

Artículo de Reflexión - Notas de Medicina

DEONTOLOGÍA MÉDICA Y BIOÉTICA CLÍNICA: ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES

¹Boris Julián Pinto, ²Fernando Guzmán,
³Sara Edith Moreno

1. Médico Especialista - Magister y candidato a doctorado en Bioética. Especialista en Creación Narrativa. Profesor investigador Universidad El Bosque, Fundación Universitaria Sanitas.

2. Cirujano Cardiovascular, Hospital Militar Central. Abogado Penalista - Especialista en Bioética. Magistrado - Tribunal Nacional de Ética Médica.

3. Oftalmóloga, Hospital Militar Central. Especialista en Docencia Universitaria. Magister en Bioética.

RESUMEN

La profesión médica requiere, para la excelencia de su práctica, de normas, preceptos y regulaciones, presentes en los códigos de ética médica y demás instancias de carácter deontológico, como son los tribunales de ética médica. La deontología médica establece un conjunto de normas positivas que establecen los límites aceptables de la profesión. No obstante, en el contexto actual de las dinámicas sociales, donde el protagonismo concedido a la autonomía personal entra en conflicto con la beneficencia propia del acto médico, se hace imperativo complementar el abordaje deontológico con otras miradas como son la ética de la virtud, los comités de bioética (a nivel asistencial y en investigación) y la utilización de metodologías específicas para el análisis y acompañamiento de los conflictos de valor que surgen en el ámbito de la relación médico-paciente.

Palabras clave: Bioética, ética clínica, ética basada en principios.

MEDICAL DEONTOLOGY AND CLINICAL BIOETHICS: SOME GENERAL CONSIDERATIONS

ABSTRACT

The medical profession requires, for the excellence of their practice, standards, rules and regulations, contained in the codes of medical ethics and other instances of deontological character, such as medical ethics tribunals. The medical ethics establishes a set of positive rules that establish the acceptable limits of the profession. However, in the current context of social dynamics, where the prominence given to personal autonomy conflicts with the welfare of the medical act itself, it is imperative to complement the

Correspondencia: borisjpinto@gmail.com; pintoboris@unbosque.edu.co

Fecha de Recepción: 15 de mayo de 2013

Fecha de Aceptación: 21 de mayo de 2013

deontological approach with other perspectives such as virtue ethics, the bioethics committees (a level of care and research) and the use of specific methodologies for the analysis and accompaniment of the value conflicts that arise in the field of physician-patient relationship.

Keywords: Bioethics, clinical ethics, principle-based ethics.

INTRODUCCIÓN. ÉTICA MÉDICA Y DEONTOLOGÍA

Como oficio social, la medicina ha sido definida como el brazo de la civilización en su lucha contra la enfermedad (1), si bien debemos aceptar que esta definición persiste en la tradicional metáfora militarista del binomio medicina-enfermedad. Para Pellegrino, sin embargo, la medicina, más que un arte, un oficio o una técnica, debe entenderse en términos de *relación*: “es un hábito de refinada comprensión práctica y perfeccionada por la experiencia en la relación con los pacientes” (2).

Quien desempeña una profesión debe exhibir un conjunto de virtudes en coherencia con la representación social de su ejercicio. Richard Cabot, en el siglo XIX, sugería por ejemplo “la ética de la competencia” (3), entendida la competencia como el cuerpo de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para realizar con excelencia el oficio profesional. Pero tal competencia debe ser enriquecida por la excelencia de las virtudes prácticas. Así, Beauchamp y Childress sugieren cuatro virtudes cardinales del ejercicio médico: compasión, discernimiento, confiabilidad, integridad (4). Victoria Camps, a su vez, propone dos virtudes fundamentales en la búsqueda de la excelencia profesional: prudencia y confianza (la que a su vez, se constituye por el compromiso y la competencia) (5).

La ética, como reflexión al servicio de las costumbres (siguiendo a Séneca y a Sócrates), debe presidir toda actividad pública, toda profesión y oficio, incluida la medicina, la cual obedece a ciertos valores considerados como dignos de seguir en el contexto de nuestras comunidades. La deontología médica, como parte de la ética, contribuye en la orientación general de la actividad médica en su dimensión axiológica y normativa. Entendida como “teoría del deber”, la deontología hace referencia a la permanente evaluación que juzga la rectitud de los actos humanos a partir de la observancia de normas, preceptos y reglas específicas para una comunidad particular. Entre los códigos de ética más importantes en la tradición occidental, en el ámbito médico, encontramos:

- Corpus Hippocraticum (plantea el origen natural de las enfermedades y la dimensión moral de la medicina).
- Código ético de John Gregory.
- Las contribuciones de Thomas Bond (Hospital de Pennsylvania), Samuel Bard (King’s College, Universidad de Columbia) y Benjamin Rush.
- Código de ética médica de Thomas Percival (1803).
- Código de ética médica de la AMA (John Bell, 1847) (3).

