

Introducción a la bioética

Dra. María Teresa Rotondo de Cassinelli

Palabras clave: BIOÉTICA
BIOÉTICA/HISTORIA
HUMANIDADES

Key words: BIOETHICS
BIOETHICS/HISTORY
HUMANITIES

Desde hace años en nuestro medio existe un genuino interés en conocer el significado del término bioética, y se le invoca tanto en cursos como en congresos, comités de ética de investigación o asistenciales.

Habitualmente se dice que el neologismo bioética fue acuñado por Van Rensselaer Potter, destacado bioquímico, investigador en el área de la oncología básica en la Universidad de Wisconsin, quien lo utilizó por primera vez en Estados Unidos en el año 1970, en un artículo publicado en la revista *Perspectives in Biology and Medicine*, editado por la Johns Hopkins University Press, titulado *Bioethics: The Science of Survival*. Sin embargo, fue el pastor protestante y filósofo alemán Fritz Jahr quien en 1927 usó el término *Bio-Etnik* refiriéndose a la relación ética entre el ser humano, los animales y las plantas.

No obstante, esta palabra no entró efectivamente al vocabulario científico hasta la publicación del libro de Potter titulado *Bioethics: Bridge to the Future*, aparecido a principios de 1971 a instancias de Carl Swanson, quien dirigía la colección *Biological Sciences Series* para el editor Prentice Hall, y donde se compilan 13 artículos de Potter escritos entre 1962 y 1970⁽¹⁾. Potter, preocupado por los hechos a que daban lugar las nuevas tecnologías y la confusión resultante, propuso crear un puente interdisciplinario entre ciencias y ética, entendida la disciplina como aplicación del conocimiento para mejorar la calidad de vida.

En la obra exponía su visión: “El objetivo de esta disciplina, como yo la veo, sería ayudar a la humanidad en dirección a una participación más racional, más cautelosa, en el proceso de la evolución biológica y cultural. Escribo ‘bio’ para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivientes, y ‘ética’ para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos”. En el mismo año,

sostenía: “El problema moral surge porque la ciencia médica ha alcanzado un éxito parcial en el mantenimiento de la maquinaria sin mantener a la persona”.

La causa de que la bioética se extendiera sobre todo al terreno biomédico se debió a André Hellegers (ginecoobstetra de origen holandés, experto en fisiología fetal), quien, entusiasmado con la propuesta, divulga la palabra bioética y en ese año (1971) funda un centro de investigación en bioética en Washington DC, el Kennedy Institute of Ethics, vinculado actualmente a la Universidad de Georgetown.

Más tardíamente, al ver el rumbo que había tomado su idea, Potter declaraba: “De acuerdo a mi punto de vista, la bioética, como una ciencia para la supervivencia humana, tiene que establecer puentes para las ideas éticas sociales ya existentes y orientaciones anticipadas”... y “la función de la bioética puente se transforma así en una construcción de puentes hacia cada una de las especialidades y de puentes entre las especialidades, con el fin de desarrollar más a fondo una bioética global que considere el bienestar humano en el contexto del respeto de la naturaleza”⁽²⁾.

Potter se refería no sólo al hombre sino a toda la naturaleza, a la relación de éste con los animales, plantas y medio ambiente, estando preocupado por las generaciones presentes y también por las futuras. En esos años introdujo el concepto de una bioética global como respuesta a que hasta entonces se había reducido la bioética al ámbito de la biomedicina: “En el momento actual, los eticistas médicos deberían ir más allá del monitoreo de los avances tecnológicos para los más privilegiados. Deberían colaborar con los eticistas sociales y deberían demandar medidas sanitarias para los no privilegiados en el propio país y en el mundo en vías de desarrollo, donde la pobreza se combina con el SIDA, la malaria, el

Doctora en Medicina. Magíster en Bioética.

Correspondencia: Dra. María Teresa Rotondo de Cassinelli. Correo electrónico: edcass@chasque.net

Recibido Set 21, 2017; aceptado Oct 2, 2017

parasitismo y la tuberculosis” (citado por Spinsanti)⁽¹⁾.

Hans Martin Saas, en sus estudios sobre Jahr, nos muestra que éste extendió el imperativo moral kantiano a todas las formas de vida; modificó la estructura categórica inflexible de Kant convirtiéndola en un modelo pragmático y situacional de equilibrio entre las obligaciones morales, los derechos y las visiones morales. Jahr se expresaba: “Respetar por principio a cada ser viviente como un fin en sí mismo y trátalo, de ser posible, como a un igual”⁽³⁾.

