, de cada caso médico en particular. Por ello, tomar en cuenta opiniones, saberes e

inquietudes del paciente y su familia, en el caso en que esto sea factible, permitirá disponer de una mayor y mejor posibilidad de hacer las cosas de forma conveniente.

Por otra parte, la dimensión actual de la salud pública trae consigo otros problemas morales: se debe tener en cuenta la responsabilidad de la sociedad y del Estado en la búsqueda de la salud de sus miembros. Junto a este compromiso poblacional, también se debe considerar la necesidad de hacerlo con la intención de alcanzar condiciones de justicia social, en las que la distribución de los recursos para la salud sea accesible a todos, además de equitativa. En este sentido, los asuntos económicos, de costo–beneficio, de eficiencia y eficacia de las medidas terapéuticas y preventivas toman un papel preponderante.¹⁹

También es necesario considerar que la actitud moral del médico y su capacidad de reflexión ética, son principios básicos para que alguien sea considerado como un buen médico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, por supuesto eso no basta, se requiere otro aspecto, el conocimiento adecuado, actualizado y pertinente para el contexto en el que desarrolle su actividad profesional.²⁰

La primera y fundamental obligación moral del médico tiene que ver con el conocimiento, con la capacidad, con el manejo de los procesos diagnósticos y de los esquemas terapéuticos más indicados, en una palabra, con su preparación. En ese sentido, se debe entender que esta es una responsabilidad que requiere de la actualización continua y sistemática del médico. No basta con haber sabido, con haberse formado en la escuela o en la residencia con un nivel adecuado. Privar a un paciente de una posibilidad terapéutica conveniente es algo inadmisibles. Actuar por omisión o por comisión es absolutamente rechazable.

Esto tiene que ver con todas las etapas del quehacer médico, con la prevención, con la fase diagnóstica, con la etapa de la instalación del tratamiento, con el seguimiento de los enfermos, con el manejo del dolor o de la fase terminal de la vida de un individuo, con el consejo a los pacientes y sus familiares, con todo el quehacer médico y no sólo con la terapéutica.

Se complica hoy más que nunca por la velocidad con que cambia el conocimiento, por los increíbles intereses económicos que hacen que, con soltura y cinismo, se hable de la industria de la salud, del mercado médico y de la salud. La sentencia de Chávez seguirá vigente por mucho tiempo. "Nunca sabrá el médico lo bastante, ni menos estará en posibilidad de dar siempre el mejor servicio". Su conciencia será su juez. Frente a sí deberá estar, constantemente, la frase de Louis Portes, que le define su situación y le sintetiza su deber: "una confianza frente a una conciencia".

Junto a los deberes individuales también se presentan los de orden familiar y cada vez más los de orden social, colectivo o poblacional. Esto tiene numerosas implicaciones. Por una parte, debemos reconocer que los asuntos de un paciente son muy importantes, pero no los únicos. También están presentes los asuntos de otros enfermos, los asuntos de los otros, los de los demás. Al prolongar la agonía se deben tener en cuenta los aspectos económicos de la familia, las implicaciones en sufrimiento, en horas de angustia, la disrupción familiar que necesariamente se originan.

También debe considerarse algo sobre lo que se ha escrito y meditado poco: el hecho de que hay una serie de deberes morales que tienen que ver con lo general, con lo intangible, con lo anónimo, con lo potencial, como opuesto a lo individual o particular, a lo concreto, lo personal, a lo real. En estas dimensiones se mueven, por una parte, el tomador de decisiones, el planificador o administrador de los servicios, el responsable de diseñar las políticas públicas y, por la otra, el médico clínico, el responsable de dar una consulta, de decidir y practicar una intervención quirúrgica, el que se enfrenta en la trinchera a los problemas que cotidianamente le plantean sus pacientes.

Aún más, hay por lo menos otras dos situaciones sobre las que se debe reflexionar: en primer lugar, la realidad originada por el hecho de que los problemas que enfrenta o las facilidades de que dispone el clínico, con frecuencia derivan de las determinaciones y acciones que toma el administrador. La segunda, la realidad de que muchos de los asuntos que se ven en el nivel superior, son analizados por profesiones con ética y formación diferentes a las del médico: la de los administradores, los economistas o los abogados por sólo poner algunos ejemplos.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

CUADRO SINÓPTICO

Elabora un cuadro sinóptico donde desarrolles la información expuesta de manera lógica y coherente.

Los cuadros sinópticos son representaciones gráficas de la información y de sus relaciones. Con ellos puedes realizar la clasificación y síntesis de datos. Los cuadros sinópticos establecen una relación entre dos conjuntos de datos, del lado izquierdo de la forma llamada “llave”, se ponen datos generales, del lado derecho datos particulares o específicos, englobados o abarcados por los primeros. Criterios de evaluación:

Presentacion o portada	20%
Lectura e interpretacion del material para el buen uso de los conceptos.	
Buen uso de sistema de llaves, filas y columnas que de una fácil lectura y comprensión.	
Jerarquia segun la importancia de los conceptos.	
Entregar y subir formato en PDF	

Unidad 4

Marco jurídico y ético de responsabilidad del profesional de salud.

4.1 La bioética y la legislación mexicana.

La Comisión Nacional de Bioética, que está por cumplir su noveno aniversario, creada para examinar y regular reflexivamente la conducta humana, especialmente la de los médicos y otros profesionales que participan en el cuidado de la vida, de la salud y el respeto a la dignidad de la persona y de los derechos humanos, continúa su labor con horizontes cada vez más amplios, y se ha propuesto revisar, a la luz de la moral, los adelantos de las ciencias que —debiendo ser positivos para la vida, el servicio del hombre y su salud— también pueden desviarse cuando se daña la naturaleza donde se desarrolla la biodiversidad, entre la que está el hombre que debe sobresalir con su responsabilidad y conciencia, aunque la bondad de la ciencia y técnicas avanzadas desgraciadamente pueden extraviarse con efectos nefastos.

