

Principios éticos básicos

Natalia López Moratalla

Catedrática Emérita de Bioquímica y Biología Molecular
Presidenta de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica

PALABRAS CLAVE
Principios éticos
Ética médica
Racionalidad científica
Respeto al débil
No discriminación

KEYWORDS
Ethical principles
Medical ethics
Scientific rationality
Respect for the weak
Non-discrimination

Resumen Entre el universalismo y el caso particular se necesitan unos principios básicos que den cabida al juicio ético del médico. Si no se tiene en cuenta la experiencia ética del médico, se podría acabar desarrollando una actitud pasiva. El médico es siempre un estudiante. La falta de rigor científico deja el juicio ético poco racional. De ahí que sea importante recuperar la racionalidad de la ciencia biomédica para aumentar la sensibilidad a dos principios éticos básicos: el respeto al débil y la no discriminación.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Universal ethical principles

Abstract Some basic principles are needed between universalism and particular case, which accommodates the ethical judgment of the doctor. If the ethic experience of the doctor is not taken into account, a passive attitude could be developed. The doctor is a researcher. The lack of scientific rigor makes ethical judgment less rational. So, it is important to take back the rational aspects of biomedical science in order to uphold two of the basic principles of ethics: respect for the weak and non-discrimination.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El profesionalismo médico viene definido por una determinada conducta, una forma de actuar y ejercer la medicina. Es buen médico quien tiene conocimientos y habilidades, y ejerce su profesión de acuerdo con la ética médica.

El juicio ético sobre la práctica asistencial, e investigadora, se realiza mediante la integración interdisciplinar del sentido natural de los procesos biológicos –funcionalmente alterados en la enfermedad– con el significado humano de tales procesos. Exige hacerse cargo de la persona en situación de debilidad, y fragilidad, a fin de cumplir su fin pri-

mordial: prevenir y curar la enfermedad, aliviar el dolor y rehabilitar la minusvalía.

El médico es necesariamente estudiante de las ciencias biomédicas. Y, con frecuencia, investigador científico que lleva a cabo estudios experimentales o clínicos. En ambas actividades, la integración entre el sentido propio del proceso que analiza y el sentido humano define el juicio biomédico, bioético, sobre esta faceta de la profesión médica¹.

Se puede hablar de dos sistemas sanitarios: la medicina basada en la evidencia, apoyada conceptualmente en la in-

vestigación, y la medicina centrada en el paciente, unida al cuidado médico. Ambas perspectivas han de estar perfectamente integradas: no sería una práctica médica ética la que no estuviese basada en la evidencia disponible, ni aquella cuyo objetivo no fuera el paciente.

El rigor científico en el conocimiento, actualizado, en intercambio con los colegas, y con amplitud de perspectiva, se ha de unir a la sensibilidad ética hacia el hombre enfermo. Normalmente, la estructura científica de la medicina exige una cierta cosificación del paciente, lo que podría conllevar reducir la percepción de la dignidad humana del enfermo. Sin embargo, el aumento de la distancia que separa al médico del paciente en los grandes equipos o cuando usa las altas tecnologías es solo aparente. Justamente, la confianza en la relación médico-paciente se apoya en la objetividad científica de sus conocimientos, en su competencia y dominio de los tratamientos aceptados en la comunidad científica.

Principios éticos en la práctica médica

Desde Hipócrates, y a lo largo de la historia de la Medicina, se han ido marcando los principios que deben regirla. La raíz

del árbol de la ética médica la integraron la ciencia, la cultura y la filosofía (fig. 1). Aportaron la tradición, virtudes y normas que formaron el tronco, con las teorías derivadas del esfuerzo para explicar y justificar las decisiones. Esto es, la ética —juicio de las acciones—, la deontología —importancia de los deberes y obligaciones— y la teoría de la virtud, que define la vida lograda.

La atención a los problemas morales provocados por la medicina actual ha dado lugar a las tres grandes ramas de la ética médica: la ética aplicada, la ética de las implicaciones sociales y de políticas públicas, y la ética clínica focalizada en la inmediatez del paciente. Estas ramas de las diversas teorías se relacionan entre sí².

