

Los principios de

L o s p r i n c i p i o s d e

ética biomédica

é t i c a b i o m é d i c a

Julia Thompson M. D.

Médica Pediatra

Maestría en Bioética

Reseña histórica

El médico siempre tuvo en cuenta, los principios y preceptos (reglas deontológicas) establecidos por la ética médica durante el proceso de toma de decisiones. Tanto los criterios en el aspecto técnico-científico, que estaba regido por el estado del arte en el momento histórico en que se encontraba, como las normas de carácter moral, que estaban regidas por el Juramento hipocrático (códigos de ética).

En 1974, el Congreso de Estados Unidos, debido al escándalo que surgió por diversas revelaciones periodísticas acerca de los abusos cometidos por investigadores médicos en el manejo de investigaciones en humanos, especialmente la investigación sobre sífilis realizada en una comunidad negra en Tuskegee (Alabama) y la investigación sobre la vacuna de hepatitis en niños con síndrome de Down, creó la ley para la investigación científica (*National research act*). Por medio de esta ley se conformó la Comisión nacional norteamericana para la protección de seres humanos en investigación biomédica. El informe final después de 4 años se conoció como el **Informe Belmont** que identificó 3 principios generales fundamentales de la bioética denominados: respeto por las personas, beneficencia y equidad.

En 1979 Tom Beauchamp, filósofo utilitarista, quien formó parte de la Comisión y James Childress, deontólogo cristiano, profesores de la Universidad de Georgetown, publicaron la primera edición de **Principios de ética biomédica**⁹, texto en el que desarrollaron y profundizaron los tres principios generales de la ética de la investigación formulados en el informe Belmont, modificando el principio de *respeto por las personas*, por el principio de *respeto a la autonomía*, añadiéndole el principio de “no maleficencia” y ampliando el campo de acción de los principios que ya no se limitan solo a la investigación sino a toda la actividad biomédica. Los cuatro principios se formularon así: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Razonamiento moral del principialismo¹⁰

Los principios tal como se presentaron entonces tuvieron muchas críticas porque son muy generales y difíciles de aplicar en la práctica clínica y la investigación biomédica, por lo tanto, Beauchamp y Childress argumentaron deben ser traducidos o concretados en normas particulares. Este proceso se conoce como

especificación, que es en el fondo un proceso de deliberación para resolver cuestiones morales concretas a partir de los principios generales. Esta especificación tampoco sería suficiente para evitar los conflictos entre los principios para tomar decisiones. Ante situaciones complejas, es necesario recurrir a la **ponderación**, para determinar qué principio prevalece de hecho en cada situación concreta. Ponderar implica deliberar y calcular la importancia de la norma. Especificar implica desarrollar el significado y alcance de la norma. Ponderar es útil en el caso individual, especificar es útil en el desarrollo de líneas de acción. Ambos métodos deben cumplir el modelo de coherencia.

Tanto desde el deontologismo como desde el utilitarismo estos principios son deberes *prima facie* que deben ser respetados. Sin embargo, ambas posiciones éticas varían en el evento en que estos principios entran en conflicto, cuando para cumplir uno es necesario violar otro, por ejemplo en el caso de un testigo de Jehová que por creencias religiosas rechaza una transfusión sanguínea urgente para salvarle la vida. Si el médico lo transfunde en contra de su voluntad viola su autonomía, pero si no lo transfunde puede morir y faltaría a los principios de no maleficencia y beneficencia.

Es importante establecer la obligación *prima facie* (a primera vista) por igual a todos los principios, estableciendo reglas de permisividad, obligatoriedad, corrección e incorrección de los actos, permitiendo mediante la ponderación el compromiso, la mediación y la negociación. Ninguno de estos principios tiene prioridad sobre el otro, de modo que solo pueden ser las circunstancias y las consecuencias las que permitan ordenarlos jerárquicamente. Esto significa, que los principios obligan de modo absoluto, pero solo *prima facie* y en caso de conflicto entre sí, habrá de ser la propia realidad la que establezca el orden de prioridad.

Se hicieron muchas críticas al llamado “*principlismo*”, porque a pesar de basarse en un sistema de principios, lo que al parecer le otorga cierto ropaje deontológico, al conferirle igual jerarquía a todos ellos, no se establece una escala ética, lo que evidencia el interés del llamado método principlista anglosajón por brindar un procedimiento que ofreciera la mejor solución posible (utilitarista), de acuerdo con las consecuencias, o sea una propuesta eminentemente teleológica (consecuencialista), dejando el campo abierto para que las características y circunstancias en que se toma la decisión aconseje la opción que mejores consecuencias conlleve.

Aporte de los principios a la medicina

Según DaCosta Mahal, la medicina y la salud ya no son términos referidos exclusivamente a los médicos, sino que han adquirido una dimensión social. Los conflictos éticos en salud no solo los deben resolver los médicos sino que deben interesar a otros sectores de la comunidad, porque el concepto de salud implica, además de bienestar físico, la calidad de vida y la realización integral del ser humano; estos conceptos tienen que ver con las políticas de salud, programas de nutrición, campañas de vacunación, derechos humanos, medio ambiente, códigos que respetar, etc. y se necesita un lenguaje común para la sociedad pluralista actual.

La reflexión bioética en medicina, por lo tanto debe superar aspectos como la moral religiosa, el ordenamiento jurídico y los códigos deontológicos. Para ser compartida por todas las personas, ha de fundamentarse en las diferentes teorías filosóficas, como un paradigma de racionalidad ética apoyado en la racionalidad humana secular (moral común) y la tradición. Este paradigma de racionalidad ética da el marco de referencia necesario para las propuestas operativas, orientaciones específicas y discernimientos reflexivos en la práctica biomédica.

Los principios bioéticos sin embargo, no tienen validez en la forma instrumental procedimental como son utilizados actualmente por todos *los terceros* que han irrumpido en el *negocio de la salud*, porque se vuelven principios de escala intermedia que conducen a un relativismo moral que no se puede aceptar en la práctica médica. Como lo plantean Beauchamp y Childress en su libro, los principios deben ser fundamentados en la moral común.

Las diferentes concepciones bioéticas modernas han hecho aportes valiosos en la fundamentación de la moral común. Además de los principios del utilitarismo, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia distributiva, otras concepciones como la ética discursiva y el principio de responsabilidad, han permitido un fundamento ético para poder acceder a la investigación médica y los avances tecnológicos, con responsabilidad sin destruirnos como seres humanos. Nos ha permitido aceptar al enfermo en su singularidad de persona y en su pluralidad de cosmovisiones enseñándonos a respetar la diferencia, permitiendo la utilización racional de la tecnología y reevaluar conceptos de salud y enfermedad que eviten medicalizar excesivamente los procesos de vida y muerte.

Ha habido muchas propuestas como paradigma de racionalidad ética en biomedicina, pero consideramos que ninguna ha superado el llamado **principialismo**, enfoque basado en los principios de ética biomédica formulados inicialmente por Beauchamp y Childress. En consecuencia, consideramos importante un análisis detallado de ellos como introducción al tema de la bioética.

Los principios no lo son todo, pero son una buena guía para elaborar una concepción bioética del mundo a partir de la medicina que permita un diálogo responsable y mantenga coherencia moral en todos los actos del que hacer biomédico.

El respeto a la autonomía

Julia Thompson M. D.