La bioética ha sido definida por W. Reich en la *Encyclopedie of Bioethics*, en 1978, del siguiente modo: “El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores humanos”⁽⁴⁾. En la segunda edición de dicha *Encyclopedie*, del año 1995, la definición aparece modificada: “Bioética es un término compuesto derivado de las palabras griegas bios (vida) y ethike (ética). Puede ser definida como el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo visiones, decisiones, conductas y políticas morales de las ciencias de la vida y atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario. Las dimensiones morales que se examinan en bioética están evolucionando continuamente, pero tienden a focalizarse en algunas cuestiones mayores: ¿Qué es o debe ser la visión moral de cada uno? (o de la sociedad)? ¿Qué clase de persona debería ser uno o qué clase de sociedad deberíamos ser? ¿Qué debe hacerse en situaciones específicas? ¿Cómo nos encontramos para vivir armoniosamente?”⁽⁵⁾.

Mainetti, refiriéndose a la definición de Reich de 1978, dice que la bioética es fundamentalmente ética normativa aplicada, sin excluir por sistema a la ética descriptiva o estudio científico de la moralidad, y a la metaética o rama analítica de la ética filosófica. “La naturaleza interdisciplinaria de la ética biomédica –que nominalmente involucra al menos a la filosofía, a la biología y a la medicina– constituye el núcleo problemático de su estatuto epistemológico. En los tópicos de ética biomédica no siempre es fácil distinguir entre los aspectos factuales, conceptuales y normativos, generalmente interrelacionados de modo tal que el juicio ético se sostiene a la luz de determinados hechos y teorías (la moral del aborto, por ejemplo, se basa en lo que empíricamente conocemos de la embriogénesis y de lo que conceptualmente pensamos del estatus ontológico del feto). La definición de muerte, o la distinción entre eutanasia activa y pasiva, son otros tantos ejemplos de clarificaciones fácticas y conceptuales imprescindibles en los problemas bioéticos”. Según Mainetti, “el

campo bioético involucra mucho más que el estudio de la filosofía moral, para abarcar todo el campo de la filosofía práctica; es un área interdisciplinaria donde la dimensión ética no puede o no debe ser abstraída de las dimensiones social, económica, política, religiosa, etcétera”⁽⁶⁾.

En la práctica es una rama de la ética aplicada, que en el campo de la medicina ayudará en especial en el momento de la toma de decisiones, donde no solo se tomarán en cuenta las consideraciones clínicas, sino que también aparecerán juicios de valor de la persona o paciente y del equipo sanitario.

La idea central de la bioética es el respeto de la vida humana, idea que está presente en todas las corrientes del pensamiento ético. La libertad humana, la igualdad de derechos y la solidaridad son los principios rectores de la disciplina en torno a los cuales parece haber consenso universal.

Gracia Guillén dice que Potter entendía la bioética como una nueva cultura, como el encuentro necesario de los hechos, tal como hoy los plantea la ciencia, en especial las ciencias de la vida y los valores, o si se quiere entre las Ciencias y las Humanidades, como un nuevo paradigma intelectual y cultural consistente en la confrontación entre hechos y valores. No es un azar que el propio Potter, un tanto desengañado por los derrotos excesivamente médicos de la bioética en las décadas de 1970 y 1980, haya acuñado otro término feliz, Global Ethics, que en su opinión expresa mejor que el anterior su verdadero pensamiento”⁽⁷⁾.

Surgimiento de la bioética

La aparición de esta disciplina en los años 70 reconoce múltiples causas, entre las que se destacan: a) el carácter cada vez más científico de la medicina; b) el enorme avance de las tecnologías médicas, y c) la socialización de la atención de la salud.

a) Con el transcurso del tiempo el discurso médico se encaminó hacia el discurso científico, logrando la máxima objetividad científica mediante la exclusión del sujeto, al cual convierte en un simple “objeto” de estudio.

En el campo del conocimiento médico existe un sujeto cognoscente (médico) y un sujeto observado (paciente) que pasa a ser “objeto”. En el afán de objetivar cada vez más el estudio convierte el paciente en una “cosa”; se estudia la enfermedad, no al enfermo, con lo cual se pierde la visión de su humanidad, de su integralidad.

Laín Entralgo denomina “relación objetivante” a aquella en que uno de los hombres que la integran intenta convertir al otro en un puro objeto; intencionalmente, el otro queda reducido a ser realidad

carente de libertad personal y fines propios; en definitiva, a una “cosa”. “Si yo quiero tratar al otro hombre conforme a lo que él realmente es, habré de entablar con él, por lo tanto, una relación interpersonal”⁽⁸⁾.