La Comisión encontró pertinente la creación de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, ya que ha sido necesario contar con criterios plurales y considerar la muerte cerebral y su importancia para los trasplantes de órganos y tejidos de origen cadavérico, así como la reflexión profundizada en relación con la terminación y usos del Proyecto del Genoma Humano. El término “bioética”, acuñado en 1971, por Van Rensselaer Potter, científico holandés y profesor de oncología en la Universidad de Wisconsin, abarca cinco conceptos fundamentales:

1. La bioética como ciencia para la supervivencia.
2. La biocibernética para la convivencia en la biodiversidad, considerando los avances positivos de la tecnociencia ecológica.
3. La bioética como componente en la construcción de un sistema ético-biológico para la organización de la vida digna en sociedad.
4. La bioética reflexiva, para normar la conducta médica en la clínica, en la investigación con seres humanos y en todas las acciones de los trabajadores de la salud.
5. La bioética personalista, a partir de la dignidad de la persona humana.

La bioética ha permeado todo el mundo, penetrando en la filosofía de las ciencias de la vida y de la salud para dirimir problemas difíciles en la prevención y atención crítica de las enfermedades, fomentando las actitudes más honradas de los médicos, aun en los controvertidos dilemas del principio de la vida humana y de la muerte, del aborto, de la eutanasia, etcétera. De entre los principios bioéticos identificados en las guías de buena conducta que exigen capacidad y eficacia del médico, se distinguen los siguientes:

— Promover la beneficencia.

— Evitar la maleficencia.

— Respetar la autonomía.

— Actuar con justicia.

La Comisión Nacional de Bioética de México —para formalizarse— tuvo un período de incubación mayor de dos años, durante el que se identificó con el fomento de la salud en el estudio, la investigación y la discusión de sus valores compatibles con los hechos de diversas culturas, y sus posibilidades pragmáticas, siempre con la preocupación de entender su dimensión ética y coincidencia con las leyes necesarias en las conductas profesionales, especialmente de los médicos, de los trabajadores de la salud en general y de los profesionales del derecho (1990-1992). Después de la buena recepción de la idea en la Presidencia de la República y en el Gobierno del Distrito Federal, se creó la Comisión con la aprobación y estímulo receptivo del Secretario de Salud, Doctor Jesús Kumate, quien había participado en reuniones y cursos de bioética en Estados Unidos (Washington, Nueva York, Boston, San Francisco) y Canadá, además de jornadas intensivas y simposios en Europa (Francia, España, Alemania, Italia), especialmente en la UNESCO, donde se iniciaba la formación de su propia comisión de bioética, extendida a la Unión Europea, en marzo de 1992.

El acta de su fundación, en sus incisos sobresalientes, reza así: Por cuanto la bioética debe revisar los adelantos médico-quirúrgicos y de investigación clínica y básica, en humanos y animales, dando particular importancia a las circunstancias que justifiquen los trasplantes y las consideraciones de la genética, problemas de población e interrogantes de la eutanasia.

La Comisión Nacional de Bioética fue creada para preservar el derecho a la vida y fomentar la salud para la mejor calidad de la vida con reflexiones y guías de conducta que

norman el mejor proceder de quienes intervienen o interfieren con los atributos de la vida y los derechos humanos. El puente necesario entre la biología y la moral se consolida con la mejor conceptualización y práctica de la bioética, cuya aspiración hace inseparables la ciencia y el humanismo. La bioética amplía el campo de la filosofía moral y el de la ética médica tradicional que, aun cuando mantienen un valor teórico indiscutible, ahora ensanchan su horizonte pragmático con la reflexión reguladora de la conducta de personas, de sistemas y de políticas que participan mediante hechos y valores que deben preservar la vida, con el fomento a la salud y respeto a la integridad unitaria de cuerpo y mente humanos. Así, se propone estudiar, a la luz de la ética, los adelantos científico-tecnológicos, que deben ser para beneficio del hombre como conquistas de sus mejores talentos, pero pueden revertirse en su contra como pasó con el formidable poder de la energía atómica. Urge respetar los derechos humanos. Sólo con la bioética, se podrán preservar, así como el respeto a la vida y el ejercicio de la justicia en la invariable honradez, capacidad y eficacia de la medicina y fomento a la salud, en la convergencia de la ciencia y el humanismo del derecho frente a la dignidad humana.

4.2 Los códigos éticos y normas técnicas del profesional de salud.

CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA EL PERSONAL DE SALUD

Secretario de Salud

CAPITULO I

PRINCIPIOS BASICOS

1.- Toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud. Los habitantes de la República Mexicana y los mexicanos que habiten en el extranjero deben gozar de este mismo derecho. El personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética.

2.- Las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario.

3.- El personal de salud debe atender a todos los que demanden sus servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, religión, ideología política, posición socio-económica; sin escatimar tiempo, ni espacio, respetando siempre la dignidad y derechos humanos.

4.- El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de la profesión que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

5.- Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor.

CAPITULO II.

CONDUCTA BIOETICA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

6.- La población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante.

7.- El personal de salud tiene la obligación de participar en el ámbito de su competencia en actividades que contribuyan al beneficio de la salud de la comunidad, así como en la atención médica en casos de emergencia y desastres.

8.- La actitud del equipo de salud debe mantener e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y personal que los asiste, puesto que el humanitarismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación.

9.- Las instituciones de salud, conforme con sus posibilidades, deberán asignar a cada médico u otros prestadores de servicios el número adecuado de personas de acuerdo con la complejidad de su atención de salud, considerando que la sobrecarga de trabajo y la fatiga son poco propicias para otorgar servicios de alta calidad.

10.- Con base en las políticas de la Institución y en casos urgentes, si el paciente es incapaz de tomar una decisión para su diagnóstico y tratamiento y en ausencia de su

representante legal, el personal de salud podrá aplicar las medidas que considere pertinentes y sean profesionalmente aceptadas.