En Estados Unidos, en el año 2001, 50% de muertes de beneficiarios de Medicare ocurrió en los hospitales, después de permanecer en costosas unidades de cuidado intensivo con tratamientos inútiles para prolongar la vida. Se argumentaba que era ético proveerles este tratamiento si los pacientes lo pedían, pero la realidad era que el Medicare pagaba sin dificultad estas costosas hospitalizaciones, mientras los cuidados paliativos y cuidados en el hogar no estaban cubiertos.

¿Se podría llamar a esto una elección libre y autónoma?

¿Se respeta la autonomía en la medicina actual?

¿El paternalismo médico se trasladó al paternalismo del sistema de salud?

¿Los pediatras seguimos siendo paternalistas?

¿Los niños tienen autonomía?

La autonomía corresponde a una de las mayores conquistas de los seres humanos, de la mano con los derechos humanos de segunda y tercera generación. Mainetti¹¹ considera que el logro más revolucionario en la ética médica ha sido la introducción del sujeto moral en medicina y la promoción del agente racional y libre en la relación médico-paciente.

El origen de la bioética como reacción a los abusos de la profesión médica, ha llevado a una obsesión por la autonomía del paciente que no ha permitido evaluar objetivamente la realidad clínica. Desde la llegada de los *terceros pagadores* y todos los demás quienes intervienen en la

relación medico-paciente, quedan muchas dudas sobre la forma como se ejerce la autonomía.

Meier¹² dice: “En una medicina cuya práctica diaria está cada vez más regularizada y normatizada, *el paternalismo médico se ha desplazado a paternalismo del sistema de salud*, (estado, administradores, auditores, etc.), violando no solo la autonomía del paciente sino también la autonomía del médico”. Por otra parte, el médico ha encontrado en la autonomía del paciente una forma de eludir responsabilidades.

La mayoría de las decisiones médicas se encuentran limitadas por este tipo de reglamentaciones, por esto hay que distinguir entre los modelos de verdadera opción del paciente, de los modelos de supuesto bienestar obligado, donde la conducta es normatizada y evaluada de acuerdo con un escenario abstracto de normas que no siempre respetan la autonomía del paciente.

Otro aspecto importante de considerar es el hiperracionalismo del modelo de autonomía del paciente que se ha querido imponer. *Autonomía obligatoria*. Muchos estudios han demostrado que la mayoría de las personas enfermas se sienten abrumadas cuando se les exige que asuman la responsabilidad de sus opciones, acciones y decisiones ante situaciones complejas, para actuar con base en una información (no siempre bien entendida) y que autónomamente sostenga un compromiso de principios. Por esto los pacientes valoran más otras cosas como la competencia profesional y la confianza, pero lo que realmente quieren es la dirección y consejo de su médico en la toma de graves decisiones.

De un lado están los pacientes que insisten en delegar cada decisión a sus médicos y del otro, los pacientes que adquieren toda la información posible y armados de las más vastas bibliotecas de internet y los últimos artículos allí publicados, supervisan a sus médicos estrechamente para que les permitan tomar sus decisiones, con base en los datos médicos que han recolectado

y exigen se le dé todo lo que según sus propias creencias tienen derecho. Entre los dos extremos queda un ancho, delicado y oscuro rango de posibilidades que solo puede ser valorado mediante el valioso vínculo entre el médico y el paciente.

La verdadera autonomía en la relación medico-paciente-sociedad solo puede ser establecida en un modelo canalizado alrededor de respetar la agencia moral y los compromisos razonables de la persona, tanto del médico como del paciente. Según Adela Cortina¹³: “La autonomía exige reconocer sujetos competentes para formar un juicio libre sobre lo correcto, individuos capaces de actuar por móviles morales, en tanto optan por intereses generalizables y legitimados para defenderla participativamente en el verdadero diálogo que plantea la ética discursiva, con simetría de información y el reconocimiento recíproco de los interlocutores como válidos en tanto que igualmente facultados”.

Para Beauchamp y Childress¹⁴, el término autonomía contiene muchos aspectos: la palabra deriva del griego *autos* –propio– y *nomos* –regla–, autoridad, ley. Existe el consenso de que tiene dos condiciones generales:

- La **libertad**: actuar independientemente de las influencias que pretenden controlar.
- Ser **agente**: tener la capacidad de actuar intencionadamente.

Lo válido para estos autores es analizar el concepto de autonomía en términos del estudio de “**los compromisos que surgen de la exigencia moral general de respetar la autonomía**”.

Definen tres condiciones para los agentes autónomos, el actuar:

1. Intencionadamente.
2. Con conocimiento.
3. En ausencia de influencias externas.

La primera de estas condiciones se tiene o no se tiene; las dos últimas permiten cierta gradación, y por ello no son absolutas; “*para que una acción sea autónoma no es necesario que el conocimiento y la independencia sean totales, sino que bastará simplemente con cierto grado de ambas*”.

En el texto anotado, se da una larga explicación al denominado principio de respeto a la autonomía, diferenciándolo del hecho que alguien sea *autónomo*. Este importante concepto es formulado de dos maneras: primero en forma negativa así: “*las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros*”. En segundo término, se formula el mencionado principio también en sentido afirmativo “*concretamente la obligación positiva de ser respetuoso ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones autónomas*”.

La autonomía tiene un paradigma básico y es el denominado “consentimiento informado” del que existen varios tipos: tácito o implícito, presunto y expreso; solo este último es válido. Sin embargo, existen también situaciones de excepción en las que se hace necesario actuar aun sin el consentimiento como cuando aparece lo que los autores denominan *incompetencia* para tomar decisiones. El punto clave de la competencia, entendida como la “habilidad para realizar una tarea, estriba en si los pacientes son sujetos psicológica o legalmente capaces para tomar decisiones adecuadas”. Queda claro entonces, que los conceptos de autonomía y de competencia están íntimamente ligados entre sí; las características de una persona competente son las mismas que las de una persona autónoma.

El concepto de autonomía en pediatría adquiere características especiales por ser los niños y adolescentes individuos en desarrollo con una *autonomía progresiva* que se analizará en el capítulo III.

El consentimiento informado

Para muchos autores consiste solo en una toma conjunta de decisiones entre médico y paciente, sin embargo no es tan simple. Se considera que tiene dos significados generales: el primero se refiere a que el médico debe solicitar, “*pedir permiso*” según Engelhardt y el individuo-paciente no solo debe aceptar y cumplir una propuesta de intervención, sino además, dar su autorización mediante un consentimiento informado y voluntario. El segundo, se puede analizar en función de la normativa legal del consentimiento informado, que exige que las instituciones de salud deban obtenerlo legalmente antes de iniciar un procedimiento o investigación.

Es importante hacer énfasis en la importancia de entender, que desde el punto de vista ético el verdadero consentimiento es el primero y no este último, que solo representaría una obligación judicial. *Los médicos debemos recuperar la validez ética del consentimiento informado como modelo de verdadera elección autónoma de los enfermos.*

Beauchamp y Childress mencionan los siguientes componentes básicos;

Elementos iniciales (condiciones previas)

1. Competencia (para entender y decidir).
2. Voluntariedad (al decidir).

Elementos informativos

3. Exposición (de la información material).
4. Recomendaciones (de un plan).
5. Comprensión de 3 y 4.

Elementos de consentimiento

6. Decisión (a favor de un plan).
7. Autorización (del plan elegido).

La voluntariedad (elemento 2), se refiere a la “independencia de las personas de las influencias manipuladoras y coactivas de otros”. Se mencionan tres tipos de influencia perjudicial: la coacción, la persuasión y la manipulación.