En la ética médica aplicada ha ocupado un puesto destacado la ética principalista. El principalismo aparece en la década de 1980, como un paradigma moral para quienes trabajan en el ámbito de la salud, con el fin de proporcionar una referencia práctica y conceptual que pueda servir de orientación en situaciones concretas³. Los cuatro principios —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— presentan una relación médico-paciente simétrica en que el consentimiento informado al paciente es prioridad (tabla 1). Destaca, además, que en el acto médico hay un tercer actor: la sociedad.

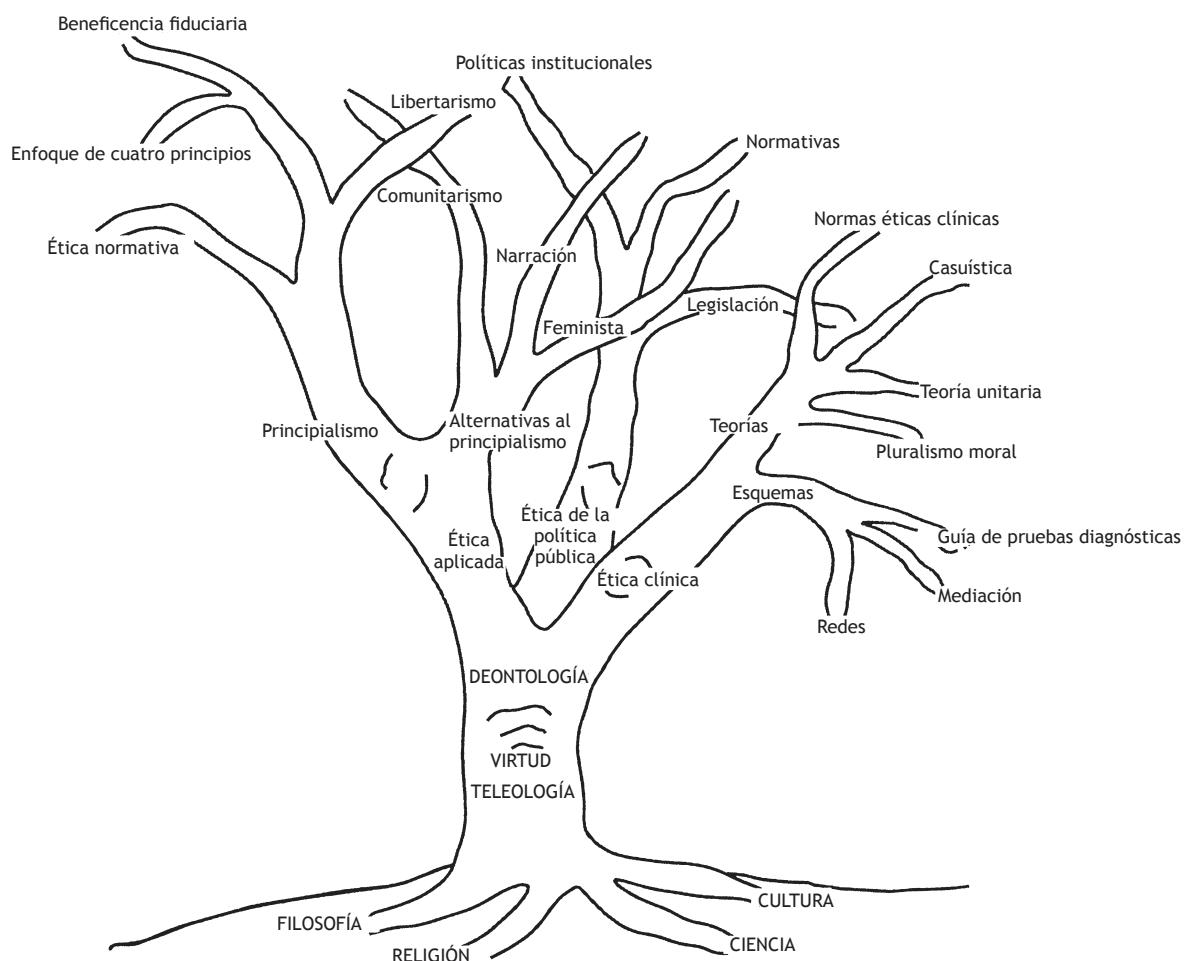


Figura 1 El árbol de la ética.