A medida que crece la ciencia, en su gran expansión, se comienza a afirmar una corriente adversa a la cosificación del objeto de estudio; se inicia la reflexión sobre el “objeto”, que no es un simple objeto de estudio, el cual no puede ser abordado solo por la ciencia. Von Weizsäcker encontró que el rasgo más característico de la medicina del siglo XX ha sido la “introducción del sujeto”⁽⁹⁾. Coincide Laín Entralgo al señalar: “El sujeto enfermo y el potencialmente enfermo se rebelaron clínica y socialmente contra la expresión del diagnóstico y la terapéutica de la medicina, que sólo en la ciencia natural encuentra su fundamento: cosificación del enfermo”⁽⁸⁾. Es así que vemos surgir el sujeto moral como ser racional, autónomo, que exige conocer, participar en las decisiones que sobre él tomará el médico. Y la medicina científica, con el aporte de la reflexión y el estudio de los valores del hombre que le provee la ética, reencuentra en la época actual su verdadera finalidad.

Pellegrino, una de las figuras prominentes de la ética médica norteamericana, refleja así lo anteriormente explicitado: “La medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las Humanidades”⁽¹⁰⁾.

b) El avance de las tecnologías y su aplicación trajeron importantes cambios en los parámetros de la vida, sobrepasando los límites naturales de la misma, cuestionando los fundamentos de la vida y de la muerte humanas. Es así que en la década de 1960-1970 dichos adelantos suscitan debates públicos con intervención de diferentes disciplinas profesionales donde además participa la sociedad civil. Casos sumamente publicitados, como el uso de respirador en pacientes en estado vegetativo persistente (caso de Karen Quinlan) o de mantenimiento de alimentación parenteral (caso de Nancy Crouzan), ambos en Estados Unidos, produjeron intensos intercambios sobre lo que se debería o no actuar ante determinadas circunstancias. Igualmente, en 1967 el avance en materia de trasplantes provocó polémicas sobre los criterios de muerte, al mantener a los donantes de órganos en respiradores. Los avances tecnológicos acaecidos en esos años fueron múltiples y a los ya citados, como los soportes vitales, se agregaron otros como la diálisis, adelantos en cuidados intensivos; avances en el campo de la genética que hicieron posible el acceso al conocimiento de los mecanismos vitales, planteando la posibilidad de intervenir y modificar el genoma humano. Se tornarían viables

la modificación y la transformación de la vida, desconociéndose de antemano los beneficios o daños posibles para las generaciones futuras. Frente a estos avances de la ciencia y sus aplicaciones, la sociedad enfrenta el dilema de la corrección y oportunidad de estos métodos.

c) El cambio sucedido en la asistencia médica, que en su socialización se evade de la atención personalizada, individual y privada. Se producen nuevas formas de relación médico-paciente, lo que condujo a su despersonalización y deshumanización; todo ello agravado por la crisis en la asistencia médica originada en el desborde de los costos económicos y sociales.

Gafo sostiene que el principal problema bioético es cómo humanizar la relación entre aquellas personas que tienen conocimientos médicos y el ser humano, frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de la enfermedad que afecta hondamente a su ser personal⁽¹¹⁾.

A todo lo anterior se agrega un progresivo cambio del sentido del accionar médico, el cual evoluciona del acto de curar hacia la prevención de la enfermedad; el proceso del diagnóstico clínico pasa a ser dominado por una creciente automatización tecnológica.

Gracia Guillén sostiene que “la bioética es la consecuencia necesaria de los principios que vienen formando la vida espiritual de los países occidentales desde hace dos siglos. Si a partir de la Ilustración ha venido afirmándose el carácter autónomo y absoluto del individuo humano, tanto en el orden religioso (principio de la libertad religiosa) como en el político (principio de democracia inorgánica) es lógico que esto llevara a la formulación de lo que podemos denominar el ‘principio de libertad moral’, que puede formularse así: todo ser humano es agente moral autónomo y como tal debe ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas. Lo mismo que el pluralismo religioso y político son derechos humanos, así también debe aceptarse como un derecho el pluralismo moral”. Y prosigue: “El pluralismo, la democracia, los derechos humanos civiles y políticos han sido conquistas de la modernidad”⁽¹²⁾.

Guillén en el año 2001 insiste en que “el mundo moderno ha asistido a la pérdida de la homogeneidad cultural y creencial. De un sistema basado en la uniformidad de valores hemos pasado a otro en que la pluralidad y el respeto de la pluralidad han ocupado el primer plano. En la vida religiosa, en la moral, en la política, hemos pasado de sistemas basados en el ‘código único’ a otros que colocan en primer término el respeto del ‘código múltiple’. Utilizando una célebre expresión de Max Weber, cabe decir que

hemos pasado del ‘monoteísmo axiológico’ al ‘politeísmo axiológico’ de políticas sanitarias (asignaciones de recursos, etcétera)⁽¹³⁾. Por tanto, no podemos olvidar que todos los cambios acaecidos en el campo de la medicina, de la tecnociencia, se han visto acompañados de cambios socioculturales.

En Estados Unidos la bioética surgió en los años 70 teniendo en sus orígenes eventos moralmente perturbadores que sensibilizaron a las comunidades de ese país cuando los mismos se hicieron públicos; se inicia la preocupación de cómo se deben hacer los experimentos con seres humanos, del uso de las altas tecnologías y de los usos sociales de la medicina.