El elemento *informativo* es la exposición de la información necesaria, la cual debe ser

comprendida y el **consentimiento** hace referencia a la decisión voluntaria de someterse o no a una intervención. La exposición de datos al paciente (elemento 3) se basa en la obligación general a que en la asistencia en salud se brinde la información necesaria. Se han hecho intentos para establecer las normas o criterios para la revelación de la información. Los más importantes son: 1) El de la **práctica profesional**, también denominado criterio médico razonable. 2) El de la **persona responsable**. 3) El **subjetivo**, determinado por el paciente. Existen ocasiones en que se hace necesaria, lo que los autores denominan la omisión intencionada, una de ellas es el privilegio terapéutico. Hay excepciones legales al consentimiento informado como en los casos de urgencias médicas, incompetencia o renuncia, etcétera.

La comprensión (elemento 5) se refiere a lo que los profesionales hagan para facilitar que los pacientes tomen las decisiones adecuadas. Puede estar limitada por diferentes circunstancias como enfermedad, irracionalidad e inmadurez.

Existe una importantísima relación entre la autonomía y la toma de decisiones. A pesar de que el principio del respeto de la autonomía justifica la obtención de un consentimiento informado, dicho principio no se debe tomar como comodín para evadir responsabilidades sino como un principio moral integrado dentro de un sistema de principios.

Un punto muy importante es la relación con los criterios para la toma de decisiones por sustituto, como el muy citado de Karen Ann Quinlan, o con individuos dudosamente autónomos como los enfermos crónicamente deprimidos o sicóticos y, de manera particular, los criterios especiales para el consentimiento informado en niños y adolescentes. Para resolver estos casos es importante el concepto del **juicio sustitutivo**¹⁵, muy importante en pediatría, que se basa en los conceptos de **autonomía pura** y **el mejor interés del paciente**.

Dada la importancia del consentimiento informado en pediatría, por su característica especial de ser una decisión por sustituto, se profundizará en el tema en un capítulo aparte.

Principio de no maleficencia

Obliga a no hacer daño intencionadamente. *Primum non nocere*: “En primer lugar, no hacer daño”

Víctor M. Méndez Gutiérrez M. D.

Desde Hipócrates hasta la actualidad, todos los códigos de ética médica han tenido el principio de no maleficencia como principio rector de la práctica médica sobre lo cual no hay discusión. Sin embargo, en la era de la “*medicina gestionada*”, no siempre la no maleficencia es una prioridad, porque muchas veces en la toma de decisiones priman otros intereses.

No maleficencia consiste en que todos estamos obligados a no hacerle mal a otro. O sea, que si por cualquiera circunstancia, voluntaria o involuntaria, no podemos hacer el bien, nuestra obligación mínima es no hacer mal, respetando, eso sí, las creencias y las tradiciones. Tiene su aplicación en el apoyo que nosotros los médicos le damos a nuestros enfermos.

De forma característica en caso de conflicto prevalece el principio de no maleficencia, pero como ocurre con todos los principios morales, el peso de este depende de las circunstancias, de manera que no se puede establecer a priori una regla que otorgue más importancia a evitar causar daño que a beneficiar.

Beauchamp y Childress¹⁶ creen que es preferible distinguir, en el aspecto conceptual, entre el principio de no maleficencia y el de beneficencia, sin establecer un orden normativo, ni una estructura jerárquica. No maleficencia implica simplemente abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar

daño. Los autores dirigen el análisis principalmente a los actos que buscan, causan, permiten o exponen al riesgo de muerte.

En cuanto a la salud, el principio de no maleficencia desarrolla una serie de guías de acción, algunas de utilidad. Una de ellas es la regla sobre el no tratar: no iniciar o retirar un tratamiento. Se parte del principio de que “todo paciente tiene derecho a ser tratado en cualquier momento”. Para tomar una decisión de iniciar o retirar un tratamiento el médico debe “basarse en los derechos y bienestar del enfermo”; por lo tanto, en la opinión del paciente o de su tutor sobre los riesgos y beneficios del tratamiento. En muchos casos la única manera de realizar un diagnóstico y un pronóstico exactos y de evaluar los riesgos y los beneficios prospectivos es iniciando el tratamiento. Es posible “no iniciar un tratamiento, pero es más difícil retirar un tratamiento ya instaurado”. Los autores “consideran que la decisión de interrumpir un tratamiento es más importante y tiene mayores consecuencias que la decisión de no iniciarlo”, pero “un médico no tiene la obligación de continuar un tratamiento que es claramente inefectivo”. También se arguye que “no proponer o no permitir el período de ensayo es moralmente peor que no intentarlo”.

Una segunda guía la constituye el tratamiento ordinario frente al tratamiento extraordinario. El término ordinario puede ser sinónimo de *habitual o común* y el término extraordinario es el equivalente a *no habitual o no común*. “Si el tratamiento es simple, natural, no invasivo, económico o rutinario, tiene más posibilidades de ser considerado ordinario y por ende obligatorio. Si es complejo, artificial, invasivo, caro o excepcional, es considerado extraordinario u optativo”. Lo importante es determinar si el tratamiento es o no beneficioso. Al respecto los autores ya citados concluyen que “la diferencia entre **tratamientos ordinarios** y **extraordinarios** es moralmente irrelevante y debería ser reemplazada por la distinción entre **tratamientos optativos** y

obligatorios en función de los riesgos y los beneficios que suponen para el paciente”.

Otro tópico importante en este principio es la diferenciación entre tratamiento ordinario y extraordinario utilizado para determinar si un acto que acaba produciendo la muerte es un asesinato, o si la negativa de un paciente a someterse a un tratamiento específico puede ser considerado un suicidio. El tratamiento obligatorio puede eludirse *prima facie* (la obligación debe cumplirse, salvo si entra en conflicto con una obligación de igual o mayor magnitud) cuando es inútil o carece de sentido, por no suponer beneficio alguno para el paciente. Y es inútil toda vez que al paciente no le proporciona beneficios o carece de sentido. El médico, en este caso, no está obligado a proporcionar un tratamiento. Cuando en un tratamiento los inconvenientes para el paciente son mayores que los beneficios, el tratamiento de soporte vital tampoco es obligatorio.

El principio de no maleficencia no obliga a prolongar la vida biológica, ni a iniciar o mantener un tratamiento, cuando el dolor, el sufrimiento y la incomodidad del paciente superan los beneficios. No se justifica iniciar o mantener el tratamiento, en el feto o en el recién nacido con ciertos problemas, si los cuidados intensivos no superan los beneficios y sí ofrecen una mala calidad de vida.

