



Principios básicos de bioética

Resumen

Antecedentes. Se considera que el concepto de bioética nace en Seattle, a comienzos de los años sesenta, al crearse un comité no médico para decidir quiénes tenían preferencia para hemodiálisis. En 1970, se acuña el término bioética por el oncólogo norteamericano Potter. En 1974, el Congreso de Estados Unidos crea una comisión para elaborar directrices éticas y proteger los derechos de las personas que participaban en estudios de investigación. En 1978, aparece el Informe Belmont, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética, en el que se reconocía la autonomía, la práctica profesional beneficente y la justicia. En 1979, Beauchamp y Childress introducen el concepto de no maleficencia. Principios de la bioética.

Principio de autonomía: es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen.

Principio de beneficencia: es la obligación de hacer el bien.

Principio de no maleficencia: es el respeto de la integridad del ser humano, lo que se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos.

Principio de justicia: es el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

Papel de los ginecólogos y obstetras. Procurar el acceso equitativo a los servicios de salud de la mujer, independientemente de edad, raza, estado civil, socioeconómico o religioso, reconociendo que los derechos sexuales y reproductivos hacen parte integral de los derechos humanos.

Palabras clave: Bioética; Principios de la bioética.

Bioethics fundamental principles

ABSTRACT

Background. It is considered that the concept of bioethics is born in Seattle early in the sixties when a non-medical committee was created to decide who had preference for hemodialysis. Term bioethics is given by the North American oncologist Potter in 1970. In 1974 the USA Congress creates a commission to elaborate ethical directives and protect rights of persons participating in research studies. Belmont's report appears in 1978, one of the first documents written on bioethics, where autonomy, beneficent professional practice and justice are recognized. In 1979 Beauchamp and Childress introduce the concept of non-maleficency.

Principles of bioethics.

Principle of autonomy: is the obligation to observe each individual's values and personal options in such basic decisions concerned.

Principle of beneficence: is the obligation to do well.

Principle of non-maleficence: is respect to the human being integrity, ever more relevant with technical and scientific advances.

Principle of justice: is the equitable division of charges and benefits in vital wellbeing, avoiding access discrimination to sanitary resources.

Role of gynecologists and obstetricians. To try equitable access to health services by women independently from age, race, marital, socioeconomic or religious status, recognizing sexual and reproductive rights an integral part of human rights.

Key Words: Bioethics; Principles of bioethics.

INTRODUCCIÓN

El fin último de la medicina tradicionalmente ha sido procurar la mejoría de la persona enferma,

Pio Iván Gómez Sánchez¹

¹Médico ginecólogo epidemiólogo. Profesor Titular y Director Grupo de investigación en Salud Sexual y Reproductiva, categoría A1 de la Universidad Nacional de Colombia. Coordinador del Comité de Salud Sexual y Reproductiva de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Coordinador Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos para países Bolivarianos de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. Coordinador de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad El Bosque, Bogotá DC, Colombia.

Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55:230-233.

evitando hacer daño, según la máxima dudosamente atribuida a Hipócrates *primum non nocere*¹. Sin embargo, la bioética como disciplina no surge hasta la segunda mitad del siglo XX.

Para muchos investigadores del tema, el nacimiento del concepto de bioética, aunque no era denominada con ese término, se produce en Seattle, al crearse a comienzos de los años sesenta un comité no médico para decidir quiénes tenían preferencia para hemodiálisis. La pregunta de fondo era ¿por qué un avance médico debería

¹ "lo primero es no hacer daño"



crear una discriminación médica? ¿Cómo y quién elegía a los candidatos? La respuesta a estos interrogantes no recaía sobre los médicos, sino sobre una representación de la comunidad. Después del primer trasplante cardíaco realizado en Ciudad del Cabo, Suráfrica, a finales de los años sesenta, se plantea el dilema de cómo definir la muerte clínica.

El término bioética fue acuñado por el oncólogo norteamericano Potter quien, en 1970, publica el artículo *Bioethics, the science of survival*. En Estados Unidos, la bioética se desarrolla muy próxima a la ética médica, que estaba más centrada en el individuo y con relación a la investigación en seres humanos.

Históricamente, debemos remitirnos a 1947, cuando el Tribunal Militar Norteamericano de Núremberg condena a varios médicos nazis por sus experimentaciones con prisioneros de guerra. El Código de Núremberg define entonces las condiciones de la experimentación humana en la misma línea que la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, al exigir:

- Consentimiento informado y voluntario.
- Ceñirse al método científico más avanzado.
- Un fin benéfico y evaluación riesgo-beneficio.
- Reversibilidad de los posibles daños.