Seguidamente presentamos algunos casos que se hicieron públicos originando debates importantes en el seno de las sociedades donde ocurrieron⁽¹⁴⁾.

En la revista *Life*, de fecha 8 de octubre de 1962, apareció el siguiente titular: “*Ellos deciden quién vive y quién muere*”, refiriéndose a la historia de un comité de Seattle que tenía el objetivo de seleccionar a los pacientes para el programa de hemodiálisis. El mismo estaba compuesto en su mayoría por ciudadanos no médicos. Se cuestionaron los criterios para la selección de los candidatos a hemodiálisis: por la ¿personalidad?, ¿la aceptación social?, ¿por finanzas?, ¿contribución pasada o futura?, ¿dependientes familiares o apoyo? El comité era anónimo, pero la noticia trascendió al *New York Times*; se concientiza la discriminación como problema social. Se discute sobre la pregunta ¿quién debe poner los criterios? La prensa colocaba la frase: “*Fenómeno: los médicos delegan en personas legas el poder de decidir al respecto de la admisión a un tratamiento médico*”. Rothman (U. Columbia) en *Strangers at the bedside* escribe: “Un grupo de médicos sin precedentes entrega a un comité lego las decisiones prospectivas de vida y muerte en base al examen de caso por caso. Una prerrogativa que hasta entonces había sido reservada exclusivamente a los médicos fue delegada a los representantes de la comunidad”.

En el año 1967, Cristian Barnard realiza el primer trasplante de corazón, originando dudas sobre: ¿Estaba el donante realmente muerto? ¿Se respetaron los deseos del donante? Se realiza una conferencia propiciada por CIBA en Inglaterra denominada *Ética en el progreso médico con referencia especial a los trasplantes*, a cargo de médicos y científicos. En esa época, Henry Beecher presenta un artículo titulado *Ética e investigación clínica* en el *New England Journal of Medicine*, 1966, en el cual denuncia procedimientos antiéticos en 22 investigaciones médicas publicadas en revistas de renombre. En el año 1968, en Har-

vard, un comité dirigido por Beecher, donde había un teólogo, determina una definición de muerte cerebral.

Cuatro años después salen al público los experimentos de Tuskegee.

En respuesta a estos hechos surge por ley en Estados Unidos la creación de la Comisión Nacional para la protección de los sujetos de las investigaciones biomédicas y de la conducta, teniendo una composición de carácter interdisciplinario, y como fin el de recomendar reglas que guíen las investigaciones.

Con respecto a la creación de centros de estudios a propósito de la ética y la bioética destacamos: en 1969 creación del Institute of Society, Ethics and the Life Sciences Hastings-on-Hudson, Nueva York, y en 1971 inauguración del Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington.

En 1974 surgen los movimientos de los derechos de los pacientes, del derecho a la vida versus derecho al aborto, de los derechos de las minorías.

En 1976 se abre el debate sobre el uso de los medios artificiales de soporte vital, sobre las órdenes de no resucitación, de las directivas avanzadas o “living will” y de los cuidados en hospitales para enfermos terminales. Todos estos temas se originaron frente a casos paradigmáticos (como el de Karen Quinlan, donde en las discusiones participaron médicos, filósofos, teólogos; y entre las recomendaciones dadas estuvo la de crear comités de ética hospitalarios).

En la década de 1980 surgen escuelas médicas con cursos de bioética y se decretan las reglamentaciones Baby Doe (1982) y Baby Jane Doe (1983), Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment (1984) como respuesta a casos problemáticos muy difundidos en la sociedad norteamericana.

En las sociedades modernas democráticas, moralmente seculares y pluralistas, surge el interés por la filosofía práctica en los asuntos públicos. Estos aspectos se conjugan en la práctica médica donde la ética tradicional, deontológica, más o menos codificada y confesional, queda reducida a “etiqueta” frente a los graves problemas morales que surgen del avance científico y de la complejidad institucional de la medicina actual, donde los dilemas morales son frecuentes (por ejemplo, terminación de tratamientos) y de políticas sanitarias (asignaciones de recursos, etcétera).

La bioética aparece en el momento de la relativización de los principios deontológicos, de la crítica a la racionalización. Es así que en 1966 Joseph F. Fletcher, en su libro *Situation Ethics*, postula el situacionismo e intenta aplicar determinada situación a la norma general. Esta teoría moral situacionista surge de las éticas existencialistas. Mientras

que Brody postula la teoría de la decisión racional, observa las consecuencias y valores (individuales, comunitarios y jurídicos), las consecuencias malas son las que no respetan los valores. Mira el qué, quién, en qué circunstancias y consecuencias, siendo una ética teleologista.