11.- Es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite.

12.- El prestador de servicios de salud tiene la responsabilidad de sus enfermos a los que debe estar dispuesto a atender. Tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento y, sólo cuando lo amerite por no contar con los medios adecuados, lo derivará a otro colega o nivel para su atención.

CAPITULO III.

EL ENFERMO COMO CENTRO DE INTERES DE LA BIOETICA

13.- Los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto. Esto mismo es aplicable a sus familiares, que comúnmente presentan angustias e inquietudes.

14.- El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad.

15.- La información que pudiera producir inquietud o daño psicológico al paciente debe proporcionársele con la prudencia debida, en el momento oportuno, en la extensión que el paciente determine y del modo que el equipo de salud considere más adecuada a las circunstancias para el beneficio del enfermo.

16.- La información de la enfermedad de un paciente debe guardarse con confidencialidad, salvo cuando la normatividad epidemiológica determine su notificación o que sea requerida por orden judicial o instancias legales que correspondan.

17.- La responsabilidad del manejo confidencial de los expedientes clínicos, escritos o en registros electrónicos, recae en todas aquellas personas que tienen acceso a esa información.

18.- Todo paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al prestador de servicios, cuando se comunica con sus familiares o cuando su pudor así lo exige. Las instituciones de salud deben contar con los medios para que este precepto se cumpla y el personal cuidará que no se quebrante.

19.- El paciente estará informado de los nombres y cargos del personal de salud que lo trata, sobre la probabilidad de ser atendido por otras personas y dónde acudir a presentar alguna queja.

20.- El enfermo, en cualquier momento de su vida, puede expresar por escrito su voluntad anticipada para evitar que, si sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas, se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con las que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida física, psicológica o socialmente aceptable.

CAPITULO IV.

POTESTADES BIOETICAS DEL PERSONAL DE SALUD

21.- El personal de salud debe realizar, en coordinación con las autoridades competentes, las medidas preventivas pertinentes que sean estrictamente necesarias para el bien de la población y adicionales a la normatividad establecida, tales como saneamiento básico, agua potable, eliminación sanitaria de excretas, control de fauna nociva, inocuidad de alimentos, vacunaciones, aislamiento de pacientes infecto-contagiosos o agresivos y otras acciones que considere convenientes en provecho colectivo.

22.- Las instituciones de salud, de acuerdo con su nivel de atención, deberán proporcionar con oportunidad en calidad y cantidad suficientes, el equipo, instrumental, materiales de consumo y medicamentos que requiere el personal para proporcionar la adecuada atención.

23.- Los prestadores de servicios de salud, deben actualizar y certificar sus conocimientos y destrezas para otorgar a sus pacientes la mejor atención posible. Las instituciones oficiales o privadas donde laboran estarán comprometidas a realizar actividades académicas y proporcionar los medios de aprendizaje como libros, revistas, programas electrónicos y otros, de acuerdo con los servicios que otorguen.

24.- Es responsabilidad de los directivos y docentes de las instituciones académicas que preparan profesionales y técnicos en las ramas del cuidado de la salud, que la capacitación sea del más alto nivel, con el apoyo de las instituciones de salud.

25.- Los miembros del equipo de salud tienen derecho a percibir una remuneración adecuada por su trabajo, en relación con su capacidad profesional y el número de horas que laboran en la institución, o según el acuerdo previo que hayan tenido con un paciente privado. Esta remuneración debe tener relación con las costumbres y el nivel socioeconómico de la población, sin caer en abusos y con un espíritu de condescendencia y compasión por los pacientes con escasos recursos.

26.- El personal de salud puede expresar a las autoridades directivas y administrativas de la institución con toda libertad y respeto las ideas que considere pueden beneficiar a la institución y a los pacientes. Con este criterio, si un miembro del equipo de salud considera que algún reglamento o alguna ley son injustos, pondrá su empeño en que las instancias modifiquen esas disposiciones por los canales debidos.

27.- El personal de salud deberá contar con las instalaciones, equipos, instrumentos y materiales para el desempeño de sus actividades con las medidas de higiene, protección y seguridad. De no contar con ellos, podrá rehusarse a aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sin contravenir los principios bioéticos, manifestándolo por escrito y procurando que el paciente sea referido a otra unidad médica.

28.- El personal de salud podrá rehusarse a aplicar medidas diagnósticas y terapéuticas que a su juicio pongan en riesgo la vida, la función de los pacientes o su descendencia, bien sea a petición de los propios pacientes, de sus superiores jerárquicos o autoridades institucionales, cuando se oponga a la práctica médica comúnmente aceptada, a los principios bioéticos, a sus capacidades profesionales o a razones de objeción de conciencia.

CAPITULO V.

RESPONSABILIDADES DE LOS INDIVIDUOS SANOS Y DE LOS PACIENTES

29.- La población debe informarse del cuidado de la salud y procurar desarrollar actitudes y conductas sin riesgo para su salud y la de la comunidad.

30.- Los pacientes o representantes legales tienen la responsabilidad de informar con veracidad al personal de salud, así como de manifestar las dudas y preocupaciones relacionadas con su enfermedad.

31.- El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública.

32.- El paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento. Este precepto debe aplicarse a los niños, ancianos, o pacientes con trastornos mentales leves, si su estado de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente. Su aceptación en estos casos debe ser ratificada por los padres, tutores o responsables.

33.- El paciente, después de haber recibido la información detallada y aceptar las prescripciones médicas, está comprometido a cumplirlas con precisión. Tiene el deber de informar al personal que lo atiende cuando por cualquier motivo ha dejado de cumplir las indicaciones.

34.- El enfermo que sabe que tiene una enfermedad contagiosa adquiere, al saberlo, la obligación de evitar por todos los medios que otras personas enfermen por su contacto con él.