La tercera guía comprende las técnicas de mantenimiento frente a técnicas médicas. Establece que las técnicas que proporcionan sustento como la nutrición y la hidratación artificiales son métodos no médicos de mantenimiento vital diferentes a los tratamientos médicos optativos de soporte vital, como los respiradores y los aparatos de diálisis. Hay quienes estiman que la alimentación y la hidratación artificiales siempre se deben establecer por considerarlas necesarias para la comodidad y dignidad del paciente. El *U.S. Department of Health and Human Service* sostiene: “proporcionar, al recién nacido discapacitado, los alimentos, los

fluidos y los cuidados de enfermería rutinarios básicos es una cuestión de dignidad humana y no una opción médica”. Para los autores que se han citado, la alimentación e hidratación artificiales pueden producir perjuicios como son el dolor ocasionado por la vía endovenosa y el hecho de tener que sujetar con medios físicos al paciente para evitar que se retire, por incomodidad, las sondas y la vía endovenosa. Aseguran que la experiencia demuestra que pacientes a quienes se les deja morir sin hidratación artificial a veces fallecen con menos sufrimiento que aquellos pacientes que reciben hidratación. Los pacientes en quienes la alimentación y la hidratación artificiales son maleficientes, nadie debe despojarles de su derecho a no aceptar el tratamiento.

Es importante tener en cuenta argumentos de gran importancia en los juicios sobre la calidad de vida a la hora de determinar si un tratamiento es optativo u obligatorio, sin olvidar “*el valor de su vida para los demás*”, en los casos de niños con enfermedades o discapacidades graves, estableciendo criterios en la toma de decisiones de los pacientes incompetentes, teniendo como objetivo especificar el principio de no maleficencia, especialmente cuando el acto en cuestión conduce a la muerte.

El principio de no maleficencia prohíbe poner fin, en forma directa o indirecta, a la vida de otra persona, tanto en actos de comisión como de omisión. Pero, omitir el acto que salve una vida no es maleficiente. Hay casos en los que las prohibiciones de comisión son mayores que las de omisión; por lo tanto hay diferencia entre eutanasia pasiva y eutanasia activa, por lo que debería reservarse la palabra eutanasia para el segundo caso.

Se plantea la premisa de que la moral se basa no solo en las responsabilidades, sino en los perjuicios producidos por el daño *per se*, aceptando que se puede y se debe proteger a las personas frente a determinados tipos y grados de daño y evitar causarles perjuicio.

El principio de no maleficencia se vulnera cuando hay discriminación. Por ejemplo, al discriminar las características genéticas con la intención de hacerle mal al indígena o al negro, caso en el que se vulnera el derecho a la igualdad. Otro ejemplo: la aspersión aérea con plaguicidas (glifosato) tiene por fin la erradicación de los cultivos ilícitos en prevención de la drogadicción; pero puede afectar la salud de la población, en especial de la niñez, pues siendo sustancia tóxica puede ocasionar, entre otras, malformaciones congénitas en el neonato (espina bífida). No solo se vulnera la no maleficencia sino también el principio de autonomía, pues se atenta contra los propios intereses de una población, mentalmente competente. Por la misma razón, en la actualidad, es un imperativo moral condenar la producción y utilización de armas químico-biológicas, aun con fines de defensa.

Definir lo que es el mayor beneficio de un niño, es una capacidad que solo le corresponde a los padres o a los tutores. La función del médico y del Estado consiste en vigilar para que los padres y los tutores no traspasen el límite de la no maleficencia. Estos últimos pueden definir el contenido de la beneficencia de su hijo, ***pero nunca pueden actuar de manera maleficiente, en perjuicio del hijo.***

La lógica dice que la responsabilidad se deja en manos de los padres. Está sustentada por el Código Civil, cuando habla de la patria potestad y de la tutela. La patria potestad “se ejercerá siempre en beneficio de los hijos” y el deber de estos es “obedecer a los padres mientras permanezcan bajo su potestad, y respetarles siempre”. Entonces los padres no pueden actuar en perjuicio del menor. El juez tiene la libertad de suspender la patria potestad y así “velar por que los padres respeten ese principio y lo apliquen en su toma de decisiones”. En este caso, de forma objetiva, la capacidad para determinar lo que constituye el mayor beneficio para el menor, la tiene el pediatra. Nadie, ni los padres, tienen la capacidad para

interponerse en su juicio, cuando el bienestar, la salud y la vida del menor están en juego. Lo contrario es inmoral y antijurídico.

El principio de beneficencia

Julia Thompson García M. D.

¿Dónde está el límite entre el deseo de ayudar a los demás y el beneficio particular del médico?

¿Cuáles son los límites de nuestras obligaciones?

¿La beneficencia es opcional u obligatoria?

¿La beneficencia es obligación moral o ideal virtuoso?

¿Actuar no beneficentemente es inmoral?

¿Dónde ubicar el principio de beneficencia en la medicina actual?

El principio de beneficencia, “*obrar solo en beneficio del paciente*”, que fue fundamento de la medicina hipocrática, que mantuvo vigencia por más de veinticinco siglos, no es completamente entendido en la medicina actual, generando grandes conflictos éticos.

La transformación acelerada que ha tenido la medicina en los últimos tiempos, no solo en la parte tecnológica, sino en el ejercicio profesional, con múltiples personas interviniendo en la relación médico-paciente, han hecho que el principio de beneficencia, no solo no se considere obligatorio, sino que ni siquiera se considera un ideal moral o modelo para seguir en la profesión médica. Incluso se ha llegado a considerar como un estorbo para la práctica médica actual, siendo reemplazado por terminología derivada de los negocios, como principio de eficacia o rentabilidad.

Beauchamp y Childress¹⁷ definieron el principio de beneficencia “como la obligación positiva que tienen todos los seres humanos de obrar en beneficio de los demás”. Es necesario hacer diferencia entre la *obligación negativa* de

no hacer daño (*no maleficencia*) y la *obligación positiva* de ayudar a los demás, proporcionándoles beneficios, protegiendo sus intereses o promocionando su bienestar.

La gran diferencia del concepto de beneficencia actual con la definición antigua, es que ahora la beneficencia implica autonomía individual: “**No puede haber beneficencia si el paciente no la percibe como beneficiante**” y si no se respeta la beneficencia general de la sociedad.

Beauchamp y Childress plantearon dos principios de beneficencia:

- **Beneficencia positiva:** obliga a aportar beneficios a los demás.
- **Principio de utilidad:** exige que los beneficios y los inconvenientes estén equilibrados. Es importante aclarar que en medicina este concepto no se refiere a utilidad económica sino en términos de salud.

La beneficencia positiva, obliga a obrar en beneficio de los demás. Pero, estos beneficios no suelen darse en forma aislada, porque la vida moral es muy compleja y la acción beneficiante conlleva también riesgos y costos (se refiere a resultados de acciones, no sólo costos económicos), especialmente en el campo de la biomedicina, donde toda intervención médica conlleva riesgos y contraindicaciones, por esto es necesario acudir a un principio de utilidad, *no solo económica sino en términos de salud*, para sopesar los beneficios y los inconvenientes, estableciendo el balance más favorable posible.

El principio de beneficencia se encuentra entre un número de principios *prima facie* y no debe ser interpretado como el único principio de la ética, ni como el que justifica o que domina a todos los principios, pero tampoco se debe limitar a sopesar beneficios, riesgos y costos económicos. Se debe hacer diferencia con principio de utilidad del utilitarismo, que es un principio absoluto que permite que a veces

los intereses de la sociedad dominen intereses y derechos individuales. La beneficencia es obligación moral y existen muchas normas de obligaciones de beneficencia que predominan sobre las de no maleficencia, por ejemplo: programas de vacunación (mayor beneficio para la mayoría, aunque puede haber riesgos y de pronto perjuicio para muy pocos).