Como ya expusimos, hubo hechos que ocasionaron perturbación pública, pero los que más produjeron la reacción e indignación de la sociedad norteamericana fueron los sucedidos en la realización de investigaciones con seres humanos.

Estos casos fueron los siguientes:

1. En 1963, a un grupo de pacientes terminales del Hospital de Enfermos Crónicos Judíos de Brooklyn, Nueva York, se les inyectó células cancerosas para observar la sobrevivencia de las células en dichos pacientes. Esto se realizó sin el consentimiento de los pacientes o de los subrogantes.
2. El segundo caso ocurrió en 1967 en una escuela para niños con retardo mental, en Willowbrook State School, Nueva York. Les inyectaron el virus de la hepatitis a los niños de dicha institución; aunque se requirió el consentimiento de los padres, de hecho no fueron libres para otorgarlo, dado que existieron elementos de coacción, si no daban el permiso para entrar en el estudio, no se les aceptaba en dicho centro; lo que agravaba la situación era la falta de otras escuelas especiales en la zona.
3. Las investigaciones llevadas a cabo en Tuskegee, Alabama, proyecto de la US Public Health Service, donde desde 1932 a 1972 se estudió la evolución natural de la sífilis en una población negra y de condición socioeconómica baja; en la década de 1940, al aparecer la penicilina, los pacientes no recibieron tratamiento y siguieron siendo observados sin comunicarles acerca de la existencia de esa terapia eficaz y segura. En 1972 se hace pública la información en una portada del *New York Times*, concluyéndose que esta investigación era totalmente injustificable⁽¹⁴⁾.

Analizando los factores que permitieron estos abusos morales destacamos tres hechos importantes:

1. El imperativo del progreso médico: por este se justifican los abusos y transgresiones a los derechos humanos.
2. La autoridad moral no cuestionada en asuntos médicos.
3. Prejuicios raciales y sociales.

El racismo clarificó en dos puntos el origen de la bioética:

- a) Los problemas morales están encastrados en valores culturales.

- b) La medicalización de los problemas sociales o morales lleva a esconder los conflictos, distorsionando la conciencia de la sociedad.

Debemos destacar que cuando se dieron estos hechos previamente ya existían claras declaraciones sobre las exigencias éticas que se debían cumplir para realizar investigaciones con seres humanos. Luego de la Segunda Guerra Mundial, donde ocurrieron aberrantes violaciones a los derechos humanos en las investigaciones realizadas, se condenaron a los autores y se redactó el Código de Nuremberg. Posteriormente, la Asociación Médica Mundial redacta en 1964 la Declaración de Helsinki. A pesar de que las declaraciones explicitaban claramente los requisitos éticos para realizar investigaciones, las mismas no fueron respetadas. Estas situaciones actuaron como un elemento detonador, dado que en años previos ya habían sido denunciadas otras situaciones violatorias de los derechos de las personas, y se produjo una gran conmoción pública en Estados Unidos.

Especialmente en respuesta a la investigación de Tuskegee, el gobierno de Estados Unidos crea en 1974 la National Commission for the Protection of Human Subjects por ley pública. Esta comisión nacional estaba conformada por investigadores y otras personas que trabajaban en el campo de protección de los derechos humanos, pertenecientes a disciplinas jurídicas, filosóficas, ciencias sociales, teológicas e historiadores⁽¹⁵⁾. Para muchos, este fue el primer paso de entrada de la perspectiva ética en el estudio de las investigaciones, como el preludio de lo que más tarde se llamó bioética. Se podría considerar esta National Commission como el primer antecedente de los comités de ética. El objetivo de esta comisión era determinar los requisitos éticos que debían regir las investigaciones en seres humanos. Cuatro años más tarde esta comisión se expide y sus conclusiones se presentan en el Informe Belmont (1978), donde aparece por primera vez lo que se conocerá como principios bioéticos: Ethical Principles and Guidelines for Protection of Human Subjects in Research⁽¹⁵⁾.

En este informe, que evidentemente se realizó teniendo en cuenta el caso de Tuskegee, se definieron tres principios que habían sido violados:

- Beneficencia, ya que no se buscó el mayor bien de los pacientes en la investigación.
- Autonomía, al no haber obtenido el consentimiento de los sujetos en base a una información adecuada y llevando a cabo actuaciones bajo engaño.

- Justicia, pues no hubo una selección equitativa de los sujetos y se utilizó una población tan vulnerable como eran las personas de raza negra e indigentes.

El informe contenía recomendaciones: todas las instituciones que reciben fondos del gobierno federal deben establecer un Institutional Review Board (IRB); se debe incluir en el mismo a investigadores, juristas, filósofos, teólogos, historiadores y sociólogos.