35.- La persona que se sabe portadora de información genética adversa susceptible de transmitirse a su descendencia adquiere el compromiso de seguir el consejo genético que se le proporcione, según el caso y asume completamente la responsabilidad de sus actos.

CAPITULO VI.

RELACIONES INTERPERSONALES DEL EQUIPO DE SALUD

36.- La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud.

37.- Es deber del equipo de salud transmitir sus conocimientos a sus colegas, alumnos, pacientes y a la sociedad en general. La enseñanza y la información sobre los medios para proteger la salud han de ser consideradas como unas de las obligaciones más relevantes de los prestadores de salud.

38.- Las dicotomías o dividendos económicos entre el personal de salud por la derivación de pacientes a otros médicos, laboratorios y gabinetes, o por la prescripción de tratamientos son actos inaceptables, contrarios a la dignidad y a la ética de los profesionales y técnicos de la salud y al bienestar del paciente.

39.- El personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo.

CAPITULO VII.

BIOETICA EN LA INVESTIGACION EN SALUD

40.- El beneficio que los pacientes y la comunidad obtienen de las actividades médicas se basa en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamenta en la investigación. Participar en las investigaciones es una obligación moral del personal, fuente de su propio desarrollo.

41.- Las investigaciones básicas, clínicas u operacionales en las que interviene el equipo de salud deben apegarse a la legislación sanitaria y ser aprobadas por los Comités creados ex-profeso en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio.

42.- Los investigadores recabarán el consentimiento, se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos, beneficios y el planteamiento del derecho del paciente a

retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo alguno su ulterior atención médica.

43.- Las investigaciones promovidas por la industria farmacéutica u otros productores de insumos para la salud deben sujetarse estrictamente a las normas de cualquier investigación en humanos y asegurar a las personas involucradas el máximo beneficio durante la investigación, cumpliendo además con la normatividad y justificando su realización.

44.- Particular cuidado se tendrá en no emplear en una investigación como grupo de estudio o grupo testigo a personas que estén dispuestas a aceptar su colaboración sólo por su condición de subordinados o cautivos, o por el ofrecimiento de incentivos económicos.

45.- Los animales de experimentación se emplearán sólo cuando resulten indispensables y no haya pruebas alternativas confiables. En todo caso, se cumplirán las normas de protección y respeto para evitar sufrimiento innecesario.

CAPITULO VIII.

TEMAS BIOETICOS ESPECIFICOS

46.- La donación de órganos y tejidos para trasplantes debe ser promovida por el personal de salud y por la población en general.

47.- La interrupción de un embarazo no es jamás un acto deseable. La ley ha establecido cuáles pueden ser los casos en que no está penalizado, entre los que se encuentran los que ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer gestante, que justificarían esta intervención, sin que se pueda obligar a participar al personal que manifieste cualquier objeción.

48.- Es éticamente adecuado utilizar los avances de la ciencia para ayudar a las parejas infértiles a tener hijos mediante procedimientos de reproducción asistida que tengan alto grado de seguridad para la salud de la madre y practicados por personas expertas en instalaciones que cuenten con los equipos y demás medios necesarios.

49.- La investigación genética para conocer los fenómenos biológicos de la herencia y que pueden favorecer la reproducción humana para la aplicación con fines terapéuticos debe preservar en sus métodos la dignidad y los derechos humanos.

50.- Al paciente terminal se le aplicarán los procedimientos más actuales de la medicina paliativa para aliviar en lo posible sus sufrimientos físicos y psicológicos, aunque esto pudiera acortar su vida sin que ello implique provocar su muerte.

51.- El personal de salud ejercerá la influencia moral que tiene ante la sociedad y ante las autoridades para promover las medidas de preservación de los sistemas ecológicos, la limpieza del agua, de los alimentos y de los factores que protejan la salud humana y la biodiversidad.

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA EL PERSONAL DE SALUD 2002

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Santiago Levy Algazy

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Benjamín González Roaro

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

La Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM, ofrecen a todos los profesionales de la salud que se desempeñan en el Sector un Código de Conducta que guíe sus actividades y acciones, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes

y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden, de manera tal que se incremente la confianza en las instituciones y en su personal. De esa forma este documento es una contribución más para aumentar la efectividad y la eficiencia de los servicios y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

II. ESTÁNDARES DE COMPORTAMIENTO

Se trata de las obligaciones morales y de trato social que asume el personal de salud al prestar sus servicios cotidianos y de excepción, comprendidos los siguientes:

1. Estándares de trato profesional

Describen las conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes, ante situaciones cotidianas y de excepción, en la práctica profesional comúnmente aceptada de las ciencias de la salud y esperadas por la población que recibe sus servicios.

1. El personal, sus líderes y directivos se desempeñarán con integridad, aprovechando al máximo el tiempo de servicio y la utilización racional de los recursos a su disposición, protegiendo los intereses de los pacientes y de la institución, evitando el dispendio.
2. Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta.
3. Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.
4. Evitará la realización de técnicas o procedimientos para los cuales no se tengan las capacidades necesarias o para los que no se disponga de los recursos indispensables en la institución para llevarlos a cabo.
5. Actualizará el conocimiento y la capacitación para el desarrollo de las destrezas necesarias para empleo de la tecnología accesible, lo cual deberá comprobar por medio de las certificaciones correspondientes a su disciplina.

6. Reconocerá sus limitaciones para buscar el apoyo necesario o la derivación de los pacientes, conforme a las normas institucionales, previniendo la intervención de personas insuficientemente capacitadas.
7. Atenderá integralmente a los pacientes minimizando actitudes reduccionistas a la sintomatología evidente, al órgano o al sistema dañado, habida cuenta que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, que por su naturaleza es compleja.
8. Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando las maniobras u operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada, o bien sus propios valores personales u objeción de conciencia, en cuyo caso lo deberá hacer del conocimiento de sus superiores.
9. Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.
10. El personal de salud debe de tomar en cuenta la dependencia, vulnerabilidad y temor del paciente, cuidando de no explotar esta situación. Además deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer.
11. Del mismo modo, deberá facilitar, a solicitud de los pacientes, o de su tutor, la obtención de segundas opiniones, según el caso.
12. Guardará con la mayor confidencialidad la información relativa a los pacientes, la que sólo se divulgará con autorización expresa del paciente o su tutor, con excepción de las circunstancias previstas en la ley.
13. Cuando el paciente pide a su médico que decida por él lo que es mejor, éste tiene la obligación moral de decidir, conforme a su leal entender y proceder, conservando así los derechos fundamentales del paciente.