Tomado de Thomasma DC. Theories of medical ethics: the philosophical structure. Military Medical Ethics. 2003;1:23-59.

Tabla 1 El principialismo americano

Principios	Características	Carece
Autonomía: los valores y preferencias del enfermo tienen prioridad en la toma de decisiones en virtud de su dignidad como sujeto	Relación médico/paciente simétrica	Jerarquía de bienes
Beneficencia: hacer todo el bien al paciente	Consentimiento informado	Jerarquía entre los principios
No maleficencia: obliga a no dañar a los demás	Variedad de concepciones acerca de qué sea beneficio o perjuicio	
Justicia: en el acto médico hay un tercer actor, la sociedad, en la que el médico y el paciente se insertan	Otorga a la calidad de vida el papel preponderante	
	Obligación de igualdad	
	Equitativa distribución de los recursos	

Estos principios deberán ser especificados a través de algunas reglas, y posteriormente se necesita proceder a la *ponderación*, esto es, determinar qué principio, regla, derecho o deber tiene más peso en una situación concreta. Los deberes son, por tanto, condicionales –*prima facie*– y deben cumplirse, excepto si en una situación particular esa obligación entra en conflicto con otra de igual o mayor valor. La sensibilidad a los sistemas de creencias personales e institucionales es tarea de los comités de ética hospitalaria. La calidad de vida se presenta como el criterio para distinguir las terapias moralmente obligatorias de aquellas que no lo son en sustitución del criterio objetivo de la distinción entre tratamientos ordinarios y extraordinarios.

Por otra parte, en 1987 en la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas celebrada en París, se aprueban por unanimidad los Principios de Ética Médica Europea. Destaca también el compromiso del médico a dar preferencia a los intereses del enfermo y al consentimiento informado. Sin embargo, a diferencia, aporta una jerarquía de valores: el respeto a la vida y a la dignidad de la persona. Y plantea el derecho del médico a una independencia moral y técnica de la autoridad pública o privada. Sea cual sea la estructura de la institución, el compromiso del médico es prioritariamente con el paciente.

Principios éticos básicos

Los principios que guían la práctica profesional son siempre deudores de unos principios básicos, universales, que ofrecen criterios válidos y seguros, máxime en una sociedad multicultural. Entre el particularismo de la situación del sujeto, del caso concreto, y el universalismo de unos principios se necesita un principio o principios básicos que den cabida al juicio ético del médico. Si se olvidara la experiencia ética del médico, la calificación interior por su conciencia ante sus acciones profesionales, se podría acabar desarrollando una actitud pasiva de cumplimiento de unas normas más que una conducta activa de compromiso ético.

- Siguiendo a Herranz⁴, “el respeto a la vida humana y, más específicamente, a la vida debilitada o doliente es el va-

lor ético fundamental en Medicina [...] El respeto a la vida está unido de forma indisoluble, por un lado, a la existencia de la enfermedad, es decir, a la fragilidad esencial del hombre, y por otro, al carácter limitado de la terapéutica”.

Después de la Declaración de Ginebra, “el respeto ocupa una posición central en la conducta moral del médico... En Códigos y Declaraciones se habla de respetar los secretos confiados al médico, de manifestar el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de la concepción, y de respetar la integridad personal del enfermo. El respeto ético impuesto por la deontología es la actitud que le permite percibir, descubrir y responder a los valores encerrados en las personas precisamente en la circunstancia de su enfermedad, como en el sano; en el anciano y el paciente terminal lo mismo que en el niño; en el embrión no menos que en el adulto en la cumbre de su plenitud. Lo que a esos seres humanos les pueda faltar de tamaño, de riqueza intelectual, de plenitud física, incluidas sus deficiencias y minusvalías, es suplido por el médico con su respeto.