Posteriormente, Beauchamp y Childress publican *Principle of Biomedical Ethics* en 1979, (ambos formaron parte de la comisión presidencial que redactó el Informe Belmont, siendo Beauchamp el presidente de la misma)⁽¹⁶⁾. No cabe duda que el trabajo en dicha comisión influyó a los autores en la redacción de esta obra, pero extendieron la aplicación de los tres principios que se redactaron para las investigaciones hacia todas las actividades con seres humanos, no sólo en la investigación. Y a los principios de beneficencia, autonomía y justicia, que del Informe Belmont se deducían, agregaron el de no maleficencia, resultando:

1. Principio de beneficencia (operativizado en ponderación de riesgo/beneficio).
2. Principio de autonomía - respeto a las personas (operativizado por el consentimiento informado).
3. Principio de justicia - equidad, comportamiento justo con los demás (operativizado en la elección de la muestra).
4. No maleficencia - no dañar (diferente al de beneficencia), y conocido en el ejercicio de la medicina desde los tiempos hipocráticos.

Todos estos movimientos y discusiones públicas llevaron a crear con gran ímpetu el campo interdisciplinario de la bioética. El movimiento bioético se gestó en todos los antecedentes que convergieron en su aparición, dada la necesidad de llegar a un acuerdo en estas delicadas cuestiones, ya que la sociedad consideró que no se podían dejar las decisiones exclusivamente en manos del grupo médico.

La bioética, concebida entonces como una respuesta a las nuevas tecnologías en medicina, fue gestada en una cultura sensible a determinadas dimensiones éticas, de modo especial a los derechos de los pacientes y a los abusos de las instituciones.

Los factores sociales ayudan a moldear estas cuestiones y las soluciones a que llegan dependen del moralismo de la sociedad, de factores políticos y de la profesión médica en sí misma. Se hizo evidente que las cuestiones médicas requieren respuestas médicas y que las cuestiones que suceden en la atención de la salud no son exclusivamente de naturaleza

médica. Existen cuestiones sobre los valores individuales, del significado personal de la vida y muerte, acerca de equidad y justicia, que no pueden ser resueltas solo por el equipo médico. La medicina, por los motivos enumerados anteriormente, comienza a ser cuestionada en su ejercicio por una sociedad que ha cambiado, que posee el conocimiento de sus derechos y exige el uso de los mismos.

Características de la bioética

La bioética debe tener como característica primordial el de ser una *ética civil*, la que se corresponde a la situación de las sociedades contemporáneas.

Marciano Vidal en relación con la ética civil dice: “Con la expresión ética civil se alude al específico y peculiar modo de vivir y de formular la moral en la sociedad secular y pluralista. Por definición, la ética civil se presenta como la superación de las antinomias, aparentes o reales, entre la moral religiosa y la moral no religiosa, y como proyecto unificador y convergente dentro del legítimo pluralismo moral de la sociedad democrática”. Y prosigue entendiendo que la ética civil postula, en primer lugar, la *no confesionalidad de la vida social*. En segundo lugar, la ética civil exige como condición la existencia del *pluralismo de proyectos humanos* y el tercer rasgo descriptivo del horizonte social en que surge la ética civil se refiere a la *posibilidad teórica y práctica de la ética no religiosa*⁽¹⁷⁾.

El pluralismo de ideas filosóficas, religiosas, políticas, es la característica de las sociedades actuales; esto exige el respeto por todas las posiciones, base de un derecho fundamental del ser humano, como lo es el respeto de la libertad de conciencia. Los distintos participantes, con diferentes creencias o posiciones morales, pueden llegar a acuerdos mínimos; de este modo se llega a la ética civil de los grupos humanos, donde todos los participantes a pesar de partir de premisas distintas tienen un acuerdo en ciertos derechos del individuo; es así que se establecen inicialmente los derechos humanos fundamentales como el derecho a la libertad, la vida, y la libertad de opinión. A este acuerdo se llega por medios racionales, no de creencias, y el método para llegar al mismo es el consenso civil; en el consenso por medios racionales, consenso estratégico, no deben primar medidas autoritarias y debe tener fines desinteresados.

La razón ética intenta establecer criterios universales, es decir que se apliquen a todos en las mismas circunstancias, aunque los mismos deben estar en continua revisión. Sin embargo, sabemos que los puntos de vista éticos dependen de cada individuo y serán por tanto diferentes y diversas las opiniones.

Un problema importante en el terreno de la bioética es precisamente el momento de la toma de decisiones, sea en el ámbito de las relaciones entre el equipo de salud y los pacientes, como en el terreno de las investigaciones biomédicas o en el de la asignación de los recursos en las políticas de salud.