Se debe hacer una evaluación de las técnicas formales de análisis costo-beneficio, costo-efectividad y riesgo-beneficio, utilizadas formalmente en las evaluaciones de las políticas sociales institucionales. Se consideran válidas desde el principio de utilidad, siempre que se utilicen dentro del marco de respeto de los principios de autonomía y justicia y se asigne **“un valor no solo económico en la ponderación de los costos, beneficios y riesgos”**. Es fundamental analizar la importancia de valorar la vida humana, calidad de vida, años de vida ajustados por calidad y las restricciones de la justicia distributiva en la aplicación de las técnicas formales de estos análisis.

El respeto al principio de beneficencia, especialmente en bioética clínica, **exige que las acciones sean percibidas como benéficas por la persona que las recibe**. Sería imposible respetar la beneficencia de un paciente a partir de una evaluación solo utilitarista de riesgos o costos y beneficios. A pesar de la excesiva intromisión de la terminología económica en la práctica profesional, el principio de beneficencia igualmente que el de no maleficencia por su vinculación directa con el respeto a la dignidad de la persona humana, deben tener una fundamentación ontológica, más que una normativa ética según las reglas de la utilidad y eficacia.

El principio de beneficencia tampoco puede tener una fundamentación solo en la normativa legal o responsabilidad jurídica, porque es imposible llegar a acuerdos mínimos del bien para todos y cada uno. Tampoco sería posible normatizar o validar la *intención benéfica*. Las leyes no serían suficientes para garantizar el

principio de beneficencia en la relación clínica. Es necesario acudir a un principio de beneficencia basado en la responsabilidad profesional (deontológico) y en la responsabilidad por las consecuencias de las acciones (teleológica), fundamentado racionalmente según Adela Cortina¹⁸, “en una ética discursiva donde puedan considerarse moralmente correctas las acciones, cuando todos los afectados, estén dispuestos a asumir las consecuencias de ellas, tras un diálogo celebrado en condiciones de simetría y donde los actores no calculan sus planes de acción calculando utilidades personales, sino a través del acuerdo, con verdadero respeto de la autonomía y especialmente respeto a la dignidad humana”.

Otro punto importante de tratar, es cómo aplicar el principio de beneficencia en la práctica médica actual, con una medicina completamente deshumanizada, con masificación de los hospitales, con muchos extraños interviniendo en la relación médico-paciente, con excesiva tecnificación de la actividad médica y con la obsesión del especialista, que puede solo observar un pulmón, un riñón o un hígado, que al ser humano. En este modelo se acentúa la práctica impersonal de la profesión médica. El médico es un tecnólogo que carece del enfoque humano necesario para comprender lo que el paciente valora, evita dar recomendaciones y delega al paciente la toma de decisiones, salvando cualquier responsabilidad.

La mayoría predicen, en estas circunstancias es imposible tener en cuenta el principio de beneficencia para la toma de decisiones, por la dificultad para los médicos de juzgar los valores de los pacientes o promover algunos determinados porque desconoce completamente a su paciente y podría caer fácilmente en el paternalismo al imponer los suyos propios. En aras de respetar la autonomía, se elude la responsabilidad profesional del médico de *obrar siempre en bien de su paciente*, que como vimos anteriormente constituye la esencia del cuidado médico.

Diego Gracia¹⁹ considera que “ha llegado el momento de entender la sanidad como una empresa, concretamente como una empresa de servicios a la que pueden aplicarse los conceptos de *calidad y excelencia*. Esto es en lo que debe hacerse consistir hoy la *responsabilidad moral* de la medicina”. Personalmente añadiría, que si tomamos la salud como una empresa, a la cual se le da una función tan importante dentro de la sociedad, como es el cuidado y tutela de la salud y la vida de personas, también se le debe exigir a esta empresa, la misma responsabilidad moral específica que se le exige a los médicos. Se deben trasladar las normas éticas de la profesión médica a todos los “*terceros*” que intervienen en la relación médico-paciente y no como sucede actualmente que la medicina está normatizada y regulada desde afuera con criterios éticos *extraños* a la profesión. El principio de beneficencia es la norma ética por excelencia de la medicina, obliga no solo al médico, sino a todos los que intervienen en la prestación de los servicios de salud (IPS, EPS, auditores, gerentes, etc.) incluyendo al Estado y los legisladores.

Otra falacia muy difundida en la práctica médica es considerar el principio de beneficencia como antagónico con el principio de autonomía. Por el contrario, el principio de beneficencia es fundamento indispensable del principio de autonomía, solo puede haber verdadera autonomía del paciente en la bioética clínica, cuando la relación médico-paciente está basada en la confianza de que el médico va a actuar siempre en beneficio del paciente, más que en beneficio propio, respetando siempre el principio de beneficencia. El respeto a la autonomía de los pacientes, solo puede ser garantizado dentro de una medicina *buena*, que respete el principio de beneficencia, donde se permitan hacer verdaderas elecciones autónomas, buscando siempre el mayor beneficio del paciente.

Tenemos que aceptar que en la medicina tecnificada actual, un principio de beneficencia basado solo en la intención o en la filantropía y el altruismo no sería suficiente. Tampoco se

podría fundamentar el principio de beneficencia en un excesivo utilitarismo con solo análisis costo-efectividad, costo-beneficio y riesgo-beneficio, más relacionadas con el principio de justicia sanitaria que de beneficencia y que ha ocasionado mucha confusión al momento de aplicar el principio de beneficencia en la medicina actual.

Diego Gracia²⁰ dice, hay dos tipos de responsabilidad: una primaria o ética que consiste en el hecho de dar uno cuenta ante sí mismo y otra secundaria o jurídica, de *pedir cuentas*, que los demás le pidan cuentas, a uno de lo que ha hecho o hace. Las profesiones, se han caracterizado siempre por poseer el tipo de responsabilidad profesional primaria o moral. Hay una responsabilidad de mínimos de tipo jurídico y una responsabilidad ética que busca alcanzar niveles superiores de calidad y es por tanto una responsabilidad de máximos. Las profesiones que tienen en sus manos la vida y la muerte de las personas, desde la antigüedad han exigido a sus miembros niveles de calidad muy superiores a los marcados por el derecho, porque la responsabilidad jurídica tiene sus propios límites. La diferencia de la medicina con otras profesiones, es que para la medicina esta responsabilidad de máximos no solo es deseable, sino que se considera imprescindible para cumplir con los fines de la profesión.

En la medicina clínica moderna, no todos son hechos clínicos, ni datos perceptivos, además de hechos hay valores y los seres humanos los incluimos en la toma de decisiones. El más elemental, es sin duda el económico. Las cosas tienen precio, valor económico. Pero hay otros valores que solo lo tienen los seres vivos, como son los de bienestar, salud y vida y sus opuestos enfermedad y muerte. La medicina como profesión, tiene como objetivo principal ***velar por esos valores intangibles***, estableciendo un tipo de ***relación moral especial entre el médico y el paciente***, lo que conlleva una responsabilidad profesional especial, responsabilidad moral, como médico. ***De esta responsabilidad profesional surgen obligaciones especiales de beneficencia específica de la profesión médica.***

Principio de justicia

Julia Thompson García M. D.

Ejemplo 1

En la unidad de cuidado intensivo neonatal UCIN solo hay una cama disponible. Nacen tres niños que requieren asistencia ventilatoria, no se consigue cama en ninguna otra UCIN de la ciudad. ¿Cómo decidir en justicia a quién asignarle la cama? ¿Qué criterios utilizar? ¿Quién debe decidir?