Tabla 2 Principios de ética médica europea (Conferencia Internacional. París, 1987)

Derechos y deberes para con los enfermos
Compromiso: no imponer sus opiniones personales, filosóficas, morales o políticas
Preferencia a sus intereses. Solo para mejorar o mantener la salud y nunca en perjuicio
Consentimiento informado
Independencia moral y técnica de la autoridad pública o privada. Informar si tiene un encargo
Secreto profesional
Competencia profesional
Ayuda al moribundo. Trasplantes. Reproducción. Experimentación sobre el hombre
En guerra. Huelga médica
En la competencia profesional. Continuidad de la atención. Favorecer la libre elección. Honorarios

El Comité Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la salud, de Francia, en una declaración a raíz de la realización de experimentos sobre pacientes en estado vegetativo crónico, estableció la existencia de una relación directamente proporcional entre debilidad y respeto⁵. Afirmaba: “Los pacientes en estado de coma vegetativo crónico son seres humanos que tienen tanto más derecho al respeto debido a la persona humana, cuanto que se encuentran en un estado de gran fragilidad...”.

- Derivado de este principio está el de no discriminación. El médico no puede permitir que su servicio al paciente se vea interferido por consideraciones de credo, raza, condición social, sexo, edad o convicciones políticas de sus pacientes... y se compromete a prestar a todos ellos por igual una asistencia (Declaración de Ginebra). Tal actitud puede ser enseñada y evaluada directamente y de forma continuada con el ejercicio profesional. Podría, debería, ser fundamentada y sistematizada en la docencia, en las materias relacionadas con la ética médica.

Factores que dificultan hoy la actitud de respeto al débil y de no discriminación

Sin pretensión de un análisis exhaustivo, podemos señalar algunos factores:

1. Es característico de la cultura occidental el peso específico que ha adquirido el desarrollo tecnológico en la ciencia biomédica. La técnica, de por sí progresiva, innovadora e imparable, asegura una sociedad de progreso material, consumo y bienestar. Asegura, o al menos promete salud y calidad de vida. Los fines de la medicina se han ampliado hacia maximizar el bienestar y crear nuevos estilos de vida hedónica.

Con frecuencia no ha atendido suficientemente al precio que hay que pagar. Sin un principio básico que permita pensar en términos de respeto a la vida humana debilitada, no existen fronteras éticas. El poderío de la técnica no admite límites cuando proviene de la renuncia expresa a reconocer que la realidad humana es previa a nuestra capacidad de intervención. Cuando se desconfía en que es *como es*, y no como se quiera que sea para que funcione al servicio de proyectos e intereses. El precio es excesivamente alto: la desconfianza acerca de lo que no sea producto de la acción humana.

El auge de la confianza en la técnica se centra en el área de la salud, en las condiciones de calidad de vida, en la llamada medicina del deseo y en la desconsideración, disfrazado a veces de compasión, hacia el enfermo y el débil. Ser débil –afirma Herranz– ha dejado de ser, como lo era en la tradición médica, suficiente para hacerse merecedor de respeto y protección.

La condición humana incluye la capacidad de sufrir y la aceptación de la limitación. La tecnología no es omnipotente, por lo que es ilusorio el eslogan de “salud para todos”. El núcleo de la medicina radica tanto en la ciencia y competencia para aplicar las terapéuticas más modernas como en ejercer cuidados paliativos, ayudando a aceptar la limitación como parte del proceso personal de la vida.

2. Se ha sustituido el reconocimiento de que todos los seres humanos somos iguales, y dotados de dignidad, por la noción de que la vida de cada individuo tenga una determinada calidad mínima, por debajo de la que sería una vida indigna de ser vivida y susceptible de ser eliminada.

La reducción de lo personal a lo biológico ha llevado a confundir la dignidad y el valor de la persona humana con el valor y la dignidad de la vida en cuanto proceso orgánico. Y de otra, la total separación o independencia, lleva a considerar el cuerpo como algo que se posee, no que se es, y que puede manipularse a voluntad.

Al separarse el ser persona del *ser biológicamente humano* la enfermedad pierde su sentido de amenaza o limitación de la integridad personal. Se reduce a un mero desequilibrio de procesos y puede llegar a verse solamente como un *caso* que ofrece la oportunidad de desarrollar un diagnóstico, o de un ensayo terapéutico. Todo ello forma parte, pero no es todo. No existe propiamente una vida animal del hombre; el cuerpo del hombre es siempre un cuerpo humano. La decadencia, la limitación, el echarse encima de la muerte, no es pérdida del valor personal. De igual forma que la materialidad de una vida incipiente no se puede identificar o equiparar con la dignidad que el carácter personal le confiere.