Debemos aclarar una idea que lleva a confundir a quien se acerca por primera vez a la bioética, y es que esta disciplina no tiene soluciones predefinidas para los problemas que se nos presentan en el ejercicio de la medicina sea individual o pública. No aporta soluciones mágicas a los problemas que los incesantes cambios sociales, culturales y tecnológicos nos proporcionan diariamente. Lo que aporta la bioética es una base metodológica para la reflexión de los interrogantes, una metodología que nos aclara las ideas en forma racional para llegar a las mejores decisiones, o al menos a las que resulten menos perjudiciales.

Campo de la bioética

Hottois plantea la pregunta qué entendemos por bioética, y nos contesta: “El término no se refiere a una nueva disciplina tecnocientífica (ya que es demasiado interdisciplinar y está demasiado investida de apuestas ideológicas y filosóficas), ni a una nueva ética, universal y actual de la vida (puesto que está en el centro de las controversias, debates y preguntas). Aunque los problemas suscitados por las ciencias biomédicas ocupan un lugar importante en ella, la bioética no se identifica de inmediato con la ética o deontología médica, sino que estas constituyen más bien capítulos y aspectos importantes de la problemática bioética. Esta incluye también cuestiones relativas a la manipulación (biotecnologías, ingeniería genética) y a la preservación de especies no humanas, vegetales y animales, así como cuestiones relativas, de modo más general, a la gestión de la biosfera. De este modo, la bioética cubre un campo que va desde la deontología y ética médicas, centradas en problemas a menudo próximos a la filosofía de los derechos del hombre, a la ecética o ética ambiental centrada en la solidaridad antropocósmica y próxima a la filosofía de la naturaleza, atenta a las dimensiones evolucionistas”⁽¹⁸⁾.

Los temas que comprende en su estudio son numerosos y extensos, y cada vez que se producen cambios en la ciencia y su aplicación, como así cambios concomitantes en las sociedades, el espectro de su interés se amplía.

Siguiendo los conceptos de Mainetti, los tópicos de la bioética abarcan tres grandes capítulos: a) Ética médica, b) Bioética general, c) Bioética especial⁽⁶⁾.

a) En la ética médica o biomédica podemos comprender la ética profesional o médica en su sentido más restringido, tratándose entonces de la denominada ética deontológica. Esta incluirá el conjunto de normas que establecen los profesionales de la salud por las que rigen sus modelos de conducta profesional.

Reconocemos que actualmente la acepción ética médica posee un significado más extenso, abarcando la reflexión bioética en el terreno de la relación médico-paciente o, mejor dicho, de la relación de todos los intervinientes en la relación sanitaria.

La aplicación de los principios y reglas morales en la medicina clínica tiene como objetivo primordial la mejoría de la calidad de esta relación. Por tanto, los temas que la bioética privilegiará en esta relación serán el estudio de los principios morales de no maleficencia, beneficencia y autonomía de los pacientes; de las normas morales de confidencialidad, veracidad, privacidad, y consentimiento informado; todo ello dentro de un contexto deontológico de derechos y deberes médico-paciente.

b) La bioética general ocurre en un plano superior al de las relaciones médico-paciente, interesándose en las decisiones sobre la moral pública, la población, medio ambiente e investigación científico-tecnológica. En la eticidad de la atención de la salud se interesará en las políticas de la micro y macroasignación de recursos.

c) La bioética especial tiene que ver con la intervención biotécnica en la vida humana desde el nacimiento a la muerte y comprende los siguientes temas:

1. Genética, contracepción, esterilización, aborto y tecnologías reproductivas (inseminación artificial, fertilización in vitro, donación de gametos, bancos de espermatozoides, clonación).
2. Los temas de experimentación humana y animal, control de la conducta (psicofarmacología y psicocirugía).
3. Los temas de definición de la muerte, eutanasia, suicidio asistido y prolongación de la vida.

La ética médica en su sentido más amplio es en realidad bioética, es decir una reflexión de lo que es bueno o errado, correcto o incorrecto en la práctica médica referente a la relación médico-paciente; es una disciplina que asume la tarea de valorar criterios morales con el conjunto más probable de consecuencias. Utiliza la metodología casuística, en la cual reglas específicas que derivan de principios morales genéricos son aplicadas a situaciones concretas; la ética médica es inevitablemente situacional y debe necesariamente explorar las circunstancias de

cada caso. Como podemos observar, la bioética abarca más que la ética médica en su sentido tradicional, preocupándose por los problemas relacionados con los valores de todos los intervinientes en el acto médico; también se interesa por la aplicación de las normas éticas en torno a las investigaciones en seres humanos. Toma para su estudio cuestiones sociales relacionadas con la salud pública y ocupaciones, además de interesarse en la vida animal y vegetal, es decir, intenta formar una conciencia ecológica.

Por su parte, Gracia Guillén traza un panorama de la evolución de los problemas que han sido preocupación de las disciplinas: “La bioética es un movimiento muy reciente: tiene apenas treinta años de vida. A lo largo de ellos, y con una periodicidad que viene a coincidir con la década, ha ido enfrentando diferentes cuestiones, hasta el punto de que puede hablarse de tres generaciones de problemas, la de los años setenta, la de los ochenta y la de los noventa”⁽¹⁹⁾.