Ejemplo 2

El hospital público de un pueblo tiene asignado \$1.000.000 de presupuesto mensual para medicamentos. Por una acción de tutela una madre logra que le ordenen al hospital comprar el medicamento que requiere para su niña con leucemia que cuesta 3.000.000 de pesos. El director del hospital cumple la orden, pero el hospital no puede comprar otros medicamentos, quedando sin antibióticos, antihipertensivos, anestésicos, etc. Durante tres meses. ¿Cómo decidir sobre el derecho a la salud?

Ejemplo 3

El alcalde de un pueblo decide para el año 2006 destinar los recursos de acueducto, vivienda y educación en la construcción de un nuevo hospital altamente tecnificado para poderlo inaugurar antes de la próximas elecciones. ¿Es justo afectar otros servicios sociales, por atender a las demandas sanitarias? ¿Es más importante la construcción de un hospital que el suministro de agua potable? ¿Podemos hablar de salud solo en términos de tratar la enfermedad?

¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?

¿La salud es un asunto privado o público?

¿Los gastos en salud son exigibles en

justicia? ¿Hay un límite y cuál sería?

¿Debe regirse la política sanitaria única y exclusivamente por criterios de utilidad económica?

¿Es ético establecer un Plan Obligatorio de Salud diferente para régimen subsidiado y contributivo?

En la medicina actual es imposible que el médico pueda sustraerse a las implicaciones sociales y económicas de su actuar profesional; los grandes avances tecnológicos y la excesiva medicalización de la vida con sus elevados costos en *servicios para la salud* han planteado la necesidad de reflexionar tanto en países ricos como pobres, sobre la mejor manera de asignar los recursos.

Justicia sanitaria es un tema que permite comprender el verdadero aporte de la bioética a la medicina actual porque abarca un amplio espectro que va desde, criterios médicos, racionalidad tecnocientífica, leyes fiscales, asignación de recursos para las necesidades sociales, hasta distribución de oportunidades en la sociedad. El problema básico es que los bienes son escasos y las necesidades múltiples en atención en salud, incluso en los países altamente desarrollados con tradición de excelente seguridad social.

En el último siglo la salud dejó de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público y político. Diego Gracia²¹ considera que para formular una atención sanitaria justa, además de los principios es necesario evaluar las consecuencias de la política y su racionalidad económica. Plantea dos momentos:

1. Deontológico (deber ser) o principialista basada en el concepto de bienestar colectivo ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?
2. Teleológico (consecuencialista) o utilitarista de optimizar la utilidad pública en la asignación de recursos limitados.

Tradicionalmente se ha considerado que la salud es un bien individual que el ser humano debe administrar de acuerdo con su sistema de valores y con su ética. La asistencia sanitaria por el contrario es un bien social que debe manejarse con criterios estrictamente económicos. La economía diferencia la salud de la asistencia sanitaria, la salud es un bien de uso, cada uno da un valor a su estado de salud, y la asistencia sanitaria es un bien de cambio que implica costo de oportunidad.

Se hace necesario distinguir entonces dos clases de asistencia sanitaria: la pública y la privada. La privada se rige por las leyes del libre mercado y el criterio de eficiencia lo establece cada uno; la pública debe buscar la maximización de las utilidades de todos, la eficiencia debe ir unida a la justicia y a la equidad. Dos exigencias a la ética actual son respetar el pluralismo en los juicios sobre la eficiencia privada y conseguir que la eficiencia pública se rija por el principio de universalización.

En los temas de justicia sanitaria, la ética parece ignorar la economía y la política, y estas por su parte han decidido también ignorarla o suplantarla. El debate actual sobre la limitación de prestaciones sanitarias es un debate que en el orden de lo público debe llevar a un incremento de la eficacia, eficiencia y efectividad y el orden de lo privado a un incremento en el uso racional del recurso.

Diego Gracia dice: “La cuestión no está en limitar o no las prestaciones sanitarias sino en limitarlas bien, es decir, en forma justa”

Principio de justicia

En sentido elemental un acto es justo si está de acuerdo con la ley y la ley es justa si está de acuerdo con los principios morales. En Roma se estableció que el principio general de la justicia es dar a cada uno lo suyo y la cultura occidental le ha dado varias interpretaciones a la justicia: justicia como proporcionalidad natural, justicia

como libertad contractual, justicia como igualdad social, justicia como bienestar colectivo; cada una de estas teorías de la justicia fueron surgiendo en concordancia con un momento histórico específico y una realidad social y económica en que se desarrollaron. Me parece importante para entender el problema de la justicia sanitaria, revisar algunos de sus criterios y teorías que han intentado dar respuesta al difícil problema planteado por la justicia en la prestación de servicios de salud, llamada justicia sanitaria, intentando a su vez resolver preguntas sobre la equidad en el ámbito sanitario y el establecimiento de los criterios mínimos que sean afines con justicia social.

Teorías de la justicia sanitaria²²

Enfoque igualitarista

Este concepto de justicia, presupone la igualdad de los seres humanos. Es decir, el derecho a la salud como bien fundamental. Desde este punto de vista el acceso a los servicios médicos debe ser universal y debe comprender por lo tanto a todos y cada uno de los individuos. Se fundamenta en los principios morales de igualdad y dignidad humana.

Se reclama el derecho a la salud como una necesidad vital y básica de las necesidades vitales y básicas de todo ser humano. Afirma el derecho fundamental de todo ser humano a la atención en salud. Es importante aclarar que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a no enfermar, porque nadie y mucho menos alguna institución puede garantizar la condición de salud del individuo.

Cuando se habla de derecho universal a la salud, de lo que se trata es que la gente cuente con un sistema de recursos esenciales, universales, eficientes y de calidad, ante situaciones que menoscaben su salud y esta desde luego redunde en beneficio de la sociedad como un todo, garantizando unas condiciones mínimas de vida que la hagan posible, en un contexto

de justicia social, donde las responsabilidades no están solo en el campo de la medicina, pero sí en estrecha interrelación.

Enfoque libertario, neoliberal, o de libre mercado

Muchos no están de acuerdo con el enfoque anterior, consideran que en justicia no se puede hablar de un igual derecho a la salud. Por el contrario, creen *inmoral*, ajeno a la libertad y la diversidad, querer un sistema igual para todos.

Nozick desarrolló la idea de la mínima intervención estatal. Cree que un criterio de justicia debe sustentarse en dos principios básicos, el de la justa adquisición y la justa transferencia. Estos principios ligan a la propiedad privada legítima como fundamento de la justicia. Es justo si la apropiación y el intercambio de bienes surgen sin coacción, de la dinámica del libre mercado. Como compensación para los menos favorecidos, se podrían ofrecer actividades benéficas de naturaleza caritativa.

Para Nozick, hay quienes pueden tener acceso a todas las posibilidades y oportunidades de atención en salud porque pueden pagarlo y por el contrario, hay quienes no pueden hacerlo conformándose con lo que el juego del libre mercado les suministre. La intervención estatal violaría el principio fundamental de la libertad, sería *inmoral* obligar a la sociedad a subsidiar a los segundos, lo único admisible sería brindarles solidaridad.

Javier Gaffo, bioeticista norteamericano citando a Tristram Engelhardt dice “nadie puede cargar con la responsabilidad de restablecer la salud de quienes pierden en la lotería natural... las personas acaudaladas siempre son moral y seguramente libres de adquirir más y mejor asistencia sanitaria.