No obstante, la sujeción a reglas específicas de la práctica parece un insumo insuficiente en la búsqueda de la excelencia profesional. En este sentido, se hace necesario el cultivo de una ética de la virtud en el contexto de las profesiones sanitarias, así como de una ética de la responsabilidad (6) y una ética de la vulnerabilidad (7).

ALGUNOS PROBLEMAS ÉTICOS FRECUENTES

El desarrollo tecnocientífico y las dinámicas sociales del mundo contemporáneo (globalización, economía de mercado, inequidad global, posmodernidad, flujos migratorios, interconectividad), desafían las categorías tradicionales de la profesión médica. Por ello, se hace necesario un abordaje que trascienda la mirada deontológica de los tribunales de ética médica y los marcos regulatorios, hacia una mirada plural que tome en consideración la complejidad de las sociedades tecnocientíficas y los múltiples desafíos que emergen en ella: control de natalidad, aborto, eutanasia, experimentación humana, trasplante de órganos, cirugías de reasignación de sexo, reproducción asistida, clonación humana, ingeniería genética, medicinas alternativas, entre otros. Sin embargo, la consideración sobre los conflictos de valores no se expresan exclusivamente en situaciones límite. Todo encuentro médico-paciente, ofrece una consideración sobre los valores en cuestión.

Si la deontología médica cultiva la institución de los tribunales de ética, la bioética contemporánea propone la institución de los comités interdisciplinarios, con presencia de representantes de la comunidad y el concurso de meto-

dologías deliberativas para el análisis de casos particulares, tanto en el ámbito de la investigación biomédica, como en los ámbitos asistenciales. Si la deontología médica establece mínimos morales necesarios para el ejercicio profesional, la bioética clínica ha ofrecido, en las últimas décadas, enfoques y métodos sistemáticos para el abordaje de los problemas morales. Una decisión racional en medicina no puede desconocer el marco deontológico, técnico y legal del ejercicio médico, así como la ponderación entre las distintas opciones posibles ante un hecho determinado, que permita elegir el curso de acción más responsable y que más convenga al enfermo, particularmente cuando existen condiciones de incertidumbre.

PRINCIPIOS Y DILEMAS EN BIOÉTICA CLÍNICA

La tradición anglosajona se fundamenta en los principios promulgados por el informe Belmont (1978), y los principios de la ética biomédica propuestos por Tom Beauchamp y James Childress (1979): autonomía, (o libre ejercicio de la voluntad; autodeterminación), beneficencia (obligación moral de proveer un beneficio), no maleficencia (la obligación moral de prevenir y evitar el daño, entendido en términos de agravio), y de justicia (la posibilidad de participar en términos de igualdad, en la distribución de los bienes sociales primarios, bienes económicos, derechos políticos fundamentales, así como en la distribución de las cargas).

Estos principios, que Beauchamp y Childress definen como “las normas más básicas y generales de la moral común” (8), sirven como guías fundamentales que orientan la identificación de obligaciones morales que confluyen y que, con frecuencia, pueden entrar en conflicto. Para ello se establece la distinción entre los deberes *prima facie* (deberes que hay cumplir siempre y cuando no entren en conflicto con un principio de igual o mayor intensidad) y los deberes efectivos (que surgen de cada circunstancia). Otros abordajes basados en principios se han propuesto en años recientes, fundamentados en distintas bases teóricas, como son los principios del bioderecho europeo (autonomía, integridad, vulnerabilidad, dignidad, propuestos por Kemp y Rentdorff), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, entre otros.

En este punto, coincidimos con Néstor González Herrera en que la colisión entre los principios de autonomía y beneficencia en ocasiones reviste dificultades que pueden

resultar en formas de paternalismo no justificado, o en acciones negligentes, bien porque se decide de forma autoritaria sin el consentimiento pleno del paciente, o bien porque se niega una intervención necesaria en un paciente que no manifiesta de forma objetiva las condiciones necesarias para ejercer su propia autonomía. En tal sentido, cabe recordar que el principio de beneficencia es el principio fundacional, según Pellegrino y Thomasma, del acto médico.

A la luz de los conceptos actuales, ampliando los conceptos aristotélicos, para poder ejercer la autonomía se requieren algunas condiciones “sine qua non”: capacidad, posesión del derecho, libertad e información adecuada.