Y los presenta de la siguiente forma:

- Problemas propios de la primera década: el movimiento de autogestión del cuerpo y el principio de autonomía.
- Problemas bioéticos de segunda generación: las cuestiones relacionadas con la economía, la distribución de recursos y el principio de justicia.
- Problemas bioéticos de tercera generación: los relacionados con el fenómeno de la globalización, la protección del medio ambiente y los derechos de futuras generaciones⁽¹⁹⁾.

Principios bioéticos

Los modelos bioéticos que se presentaron en los países donde la disciplina se inició y alcanzó enorme expansión, como en Estados Unidos, tienen como objetivo primordial el cultivo entre los profesionales de las virtudes morales derivadas de los principios de beneficencia, autonomía y justicia; y de promover la eticidad de las instituciones con los valores de beneficencia, libertad y equidad. Tienen como fundamento dos teorías morales: deontológica y teleológica; los principios normativos: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; y las reglas de confidencialidad, consentimiento informado, veracidad y privacidad.

Para finalizar citaremos a Marciano Vidal, que encuentra que en el paradigma de la ética racional se concretan un conjunto de orientaciones axiológicas, las cuales constituyen los criterios referenciales de la bioética. Se constatan una serie de valores que son generalmente admitidos como orientaciones básicas para el juicio ético en el campo de la bioé-

tica. Por ejemplo, el principio de buscar siempre “el bien del sujeto” o en formulación negativa, “no causar daño al sujeto”. Sitúa otros en el mismo nivel de los anteriores: el principio de libertad de todo sujeto racional y el derecho de todos a una justa distribución de beneficios y de cargas en el ámbito del bienestar vital⁽²⁰⁾.

Bibliografía

1. **Spinsanti S.** Bioética Global o la sabiduría para sobrevivir. Cuad Programa Reg Bioét 1998; (7):9-19.
2. **Potter VR.** Conferencia: Bioética Puente, Bioética Global, y Bioética Profunda. Cuad Programa Reg Bioét OPS-OMS, 1998; (7): 1-35.
3. **Saas HM.** El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934. *Aesthetika*. 2011[citado 30 agosto 2017]; 6(2):20-33. Disponible en: <http://www.aesthetika.org/El-pensamiento-bioetico-de-Fritz>.
4. **Reich WT.** *Encyclopedie of Bioethics*. New York: Free Press-MacMillan; 1978.
5. **Reich WT.** *Encyclopedie of Bioethics*. Vol 1, New York: Free Press-MacMillan; 1995.
6. **Mainetti JA.** La fundamentación de la ética biomédica. *Quirón*. 1987; 18(1): 7-13.
7. **Gracia Guillén D.** El qué y por qué de la bioética. Cuad Programa Reg Bioét. 1995; (1): 36-53.
8. **Lain Entralgo P.** *Antropología Médica para clínicos*. Barcelona (España): Salvat; 1984.
9. **von Engelhardt D.** El principio de la subjetividad (Viktor Von Weizsacker) en la antropología del siglo XX. In: von Engelhardt D, Mainetti JA, Amatriain JC, Meyer L, eds. *Bioética y Humanidades Médicas*. Bs. As: Biblos; 2004. p 65-77.
10. **Pellegrino ED, Thomasma DC.** *A philosophical basis of medical practice*. New York: Oxford University Press; 1981.
11. **Gafo J.** Humanización. Bioética y humanización de la medicina. In: Gafo J. *10 Palabras clave en Bioética*. España: Editorial Verbo Divino; 1993.
12. **Gracia Guillén D.** *Fundamentos de Bioética* Madrid: Eudema; 1989.
13. **Gracia Guillén D.** Democracia y bioética. *Acta Bioethica* 2001; 7(2): 343-54.
14. **Lorda PS, Barrio Cantalejo IM.** Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Medicina Clínica (Barc)* 1995 105(15): 583-97. Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/simonp_barrioim_un_marco_historico_med_clin_1995.pdf.
15. **National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.** *The Belmont Report*. Washington, DC:

- US Government Printing Office, 1979. Disponible en: https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf. https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf.
16. **Beauchamp TL, Childress JF.** Principios de ética biomédica. 4a ed. Barcelona: Masson; 1999. 548p.
 17. **Vidal M.** Ética civil y sociedad democrática. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001. 294p.
 18. **Hottois G.** El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia. Barcelona: Anthropos; 1991. 205p.
 19. **Gracia Guillén D.** De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. Acta Bioét 2002; 8(1):27-39.
 20. **Vidal M.** Bioética. Estudios de Bioética Racional. Madrid: Tecnos; 1989. 309p.