La salud entonces, sería consecuencia de la carga genética, obra del azar, de las condicio-

nes materiales y espirituales de la vida, de la organización social y comunitaria y del mismo sistema de atención en salud. No sería moralmente objeto de acciones estatales y particulares en pos de la igualdad, ya que ello constituiría una falacia moral.

Las dos teorías anteriores son los dos polos centrales del debate actual sobre justicia sanitaria, alrededor de estos dos enfoques, igualitarista y libertario, se han generado los grandes movimientos sociales, las guerras y las recomposiciones geopolíticas de los últimos siglos. La libertad dio origen a la primera generación de derechos humanos y la igualdad desarrolló los de la segunda generación.

La justicia como bienestar colectivo

Trata de resolver la discusión planteada con los dos anteriores, asumiendo el bienestar colectivo como respuesta a la tensión entre igualdad y libertad. Considera la satisfacción de las necesidades básicas de todos los seres humanos como presupuesto para el ejercicio real de la libertad.

El liberalismo planteó el derecho a la salud y el socialismo el derecho a la asistencia sanitaria. La presión del movimiento obrero, hizo posible la aparición de los derechos económicos, sociales y culturales, siendo los trabajadores los primeros cubiertos por los seguros obligatorios de salud. En 1980 el canciller Bismark creó un sistema de seguridad social para cubrir la enfermedad, los accidentes de trabajo y la vejez. Su ejemplo fue seguido por Gran Bretaña en 1908 con la ley de pensionistas y en 1911 con la ley del seguro nacional.

Posteriormente a la crisis económica de 1930 los países europeos imitaron el modelo alemán de seguro médico y en 1948 en Inglaterra apareció el primer servicio nacional de salud del mundo occidental, que cubría a toda la población en cualquier circunstancia. En Estados Unidos se creó en 1953 el Departamento de Salud, Educación y Bienestar y más tarde se estableció el

seguro obligatorio de enfermedad para personas mayores de 65 años (Medicare) y el pago de los gastos de asistencia sanitaria a las personas sin recursos (Medicaid).

Los sistemas de salud de occidente tenían tres modelos para elegir: el liberal o norteamericano, el socializado o británico y el intermedio o alemán, pero en 1971 John Rawls plantea **la justicia como “equidad”** en contraposición a los otros modelos de proporcionalidad natural, libertad contractual o igualdad social. Este modelo y los posteriores tienen la característica de fundamentarse en la ética kantiana que justifica que toda sociedad está obligada a cumplir con unos *mínimos morales* que coinciden con el concepto de justicia distributiva. Rawls coloca ese mínimo en las libertades básicas “*bienes sociales primarios*” y considera la salud como “*bien meritario*”. Considera que el Estado debe hacer frente a las desigualdades y establecer los mecanismos necesarios de redistribución a favor de los menos afortunados.

Los diferentes autores coinciden en que los mínimos morales son exigibles en virtud del principio de justicia y estos mínimos, cubren total o parcialmente la asistencia sanitaria. En los países de occidente el Estado social de derecho concibe la asistencia sanitaria como un derecho exigible en justicia, considerando la justicia como un *bienestar colectivo*.

El intentar determinar la manera más equitativa de asignar los recursos ha generado multiplicidad de esquemas teóricos y normativos, según la tendencia filosófica que se tome como respuesta más adecuada a los interrogantes morales que se presentan. Todos los modelos teóricos sobre la justicia intentan dar respuesta a la problemática moral pero no la agotan. Las visiones igualitaristas, comunitaristas, liberales y utilitaristas podrían proporcionar parámetros para resolver dudas serias sobre el proceder habitual en salud, pero no ofrecen metodologías precisas para resolver los conflictos en el momento de su aplicación práctica.

Principio de justicia – Beauchamp y Childress²³–

Definen el principio de justicia sanitaria en el ámbito biomédico con base en el concepto de la **justicia distributiva**, como el método que utiliza la sociedad para la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades.

Defienden una teoría para la distribución de recursos terapéuticos escasos que se basa en a) una estrategia **utilitarista** que subraya la eficiencia social y el máximo beneficio para los pacientes (visión más del ámbito médico), y una estrategia **igualitarista** que insiste en la igualdad del merecimiento de las personas y la oportunidad justa para aquellos con desventajas sobre otros (visión más social), ambas interactuando coherentemente.

Es un principio formal que carece de contenidos concretos y no permite establecer desde qué punto de vista los casos son iguales o desiguales. Se pueden generar grandes conflictos morales especialmente bajo las condiciones de escasez de recursos sanitarios y de los grandes costos que ha llegado a generar la prestación de servicios de salud en nuestro tiempo. En gran medida el cuestionamiento parte de la dificultad en la decisión sobre la manera de aplicar el concepto de *igualdad*:

¿Hasta dónde puede hablarse de igualdad?

¿Quién puede ser considerado igual o desigual?

¿Cuáles diferencias resultan más relevantes en el momento de comparar individuos o grupos?

El proceso se inicia con la valoración de la necesidad médica y la probabilidad de tratamiento con éxito, lo que buscaría un uso efectivo y eficiente de los recursos. En casos de conflicto se apelaría a al azar como modo de expresar la justicia y la igualdad. En algunas circunstancias

de disparidad y emergencia se llegaría a ponderar el valor social comparativo de la persona beneficiaria de estos recursos, que aportaría criterios relevantes en la toma de decisiones. De esta manera, pretenden responder a los conflictos morales generados por las desigualdades inmerecidas entre individuos y la distribución arbitraria de recursos basada en otros criterios como el sexo, la raza y la edad.

David Ross considera los principios como “*deberes prima facie*” (derechos humanos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales), es decir, obligan moralmente; pero cuando entran en conflicto, es necesario ordenarlos jerárquicamente y cuando no es fácil se deben tener en cuenta las razones teleológicas (consecuencias) de los distintos actos posibles. Así los principios serían la norma y las consecuencias justificarían las excepciones a la norma. Diego Gracia plantea que la justicia además de respetar los principios morales, tiene en cuenta la maximización de las consecuencias buenas de los actos y por tanto tiene en cuenta el criterio económico de la máxima utilidad.

La racionalidad económica en sanidad, aporta una perspectiva utilitarista al tema de la justicia sanitaria. Jeremy Bentham estableció el principio “la mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto”; los políticos han entendido que no puede haber otro criterio de justicia distributiva más que este y es la razón por la cual la economía se ha convertido en la racionalidad propia de la actividad política, exigiendo el máximo beneficio con el mínimo costo.

Los economistas han participado en las políticas de sanidad y han introducido los criterios teleológicos, plantean la contención de costos, de acuerdo con criterios de racionalidad económica, lo cual significa que la justicia distributiva debe regirse siempre por la proporción costo/beneficio, identificando lo justo con lo económicamente óptimo, lo cual expresa:

- Que por más que los recursos sanitarios sean *limitados* no es justo desviar financiación de otras

partidas del presupuesto (educación, vivienda) a la sanidad, si la relación costo/beneficio es mejor en esos campos que en el sanitario.

- Que los limitados recursos que se poseen deben destinarse a las actividades que con un menor costo produzcan un mayor beneficio en salud. (Ejemplo una campaña de vacunación versus un trasplante cardíaco).
- Que hay servicios sanitarios que no pueden exigirse en justicia, dada su baja relación costo/beneficio (trasplantes).