La capacidad, como entendimiento aristotélico, hace referencia al pleno uso de las facultades intelectuales y el criterio suficiente para juzgar los riesgos y las alternativas. La posesión del derecho es la titularidad del derecho, bien o interés sobre el cual el sujeto consiente el acto médico. La libertad es la posibilidad del ser de tomar por sí mismo, de elegir o no elegir (es decir, sin ser antes determinado de manera unívoca por ninguna fuerza) una dirección particular frente a valores y límites conocidos. La información adecuada es el conocimiento de las alternativas de tratamiento, de los beneficios esperados y las posibles complicaciones que los procedimientos puedan generar sobre el paciente (9).

El paternalismo consiste en actuar en procura de un curso de acción beneficioso para el paciente, desde la perspectiva médica, a expensas de la voluntad inmediata del sujeto o de su libertad de elección. La beneficencia, impuesta por medio de cualquier forma de violencia y sin justificación racional, se trasmuta en maleficencia.

En tal sentido, es deber del médico esforzarse por participar afectivamente en la condición de su paciente (si bien tal *participación* no implica *fusión*) (7). El médico debe ser un maestro del enfermo, no en el sentido duro del paternalismo hipocrático, como una forma de dirigismo moral, sino según el modelo deliberativo de la relación médico-paciente propuesta por Emanuel, donde el rol del médico es “ayudar al paciente a evaluar y clarificar sus valores” (10).

Cabe anotar que el médico, en ejercicio de su autonomía y de su derecho constitucional a la libertad de conciencia, no está obligado a renunciar a sus principios morales y sus derechos personalísimos en virtud de las demandas de cada uno de sus pacientes, o de la prescripción de normas sociales que puedan resultar lesivas para su integridad moral. En virtud de este principio se fundamenta la figu-

ra de la objeción de conciencia. Tampoco está obligado a seguir cursos de acción, bien por demanda de sus pacientes, bien por presiones institucionales, que lesionen o contradigan la *lex artis* (o las normas de excelencia profesional en las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ésta se ejerce), o el ordenamiento jurídico. La confiscación de la autonomía profesional es un fenómeno creciente en la sociedad actual, donde el ejercicio absoluto de la autonomía de los pacientes, entendida como la extensión irrestricta de derechos credenciales (7), pone en riesgo no solo la autonomía del médico, sino, al tiempo, la dignidad y la ética de la profesión.

CONCLUSIONES

La excelencia del ejercicio médico se fundamenta en principios éticos. De las diversas teorías propuestas en los últimos treinta años, el marco teórico propuesto por Beauchamp y Childress (principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), si bien no es el único, sigue

siendo prevalente, en buena parte, por su familiaridad con la tradición y los roles de la profesión médica.

Los desafíos éticos contemporáneos, impulsados por el desarrollo tecnocientífico, las biotecnologías y los procesos socioculturales en el contexto de la globalización, requieren de una mirada plural e interdisciplinar que permita abordar, con responsabilidad, la complejidad de tales escenarios.

Cuando la práctica médica procura la beneficencia sin consideración del ejercicio legítimo de la autonomía del paciente, tal conducta resulta en paternalismo no justificado; si el respeto irrestricto de la autonomía desconoce la ilegitimidad de tal principio en ciertos casos (por la no posesión de capacidad, libertad, posesión de derecho e información adecuada), tal conducta deriva en negligencia (9).

“Es deber del médico ver en el paciente a la persona integral que ante la enfermedad requiere su ayuda, pero que, mientras pueda, ha de ser libre de ejercer su voluntad” (9). Tal visión integral, demanda el cultivo de virtudes necesarias en la práctica profesional.

REFERENCIAS

- Peña G, Guzmán F. Trauma. Temas Básicos. Vol. 1. Bogotá: Federación Médica Colombiana; 1999.
- Pellegrino, E. A. Philosophical Basis of Medical Practice. Oxford University Press; 1981. p. 58.
- Jennings B, Baily MA, Bottrell M, Lynn J (ed.). Health care quality improvement: ethical and regulatory issues. New York: The Hastings Center; 2007. p. 14.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1997. p. 446-57.
- Camps V. La excelencia de las profesiones sanitarias. Humanitas. Humanidades médicas. 2007; 21: 9-11.
- Gracia D, Muñoz S. Médicos en el cine. Dilemas bioéticos: sentimientos, razones y deberes. Madrid: Editorial Complutense; 2006. p. 30-1.
- Pelluchon C. L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie, Paris: Presses Universitaires de France; 2008.
- Beauchamps T. The 'Four Principles' Approach to Health Care Ethics. En: ASHCROFT, Richard E.(ed). [et al.]. Principles of health care ethics. 2 ed. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 2007, p. 7.
- González Herrera N. Ejercicio de los principios de autonomía y beneficencia en el acto médico. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE.1997; 3(2).
- Widdershoven, Guy A.M., ABMA Tineke A. Hermeneutic Ethics between Practice and Theory. En: Ashcroft. Richard E. [et al.]Principles of health care ethics. 2nd ed./edited. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. p. 218.