En 1964, la Asociación Médica Mundial integra estos principios en la Declaración de Helsinki, en la que se enfatiza sobre la importancia de la evaluación científica y ética colectiva de la investigación, así como la protección a personas vulnerables. Se reconoce la importancia de la evaluación ético-

científica por comités de investigación que aparecen en Estados Unidos desde 1960 (International Review Boards). Se reconoce los derechos de los pacientes, enfatizando en su autonomía, y se cuestiona el paternalismo médico, que no solo decidía los tratamientos de los pacientes sino a veces hasta asuntos morales.

La bioética va evolucionando y, cada vez más, actores no médicos pueden aportar al tema médico con base en la creciente influencia de estos para la sociedad y el individuo en particular. Por ende, no es de sorprender que la bioética choque con una concepción más tradicional de la ética médica, en la que el médico tenía el poder de decisión.

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

En el año 1974, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica, ya que ocasionalmente en el 'afán experimentador' se llegaba a abusos. Como consecuencia, en 1978, se redactó el Informe Belmont, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En este se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional benéfica y de la justicia. Un año más tarde, Beauchamp y Childress introducían en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia, que es aceptado universalmente como cuarto principio.

La bioética extrae mucho de las éticas teóricas y prácticas de la historia de la filosofía. También, se ha esforzado en construir su propia teoría; el principialismo -que es un anglicismo

que designa un conjunto de principios éticos mínimos universalmente aceptables destinados a guiar la resolución de conflictos que surgen en la práctica biomédica en un medio pluriétnico.

El principialismo es un enfoque típicamente norteamericano, indisoluble del origen de la bioética hasta finales de los años 1980, cuando fue objeto de críticas crecientes. El contexto de su concepto es la sociedad norteamericana multicultural e individualista, así como una práctica médica cada vez más experimental y con avances importantes en varias áreas (reproducción asistida, trasplante de órganos, entre otros), y contractualista (la relación médico - paciente constituye un contrato; ya no es más una relación desigual en la que el paciente se supedita a la decisión del médico, quien se supone solo quiere y hace lo que es mejor para su paciente), en ruptura con el paternalismo dominante en la ética médica tradicional.

La primera expresión del principialismo es el Informe Belmont (1978-1979), que solo considera tres principios (respeto por las personas, beneficencia y justicia); la formulación clásica es la de Beauchamp y Childress (1979), *principles of biomedical ethics*, con los cuatro principios, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Principio de la autonomía: se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su



propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia.

Principio de beneficencia: es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades; este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por ejemplo, el experimentar en humanos por el 'bien de la humanidad'; no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño.

Principio de no maleficencia: consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. El principio de no maleficencia es un aspecto de la ética médica tradicional *primum non nocere*, pero lo relativiza y actualiza: el médico no está obligado a seguir la voluntad del paciente si la juzga contraria a su propia ética. Generalmente, coincide con la buena práctica médica que le exige al médico darle al paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte. No obstante, la posición moral del médico se inspira también en conceptos filosóficos o religiosos que sus pacientes no comparten: si un médico estima contra su conciencia practicar un aborto o una

inseminación artificial, este principio lo autoriza a oponer un rechazo a esta demanda (objeción de conciencia), pero tiene la obligación moral de referir a otro colega no objetor.

Principio de justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. En este principio se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes. Estos problemas se plantean por ejemplo en las listas de espera para trasplantes de órganos o en la distribución de presupuestos para políticas de salud.

Las críticas al principialismo se basan en su carácter idealista de los principios, que serían de poca ayuda para aclarar las decisiones en situaciones concretas. El principialismo asume un paciente ideal -consciente, informado, libre, educado de forma occidental, capaz y deseoso de tomar su destino en las manos y con pocas restricciones contextuales. Pero, en la vida cotidiana, el paciente real presenta limitaciones y dependencias relacionadas con su nivel sociocultural y educativo, así como con su estado psicológico.

Un concepto sustancial del principio de autonomía que enuncie no un postulado universal de autonomía de las personas sino un imperativo moral que ordene al médico no solo respetar la voluntad de su paciente

sino también cultivar y desarrollar su autonomía podría ser moralmente satisfactorio. Pero, de esta forma el principio de autonomía solo sería la expresión de un principio de beneficencia determinado que afirma que hacer el bien, actuar moralmente, consiste primero en respetar y cultivar la autonomía de cada individuo, es decir la capacidad de decidir en forma consciente, racional y voluntaria por sí mismo, sin someterse a la influencia de los demás, sin tener en cuenta los sentimientos, creencias y temores.