Conclusiones

La justicia sanitaria tiene que ver no solo con cuál concepto de justicia (principio filosófico) se reparte los recursos, sino sobre el cómo se hace esta repartición y cuáles son los efectos sociales, culturales, económicos y políticos de su aplicación. Sería equivocado analizar aisladamente el principio de justicia. Ser justo, requiere ser no maleficente y respetar la autonomía. No puede ser beneficente quien es indiferente ante la injusticia y así sucesivamente, **los principios de la bioética juegan en red para una verdadera justicia sanitaria.**

La articulación de los momentos deontológico (principios) y teleológico (consecuencias) de la justicia sanitaria es un problema complejo en el debate de la justicia sanitaria. Lo más frecuente en la ética no es la complementariedad sino la *conflictividad* de los principios entre sí, y entre los principios y las consecuencias.

Para el mundo occidental el *bienestar colectivo* parece ser la teoría más aceptable en la explicación de la justicia distributiva y en cuanto al momento teleológico los políticos tienen la obligación de optimizar la *utilidad pública* de los recursos disponibles, para lo cual han de actuar conforme a los principios y criterios propios de la economía. Desde hace muchos años se viene hablando de justicia sanitaria entendida como “**justicia distributiva en un marco de equidad**”,

sin embargo, las políticas sanitarias se diseñan con criterios casi exclusivamente utilitaristas, que atienden poco los principios de equidad.

Actualmente hay una ambivalencia en nuestro sistema de seguridad social, con un modelo de sociedad neoliberal, globalización de la salud (tecnología y medicamentos) y privatización de la atención sanitaria. Se pretende controlar el gasto, manipulando la relación médico-paciente, con *terceros* interviniendo en decisiones médicas, con limitación del acceso a servicios de alto costo, demoradas listas de espera para controlar el gasto, etc. normatizando y regulando excesivamente el acto médico con criterios exclusivos de *rentabilidad económica*, olvidando que la rentabilidad y la eficiencia en medicina debe medirse en términos de salud.

Pellegrino²⁴ dice, que en este modelo de “medicina gestionada” se generan tres

grandes conflictos éticos: lealtades contrapuestas y complicidad moral del médico con los administradores y una completa distorsión de los valores médicos y de los fines la medicina. El médico es obligado a dejar aparte sus valores y pasa a ser adversario del paciente en lugar de su defensor, generalmente ejerciendo una medicina defensiva que aumenta costos. Por el contrario, una relación médico-paciente basada en los principios éticos de la medicina puede controlar el gasto y racionalizar recursos más eficientemente que cualquier experto en técnicas empresariales.

Por este papel vital que desempeña en racionalizar los recursos de salud, los médicos deben capacitarse en estos temas y recuperar el liderazgo para intervenir en la formulación de las políticas respectivas, fundamentados en un verdadero concepto bioético de justicia sanitaria.

Lecturas recomendadas

- Beauchamp T, Childress J F. Principios de ética biomédica. Masson, S.A. Barcelona. 1999.
- Engelhardt H T. Los fundamentos de la bioética. Barcelona. Paidós. 1995.
- Gafo Javier. Los principios de justicia y solidaridad en bioética. En cuadernos del programa regional de bioética para América Latina y el Caribe. OPS. N° 6. agosto, 1998.
- Rawls John. Teoría de la justicia. México. FCE. 1998
- Cortina A. Ética sin moral. Editorial Tecnos, 1995.
- Gracia D. Ética de los confines de la vida. Ética y vida. N° 3. Editorial El Búho. Santafé de Bogotá D. C. 1991.
- Galvis C. Justicia sanitaria. N° 9. Universidad El Bosque, programa de bioética. Colección pedagogía y bioética. 2002.
- Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria, N° 4. Editorial El Búho. Bogotá. 2002
- Escobar Triana J. Ley 100 de seguridad social: implicaciones bioéticas, Colección Bios y Ethos N° 9 Universidad el Bosque. Bogotá, 1999.
- Pellegrino E. El médico como gestor de recursos en limitación de prestaciones sanitarias. Fundación de Ciencias de la Salud. Editorial Docecalles. Madrid, 1997.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission and assent in practice pediatrics. Pediatrics. 1995;95(2) 314-317

examen consultado

5. Según los principios de ética biomédica el respeto a la autonomía se fundamenta en el respeto a la libertad de las personas y a la capacidad de autogobernarse. Se considera, por lo tanto, que ser individuo autónomo es:
- A. haber cumplido la mayoría de edad.
 - B. tener capacidad de entender y decidir libre de presiones externas.
 - C. ser capaz de leer y escribir correctamente.
 - D. tener capacidad económica para pagar el tratamiento.
 - E. no tener antecedentes penales.
6. Las normas contemplan algunas excepciones, en casos especiales, a la obligación de obtener primero el consentimiento informado:
- A. niños menores de un año.
 - B. personas que llevan mucho tiempo hospitalizadas.
 - C. proyectos de investigación en niños.
 - D. urgencia vital y riesgo para la salud pública.
 - E. personas con retardo mental.
7. El consentimiento informado en pediatría se caracteriza por ser un consentimiento subrogado, es decir, a través de tercera persona (padres o tutor legal) y se recomienda incluir también el asentimiento de los niños mayores y adolescentes:
- A. por compasión hacia los niños.
 - B. por ser un requisito legal indispensable en la historia clínica.
 - C. como reconocimiento a la autonomía progresiva de los niños mayores.
 - D. para evitar quejas de los padres ante las EPS.
 - E. para evitar glosas en las cuentas.

examen consultado

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la beneficencia, es falsa?
- A. la beneficencia exige que las acciones sean percibidas como benéficas por la persona que las recibe.
 - B. beneficencia es la obligación positiva de obrar siempre en beneficio de los demás.
 - C. la utilidad en el principio de beneficencia debe valorarse en términos de salud.
 - D. la beneficencia se fundamenta exclusivamente en la normativa legal.
 - E. la beneficencia obliga como principio *prima facie*.
9. El concepto que mejor define la justicia sanitaria es:
- A. justicia como proporcionalidad natural.
 - B. justicia distributiva en marco de equidad.
 - C. justicia como igualdad de todos los seres humanos.
 - D. justicia como dar a cada uno lo que le pertenece.
 - E. justicia como libertad total.
10. Para la justicia sanitaria, la asignación de recursos en un sistema de salud debe fundamentarse en un enfoque:
- A. igualitarista y utilitarista.
 - B. neoliberal y de libre mercado.
 - C. igualitarista y neoliberal.
 - D. exclusivamente igualitarista.
 - E. exclusivamente utilitarista.

examen consultado

11. El principio de no maleficencia obliga a:
- A. prolongar indefinidamente la vida biológica.
 - B. mantener a toda costa el tratamiento en la UCI.
 - C. no hacer daño intencionadamente.
 - D. mantener siempre el tratamiento una vez iniciado.
 - E. suspender el tratamiento si es muy costoso.
12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la no maleficencia, es falsa?
- A. los padres nunca pueden actuar en perjuicio del niño.
 - B. las prohibiciones de omisión son mayores que las de comisión.
 - C. el tratamiento obligatorio puede suspenderse cuando el dolor y el sufrimiento supera los beneficios.
 - D. la diferencia entre tratamiento obligatorio y optativo se establece en función de los riesgos y beneficios.
 - E. hay diferencias entre actos de omisión y actos de comisión.