14. Solicitará al paciente o su representante legal su consentimiento válidamente informado, para la práctica normada o científicamente fundamentada de procedimientos o suministro de medicamentos, que impliquen riesgos o daños imprevistos que puedan afectar la función, integridad o estética del paciente, entre los que se incluyen estudios de investigación o donación de órganos, en cuyo caso habrá de cumplirse con los procedimientos legalmente establecidos.
15. Asimismo, les hará saber los beneficios que pueden lograrse con lo anterior y las complicaciones o eventos negativos que puedan presentarse.
16. Respetará las decisiones de los pacientes o quien tutele sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras para las que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada.
17. Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuado.
18. Si se requiere una intervención quirúrgica, el médico deberá explicar al paciente con honradez y sinceridad, las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados, y si es el caso los costos del mismo.
19. Solamente cuando no se encuentre un familiar responsable en los casos de incapacidad temporal o permanente de un paciente, estando en peligro su vida, la función o la integridad corporal, el médico deberá tomar la decisión de actuar, solicitando la opinión de otro médico y anotar la justificación de su acción en el expediente clínico.
20. Proporcionará atención de urgencia a todo paciente, cuando esté en peligro su vida, un órgano o una función, sin distinguir de cualquier tipo, con el propósito de estabilizar sus condiciones clínicas para que pueda recibir el tratamiento definitivo donde corresponda.
21. Formulará acuciosamente el expediente clínico de cada paciente en medios escritos. El expediente deberá ser completo, ordenado, legible, veraz, oportuno y lógicamente secuenciado, conforme lo establecen las normas.

22. A petición del paciente, sus representantes legales o de una autoridad judicial entregará un resumen clínico del caso, cuando le sea requerido.
23. A los pacientes hospitalizados deberá informárseles la razón de la necesidad de practicar exámenes de laboratorio o gabinete y comunicárseles los horarios de los estudios y la preparación necesaria.
24. Informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de su ministración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas,
25. Los alimentos deben ser proporcionados con comedimiento, en los horarios propios de la unidad hospitalaria y que mejor se apeguen a los requerimientos de los pacientes.
26. Utilizará debidamente los cuadros básicos y catálogos de insumos sectoriales, recurriendo a las opciones más indicadas que ofrecen, conforme al nivel de atención donde preste sus servicios.
27. Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes.
28. Se abstendrá de realizar, en el marco normativo de la institución, y en acuerdo con los familiares responsables, todo procedimiento desproporcionado que pueda significar ensañamiento terapéutico, o bien efectuar acciones de reanimación que expresamente haya prohibido el paciente.
29. El personal debe revisar y actualizar las indicaciones verbales y por escrito con el paciente, referentes a sus decisiones anticipadas de mantenimiento del tratamiento de sostén en terapia intensiva y elección de su representante para que apoye su decisión cuando no exista el pleno uso de sus facultades mentales, anotando en cada ocasión en el expediente clínico.
30. La atención hospitalaria del paciente en fase terminal incluirá cuidados hasta el último momento de su vida. La calidad técnica y moral de los mismos debe

asegurar que el enfermo reciba la atención que merece por su condición de persona humana y pueda morir con dignidad en el hospital o en su domicilio.

31. El paciente en trance de muerte debe ser tratado con el mínimo de medidas que le permitan alivio a su sufrimiento, aún cuando signifiquen dosis elevadas de agentes tranquilizantes y analgésicos, soporte psicológico y social, posiblemente cirugía, radiaciones, antibioticoterapia, etc., si estas medidas mantienen confortable al paciente.
32. Se enfatizará que el médico es un profesional de la ciencia y conciencia, que no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente, ya que al igual que éste, es una persona libre y responsable con un singular acervo de valores que norman su vida.

2. Estándares de trato social

Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

1. La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.
2. De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.
3. El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.
4. Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.

5. Sustraerse de establecer relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares, explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales.
6. Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.
7. Constituirse en ejemplo de probidad profesional ante los pacientes y de acatamiento a la vida sana libre de adicciones y practicar algún tipo de ejercicio físico.
8. La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son considerados importantes en la relación con los pacientes.
9. Preparar a los pacientes que irremediablemente van a morir, así como a sus familiares, junto con los demás miembros del equipo de salud, para que con lucidez mental disponga de sus bienes, se despida de sus seres queridos y resuelva, en su caso, sus problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.
10. El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación.

3. Estándares de conducta laboral

Comprenden los comportamientos esperados de los integrantes de los equipos de salud, de sus líderes naturales o formales y de los directivos en su relación con la institución donde laboran y con sus compañeros de trabajo, a saber:

1. Perfeccionar su vida profesional y cuidar con su conducta la fuente de empleo, así como coadyuvar a la conservación del patrimonio institucional y nacional.

2. La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora.
3. Colaborar honestamente con los procesos de auditoría interna o externa, como con los correspondientes a la supervisión, asesoría o evaluación.
4. Abstenerse de utilizar con propósitos de difusión la información generada en la institución donde preste sus servicios, inclusive la que considere de índole profesional personal, a menos que cuente con la autorización correspondiente.
5. Velar por la conservación del buen nombre y prestigio de la institución y, en caso de que identifique situaciones que los afecte deberá con lealtad, por los conductos institucionales, hacerlo del conocimiento de sus superiores o de las autoridades competentes.
6. Atender solícitamente las quejas que se presenten con motivo de la atención proporcionada a los pacientes, y colaborar ampliamente con la investigación que realicen las instancias formales que corresponda.
7. Contribuir a la solución de los conflictos que con tal motivo se presenten, actuando con imparcialidad, responsabilidad, equidad, honestidad y respeto a las instituciones, a sus compañeros de trabajo, a los pacientes y familiares, y a las obligaciones que como miembros de la sociedad les corresponde.
8. En el ámbito de sus atribuciones, contribuir y colaborar a la observancia de aquellas medidas tendientes a preservar el medio ambiente.