Si bien es cierto el principialismo convencional comprende los cuatro principios mencionados, la bioética ha continuado en su empeño de encontrar otros principios a lo largo de su historia. De acuerdo a Gilbert Hottois, profesor belga de filosofía en la Universidad Libre de Bruselas, cuya especialidad es la bioética, hoy podemos hablar de los principios de dignidad, de sacralidad de la vida, de científicidad ('lo que no es científico, no es ético'), de seguridad (ausencia de consecuencias, defectos marginales o de riesgos físicamente dañinos), de proporcionalidad (ventajas, riesgos, costos), de vulnerabilidad (una mayor vulnerabilidad, exige una mayor protección), de precaución, de desarrollo sostenible, de las 3 R (reemplazo, reducción y refinamiento).

PAPEL DE LOS GINECÓLOGOS Y OBSTETRAS¹

Los ginecólogos y obstetras debemos procurar el acceso equitativo a los servicios de salud de la mujer, independientemente de edad, raza, estado civil, socioeconómico o religioso. Los derechos sexuales y reproductivos hacen parte integral de los derechos humanos. Los seres humanos tenemos derecho al más alto nivel de atención en salud sexual



y reproductiva, así como el derecho a decidir tener o no relaciones sexuales sin coacción, discriminación o violencia, a tener acceso a anticonceptivos seguros, eficaces, accesibles y de su elección. De igual forma, derecho a la integridad de su cuerpo; la mutilación asociada al sexo de una persona o a sus funciones sexuales es éticamente inaceptable.

En la salud sexual y reproductiva existen diversos dilemas éticos que tienen que ver con todos los episodios más significativos de la vida (nacimiento, reproducción y envejecimiento). Los dilemas morales van desde las necesidades básicas en salud y derechos humanos hasta las consecuencias del creciente conocimiento científico y uso del genoma humano. Es así como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, en 1985, crea el Comité para el Estudio de la Ética en la Reproducción Humana y en la Salud de la Mujer. Los ginecólogos y obstetras tenemos el deber ético de defender el cuidado de la salud de la mujer, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las mismas, la discriminación y la violencia de género.

Es nuestro deber informar a la comunidad y opinión pública sobre temas de salud sexual y reproductiva y promover debates que influyeran en la legislación en salud. La mujer

tiende a ser vulnerable por motivos sociales, económicos y culturales. El principio de autonomía enfatiza el rol preponderante de la mujer en la toma de decisiones sobre su atención en salud. Ella debe contar con toda la información disponible sobre los diferentes tratamientos, incluyendo riesgos y beneficios, para que tome una verdadera elección informada y luego dar su consentimiento.

Históricamente, en nuestra profesión, el médico se ha sentido obligado a conservar el secreto profesional. La confidencialidad y la privacidad son dos conceptos que van de la mano, teniendo esta última un marco conceptual más amplio, que comprende aspectos de las decisiones, del examen físico y de la información. La privacidad de las decisiones tiene que ver con el derecho humano a elegir, en especial en lo referente a tratamientos médicos, acorde con la autonomía personal, sin la intervención de terceros. La privacidad en el examen físico hace referencia al derecho de dar o no permiso para su reconocimiento físico; y, si el permiso es concedido, se requiere ser muy cuidadoso en la exposición del cuerpo. La privacidad de información tiene que ver con la confidencialidad del tratamiento médico, siendo lo más importante de estas obligaciones éticas, en especial donde pueda haber acceso

informático al alcance de terceros. Mayores detalles sobre este tema aparecen en el artículo de Leonel Briozzo de este mismo simposio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Potter VR. Bioethics the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine. New York, 1970.
- 2.- Potter VR. Bridge to the future. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall Pub. 1971.
- 3.- Ramírez PJ, Martínez A, Merchant R. Bioética, docencia y ortopedia. Perspectivas de la atención primaria. Revista Ciencias. Abril 8 de 2008
- 4.- Hottois G. Qu'est-ce que la bioéthique? Paris: Librairie Philosophique Vrin, 2004.
- 5.- Principios y guías éticas, para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. EE UU, 18 de abril de 1979.
- 6.- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999.
- 7.- Sánchez-García Z, Marrero-Rodríguez JN, Becerra-Peña O, Herrera-Calleñas D, Alvarado-Peruyero JC. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión. Editorial Ciencias Médicas. 2007.
- 8.- Universidad de Granada. Introducción a la Bioética. España, 2005.
- 9.- FIGO Committee for the study of ethical aspects of human reproduction and women's health. Ethical issues in obstetrics and gynecology. October 2009.