Varios “ismos” presentes en la cultura occidental han llevado a cabo la reducción de lo personal a lo biológico o su total separación. Un *utilitarismo* que niega valor a una vida que sufre, irreversiblemente limitada, o en su fase terminal. Al mismo tiempo cobra auge el *higienismo*, el derecho a la salud a cualquier precio, los intentos frenéticos por estar en forma, el encarnizamiento terapéutico, entre otras formas de *culto al cuerpo*. El *determinismo genético*, que concede un peso específico irreal al grado *real* en el que las condiciones *genéticas* determinan la conducta, se alía al *eugenismo*, que pretende la clasificación y selección de individuos valorando la existencia humana por las características genéticas. Se llega a que no hace falta estar enfermo: basta ser portador de una dotación genética que le confiera predisposición a determinadas enfermedades, para carecer de la calidad que exige protección.

Objeción de ciencia a la devaluación de la vida humana incipiente

La integración en la ética médica del carácter personal de cada hombre, sea cual sea su situación de debilidad, se ha distorsionado por los cultivadores de las disciplinas implicadas en el análisis de la constitución del hombre.

La raíz de la consideración del embrión humano como una realidad que no exige la misma protección que el nacido tiene su origen en una deficiente biología de la fecundación y desarrollo embrionario. En la segunda mitad del siglo xx, mientras la epigenética se desarrollaba, como paradigma de la biología, se construyeron una serie de argumentos seudocientíficos acerca de la carencia de individualidad del embrión humano en las primeras fases de su desarrollo. En el imaginario actual caló, como *dogma*, la insuficiencia de la fecundación como proceso de inicio de la vida de un nuevo individuo.

Para Herranz⁶ “el *embrión ficticio* ha servido de base para negarle el carácter personal propio de los individuos de la estirpe humana. Afirma que “el debate, sumamente enconado, sobre el estatuto del embrión, y la transmisión de la vida humana, ha partido de un exceso de hipótesis no demostradas y datos imprecisos no contrastados y mantenidos en ocasiones de forma fraudulenta [...] Los avances, en esas mismas décadas, de la embriología celular y molecular contradecían los argumentos y aportaban una imagen del embrión incompatible con la noción de una fase en que es amorfó, homogéneo, constituido por células iguales entre sí...”

Sobre esa seudobiología, la bioética ha sufrido la embestida de la ideología del hombre autónomo, que se arroga dictar las normas sobre la realidad del mundo y del hombre y dirigir su desarrollo y progreso basándose en el poder tecnológico y sin reconocer ni aceptar la existencia de límites naturales. La idea de que la técnica podrá lograr lo que se proponga ha creado un caldo de cultivo de ciencia ficción alejándose de la realidad. La biología de la fecundación y desarrollo embrionario no concierta con una especie de *animación retarda*, según la cual el carácter personal emerge con el desarrollo o, al menos, requiere un periodo constituyente a individuo, que, además, se malogra ante las deficiencias.

Esta falta de rigor científico hace que el juicio ético quede de falto de racionalidad. Recuperar la racionalidad perdida en este aspecto esencial de la ciencia biomédica posiblemente sea imprescindible para potenciar la sensibilidad a los dos principios básicos éticos: respeto al débil y no discriminación. La ética médica, como la bioética, parece exigir una nueva reflexión sobre este punto crucial que parte de una ciencia libre de prejuicios.

Bibliografía

1. López-Moratalla N. Biología y ética de la bioética: la urgente necesidad de realismo. *Cuadernos de Bioética*. 2013;80:251-65.
2. Thomasma DC. *Philosophy of medicine in the USA*. *Theor Med*. 1985;6:239-42.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4.^a ed. New York: Oxford, 1994 (ed. esp. Barcelona: Masson; 1999).
4. Herranz G. El respeto a la debilidad. *Conferencias*. En: *Desde el corazón de la Medicina*. OMC. 2013, pp. 294-306.
5. Comité Consultative National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. 24 février 1986. Disponible en: <http://www.ccne-ethique.org/ccne/HTM/>
6. Herranz G. *El embrión ficticio. Historia de un mito biológico*. Madrid: Palabra; 2013.