4. **Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación**

Se trata del comportamiento de los miembros de los equipos de salud, relacionado con las actividades de formación de nuevo personal y de actualización para el desarrollo o capacitación para el trabajo, y también de investigación científica para la generación de nuevo conocimiento o mejor comprensión de la realidad circundante,

1. Sólo participarán en actividades educativas de alumnos de escuelas y facultades reconocidas y acreditadas, con las que la institución donde presta sus servicios tenga suscritos convenios.

2. No permitirán, conforme a las normas institucionales y programas académicos, la práctica inexperta o sin supervisión de los alumnos de los diversos grados de los grupos pertenecientes a las diferentes carreras de la salud, bajo su responsabilidad.
3. Podrán compartir su tiempo laboral con el tiempo convenido para actividades docentes o de investigación, para las cuales podrán recibir un nombramiento escolar y remuneración adicional.
4. En todas las actividades de enseñanza o de investigación antepondrán el respeto y el confort de los pacientes, a la ejecución didáctica o de investigación.
5. Imbuirán en los alumnos una actitud de servicio y de trato cordial y respetuoso a los pacientes y sus familiares, a los compañeros, a los superiores y, en general al personal que colabora en las actividades asistenciales, cuidando que la formación que reciban los alumnos sea integral.
6. Los pacientes que participen en el proceso educativo deberán ser informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio, como tampoco de investigación. Del mismo modo deberán ser informados del nombre de los alumnos y del grado que cursan.
7. El profesor o tutor, o los alumnos mismos, no deberán discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los propios pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.
8. La realización de proyectos de investigación siempre será acatando las normas institucionales en la materia, anteponiendo la seguridad de los pacientes y respetando su aceptación o negativa, de participar en el estudio o de abandonarlo, sin que por esto desmerite la calidad de su atención.
9. Es deber del investigador trabajar en una relación creativa y mutuamente respetuosa con los pacientes, de manera que la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una medicina más eficiente.
10. No se debe inducir el uso de tecnologías, material, equipo y medicamentos que apenas están en estudio y no cabalmente confirmada su utilidad.

11. En investigación clínica es fundamental que el propósito sea el de lograr mejoría o curación de los pacientes y en segundo término contribuir a dilucidar problemas del conocimiento.
12. Los revisores de los protocolos de investigación y artículos para revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas, no debiendo utilizar como suyo aquello de lo que tomaron conocimiento en las revisiones, ni presentar las ideas de otros como propias.
13. La profesión médica es responsable de verificar la seguridad y eficacia de las nuevas tecnologías y tratamientos, siendo dicho conocimiento abierto al escrutinio público.
14. Respetará el consentimiento válidamente informado del paciente para participar en proyectos de investigación, mismo que protege sus derechos y dignidad humana. Bajo los principios de privacidad y autonomía una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.
15. El consentimiento válidamente informado que obtenga el médico de sus pacientes deberá ser por escrito y con testigos, haciendo constar claramente los riesgos a los que se está expuesto, la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios que se esperan obtener, así como su libertad para retirarse del estudio.
16. Se deberá dar a conocer de manera clara y honesta la relación del investigador con el organismo patrocinador de la investigación y los compromisos que se adquieren.
17. En todos los casos la investigación clínica estará sujeta a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en la normatividad nacional y convenios internacionales sobre la materia.
18. No se podrán llevar a cabo proyectos de investigación de ningún tipo, sin la aprobación correspondiente de los comités de bioética y de investigación de la unidad de servicios de que se trate. Dichos comités podrán dictaminar, dadas sus atribuciones, sobre el inicio, desarrollo, conclusión o detención de proyectos, con base en el seguimiento de cada protocolo.

E. Estándares sobre las relaciones extrainstitucionales del personal de salud

Relativos a la relación que mantenga el personal que brinda los servicios con organismos académicos o colegios, o bien de investigación o con fabricantes y distribuidores de insumos para la salud.

1. Las participaciones individuales o grupales relacionadas con experiencias institucionales profesionales, deberán ser del conocimiento de las autoridades responsables y señalada claramente la responsabilidad personal del autor.
2. La participación en sociedades, academias o colegios serán exclusivamente a título personal, debiendo salvaguardar el buen nombre e imagen de la institución donde labora.
3. En ningún momento ni circunstancia dejarán su preponderancia los intereses de la institución donde labora, por los de sociedades, academias o colegios.
4. Con el fin de evitar conflictos de interés, no se podrá recibir de proveedores de material, equipo o medicamentos a su institución, comisiones u obsequio alguno, ni en dinero, ni en especie.
5. No se deberá reclutar pacientes para probar medicamentos, material o equipo médico, sin la debida autorización institucional y el seguimiento de un protocolo formal.
6. El médico debe tomar sus decisiones sin influencias comerciales, por lo que no debe aceptar regalos personales, viajes, equipos o amenidades de compañías proveedoras para evitar conflictos de intereses.
7. Como tampoco aceptar u ofrecer, si es el caso, participaciones económicas por la atención, interconsultas o transferencia de pacientes. De ningún modo podrá atraer pacientes de otros compañeros médicos, ni cuestionar su profesionalismo, como tampoco, si fuera el caso, ofrecer rebajas en el costo de la atención.
8. No se deberá permitir que se utilice el nombre o imagen del personal institucional para anunciar equipos, medicamentos o publicidad personal, por ser contrario a las prácticas aceptadas de las profesiones de la salud y la imposibilidad de desligarlos de la institución donde presten sus servicios.

4.3 Los comités asistenciales de bioética.

Los comités de bioética alcanzan su máxima efectividad cuando se incorporan por ley al ámbito oficial, por así garantizárseles una estabilidad y legitimidad que afianza notablemente su relevancia. Muy probablemente los comités alcanzarán ese objetivo cuando los Estados Miembros a que pertenecen cumplan tres prerequisites: en primer lugar, respeto a los derechos humanos y defensa y apoyo a la libertad de las personas, en particular de pacientes vulnerables y voluntarios que participan en ensayos de investigación clínica, principalmente en beneficio de futuros pacientes; en segundo lugar, reconocimiento de la dignidad de pacientes y de las personas, sanas o enfermas, que participan en ensayos de investigación biológica/biomédica, conductual y epidemiológica, y en tercer lugar, respaldo de programas educativos de bioética dirigidos a presidentes y miembros, actuales y futuros, de las diferentes formas de comités de bioética.

PRERREQUISITOS DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA

Los comités de bioética deberán: • respetar los derechos humanos; • reconocer la dignidad de los ciudadanos; • respaldar los programas educativos de bioética.

Las cuatro modalidades de comités de bioética en sociedades pluralistas se basan en la premisa de que todas las personas con capacidad mental o sus representantes son agentes morales y que los presidentes y miembros de dichos comités, a su vez agentes morales, se encuentran obligados, y no meramente autorizados, a intervenir en controversias sobre bioética y en particular, en las polémicas y dilemas planteados durante las actividades cotidianas de los comités normativos y consultivos gubernamentales de ámbito nacional, en asociaciones de profesionales de la salud, hospitales y otras instituciones de asistencia médica, así como en centros de investigación clínica.

LOS CUATRO TIPOS DE COMITÉS DE BIOÉTICA

• Comité normativo y/o consultivo • Comité de asociación de profesionales de la salud • Comité de ética asistencial/hospitalaria • Comité de ética de la investigación.

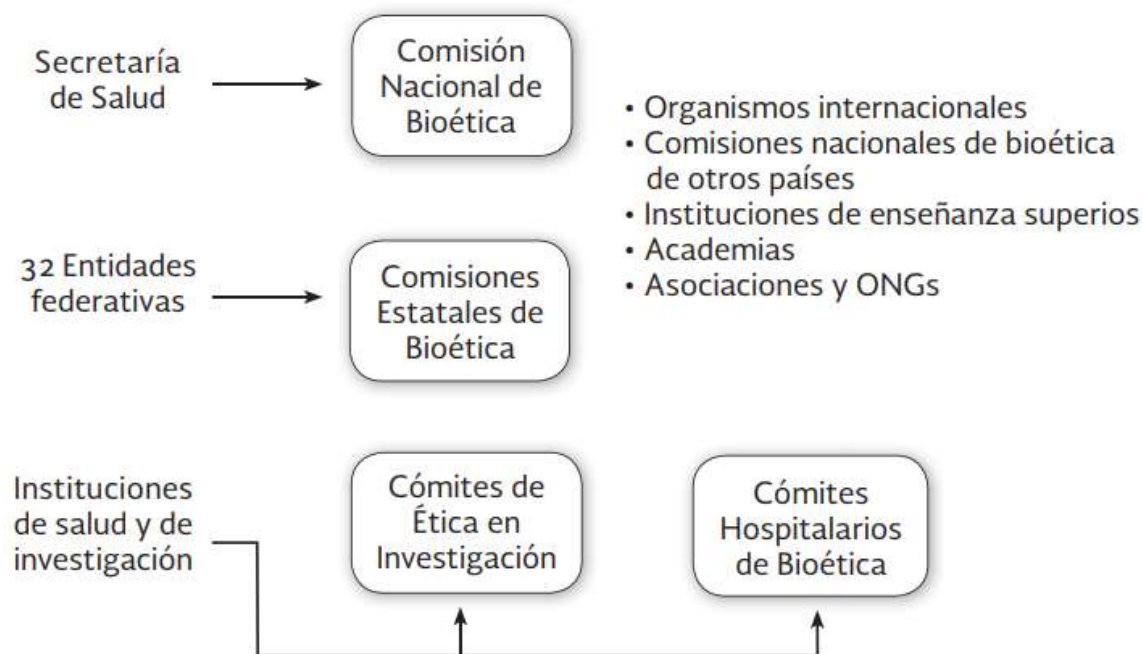
Los dos primeros tipos de comités de bioética no suelen crear confusión. Los comités normativos y/o consultivos se centran en asesorar a funcionarios públicos y confían en influir en la adopción de políticas científicas y de salud de ámbito nacional. Los comités de asociaciones de profesionales de la salud se ocupan de cuestiones de bioética planteadas

por profesionales de la asistencia sanitaria (médicos, enfermeras, farmacéuticos y profesionales afines). Sin embargo, existe la tendencia a combinar los problemas a debatir en los comités de ética asistencial, encargados de la práctica clínica, con los problemas sujetos a la consideración de los comités de ética de la investigación, responsables de examinar los protocolos de ensayos en que participan seres humanos. Esa combinación de problemas puede conducir a la revisión conjunta de cuestiones que probablemente convendría más estudiar por separado. En otras palabras, los comités de ética asistencial fundamentalmente debaten cuestiones de atención centrada en el paciente, mientras que los comités de ética de la investigación abordan las cualidades científicas, el riesgo al que se exponen los participantes y los posibles beneficios para futuros pacientes que no participan como “sujetos” en ensayos clínicos. Algunos comités de bioética desempeñan ambas funciones, aunque la información disponible parece indicar que el modelo combinado no ha alcanzado gran éxito.

Diversos factores determinan la decisión de establecer nuevos comités. Según reconocen ahora científicos, profesionales de la salud y muchos otros, entre esos factores destaca la necesidad de intervenir en la deliberación de las complejas cuestiones de bioética, no sólo con colegas especializados en ciencias de la vida y en la salud, sino también con otros interesados, incluidos los medios de comunicación y el público. En este punto, se debe reconocer lo sucedido en el ámbito de la bioética desde finales de la década de los sesenta: las cuestiones actuales de bioética, incluso casos y dilemas complejos, no sólo las analizan los expertos en la materia. Los comités de bioética, en cualquiera de sus cuatro formas, sólo cuentan con uno o tal vez dos miembros competentes en bioética, con postgrados en la materia, que han trabajado en centros de atención médica e investigación. En suma, aunque las deliberaciones de los comités de bioética actuales se concentran en la bioética, no las realizan exclusivamente especialistas en esa disciplina: de hecho, los comités siempre se integran con una minoría de dichos especialistas.

4.4 Instituciones normativas nacionales y estatales de bioética.

ESQUEMA DE LA INFRAESTRUCTURA INSTITUCIONAL EN BIOÉTICA



Comisiones Estatales de Bioética

Antecedentes: El 23 de octubre de 2000, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se crea con carácter permanente la Comisión Nacional de Bioética, estableciéndose en su Artículo Quinto lo siguiente: “Para el desempeño de sus funciones la Comisión podrá constituir los comités y grupos de trabajo que considere necesarios.”⁴

El 27 de febrero de 2003 el proceso de creación de las CEB se fortaleció con el Acuerdo del Consejo Nacional de Salud (CONASA), establecido en su IX Reunión Ordinaria, apuntando lo siguiente: “Se creará en cada Entidad Federativa una Comisión de Bioética” (Acuerdo 22/IX/CONASA/2003. Monterrey, N.L.). A partir de esto el apoyo de CONASA sería fundamental para consolidar el desarrollo de las CEB.

El 7 de septiembre de 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética, el cual determina su carácter, objeto y atribuciones, y ratifica el compromiso para la creación de las CEB al señalar en su Artículo Segundo, Fracción VII: “Para el cumplimiento

de su objeto, corresponderá a la Comisión Nacional de Bioética promover la creación de Comisiones Estatales de Bioética”.

En septiembre de 2011 derivado de la propuesta realizada por la Presidencia del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética, el Acuerdo de CONASA adquiere mayor relevancia y se adiciona lo siguiente: “Cada entidad federativa contará con su Comisión de Bioética, para lo cual se garantizará su operación, continuidad y sustentabilidad, y se impulsará la creación y operación de Comités de Ética en Investigación y Hospitalarios de Bioética, todo ello con base en los lineamientos emitidos por la Comisión Nacional de Bioética” (Acuerdo 19/ XIX/CONASA/2011. Pachuca, Hidalgo).

En agosto de 2013 durante la III Reunión Ordinaria del CONASA nuevamente se destaca la importancia de las CEB mediante el acuerdo que señala: “Cada entidad federativa contará con una Comisión Estatal de Bioética y la Comisión Nacional fortalecerá su integración, continuidad operativa y sustentabilidad” (Acuerdo 28/III/CONASAVI/2013. Zacatecas, Zacatecas).

Con la finalidad de dar continuidad a la creación de las CEB y fortalecer su desarrollo en los renglones administrativos y de gestión de recursos humanos y financieros, el Consejo Nacional de Salud reiteró en noviembre de 2014 su compromiso al establecer que “Cada entidad federativa deberá contar con una Comisión Estatal de Bioética y la Comisión Nacional coadyuvará en su integración, continuidad operativa y sustentabilidad (Acuerdo 31/VIII/CONASAVI/2014. Tlaxcala, Tlaxcala).

Bibliografía básica y complementaria:

- ROBERTO CALVA RODRIGUEZ, BIOETICA, MC GRAW HILL, 2006.
- LYONS, EL USO DE PORTAFOLIOS PROPUESTAS PARA UN NUEVO PROFESIONALISMO DOCENTE, AMORRORTU EDITORES, 2003
- JORGE LUIS HERNANDEZ ARRIAGA, BIOETICA GENERAL, EL MANUAL MODERNO, 2008
- BENJAMÍN HERREROS, FERNANDO BANDRÉS, HISTORIA ILUSTRADA DE LA BIOÉTICA, ADEMÁS COMUNICACIÓN GRÁFICA, S.L., 2015
- JOSÉ ANTONIO MORALES GONZÁLEZ, GRACIELA NAVA CHAPA, JAIME ESQUIVEL SOTO, LUIS ENRIQUE DÍAZ PÉREZ. PRINCIPIOS DE ÉTICA BIOÉTICA Y CONOCIMIENTO DEL HOMBRE. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO, PRIMERA EDICIÓN, 2011
- FERNANDO LOLAS, BIOETICA “EL DIALOGO EN LAS CIENCIAS DE LA VIDA”, EDITORIAL UNIVERSITARIA, 1998
- <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/19637/20701>
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191996000100006&script=sci_arttext&lng=pt
- [file:///C:/Users/Ivan/Downloads/Lascorrientesfilosoficasdelabioticacomofactorparalatomia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ivan/Downloads/Lascorrientesfilosoficasdelabioticacomofactorparalatomia%20(1).pdf)
- https://www.researchgate.net/publication/28312569_Sobre_la_aplicabilidad_del_Principialismo_Norteamericano
- http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n2/es_1983-8042-bioet-26-02-0183.pdf
- <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-79-15.pdf>
- <http://www.scielo.org.co/pdf/vniv/n120/n120a07.pdf>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400003
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600017
- <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/357/16.pdf>
- http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/1._NAL._Cxdigo_de_Bioxtica_del_Personal_de_Salud.pdf

- http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html
- https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392_spa
- [http://www.conbioetica-
mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Lineamientos_Operacionales_paginado_con_fo
rros.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Lineamientos_Operacionales_paginado_con_fo
rros.pdf)