

CAPÍTULO II
ÉTICA, DEONTOLOGÍA Y
BIOÉTICA

La Ética “permite calificar los usos, costumbres, o actos humanos desde su carácter de buenos o malos. Podemos decir que la Ética es una reflexión metódica sobre los valores humanos, personales y colectivos; por ello, promueve una reflexión permanente sobre la conducta moral”. (Bórquez Polloni, Ciocca Gómez, Lolas Stepke, Torres- Quintana; “Ética, bioética, ley: conceptos básicos”).

Los actos humanos ineluctablemente deben gozar de dos condiciones esenciales, libertad y conciencia. La noción de moralidad se ha desarrollado en las diversas comunidades humanas y cada generación ha transmitido a sus sucesores el lenguaje moral propio con el interés de distinguir el sentido del Bien y del Mal. Generalmente, las colectividades adoptan los preceptos morales característicos motivados por cuestiones de herencia, tradición y respeto. La educación y la intuición del deber son las circunstancias principales que siempre han permitido la transmisión de los principios morales. Pero, solamente la enseñanza acerca de la conveniencia de cumplir los mandatos morales para obrar bien resultaría insuficiente. Se precisa la existencia de normas prácticas que sean capaces de tutelar los actos humanos cotidianos y determinar aquellas consideradas convenientes.

La Ética no solamente sirve “para saber qué es la Virtud, sino para aprender a hacernos virtuosos y buenos. De otra manera, sería un estudio completamente inútil”. (Aristóteles; “Ética a Nicómano”. Citado por Ángel Rodríguez Luño en “Ética”).

Naturalmente, a lo largo de los tiempos, han aparecido corrientes de pensamiento comprometido, como el “realismo moral” o la “ética de la responsabilidad”, que preconizan la concepción del deber como obediencia a la autoridad; la obligación de someterse a las reglas por considerarlas sagradas e inviolables; la creencia en la justicia inmanente como criterio para juzgar la bondad o maldad de los actos humanos. Como idea básica, estas doctrinas filosóficas establecen lo que los deberes y obligaciones establecidas son las acciones moralmente necesarias para lo denominado El Recto Proceder.

Sin embargo, los intereses morales varían a través del tiempo. De hecho, los componentes morales de hoy son muy diferentes a los de la ética clásica. Muchas de las antiguas normativas han dejado de ser consideradas legítimas y han perdido su vigencia.

“En cada ambiente y en cada época existe un criterio medio que sanciona como buenos o malos, honestos o delictuosos, permitidos o inadmisibles, los actos individuales que son útiles o nocivos a la vida colectiva. En cada momento histórico ese criterio es la subestructura de la moral, variable siempre”. (José Ingenieros; “El hombre mediocre.”)

Es conveniente no observar a la Ética como una disciplina proveedora de normas opresoras o inmutables a las que rígidamente hay que obedecer. La aplicación de sus valores morales que le dan sustento, por ejemplo los valores de comprensión y de tolerancia, bien puede ser el camino de la virtud que permite transitar siempre dentro de los cánones éticos.

“Los dogmas son obstáculos al perfeccionamiento moral. Cada nueva generación contiene gérmenes de perfeccionamiento moral. Cada revisión de valores equivale a una poda del árbol de la experiencia moral, duradero como la humanidad pero cambiante como las sociedades humanas”. (José Ingenieros; “Las fuerzas morales.”)

CONCEPTO DE ÉTICA

La palabra ethos es un término técnico.

Veamos su etimología. La palabra ética -en su forma femenina sustantivada- nos lleva a dos raíces griegas: êthos y éthos. A partir de esta doble raíz posee dos sentidos: según uno de ellos, significa “morada”, “lugar donde se habita”. Así se entiende el término en las epopeyas homéricas. Se usaba con referencia a los animales para aludir a los lugares donde se crían y encuentran, a los de sus pastos y guaridas. Después, se aplicó a los hombres y a los pueblos, en el sentido de su país. En este sentido, significó carácter, lo más propio de alguien, su modo de actuar. El concepto de êthos vigente en la época de Aristóteles significa el lugar que el hombre porta en sí mismo, su actitud, su referencia al mundo y a sí mismo. El êthos es el “fundamento” de la praxis. El éthos tiene, a partir de Aristóteles, un sentido más amplio que el que hoy se adjudica a la palabra ética. Lo ético (êthos) comprende ante todo las disposiciones del hombre en la vida, su carácter, sus costumbres (Fuente: Maliandi, Ricardo. Ética, temas, conceptos y problemas. Ed. Biblos, Bs. As. 1991)

El otro vocablo, éthos, tiene el sentido de hábito. Ambos guardan relación entre sí, en el sentido de que lo más propio de sí, el carácter, se forma a través del hábito, de modo que, por así decir, el marco etimológico encuadra una determinada concepción ético-estético-política.

En el lenguaje filosófico se usa hoy ethos para aludir al conjunto de convicciones, actitudes, creencias morales y formas de conducta ya de una persona individual o de un grupo social o étnico. El ethos es un fenómeno cultural (el fenómeno de la moralidad) que suele presentarse con aspectos muy diversos pero que no está ausente en ninguna cultura.

En el lenguaje corriente suele emplearse el término ética como equivalente a moral. En medios intelectuales y, particularmente, en los filosóficos, como aclara Maliandi, se procura distinguir ambos términos. Así, ética deriva de êthos y de éthos; y moral deriva de la palabra 'mos' (mores), costumbre/s, y sería la traducción latina de aquellas dos. Sin embargo, y por una convención bastante extendida, se tiende a ver en la ética la tematización y en la moral lo tematizado (las costumbres, los códigos de normas, etc.). Desde esta perspectiva, la ética es la tematización del ethos, su reconstrucción crítica.

Probablemente casi todas las definiciones de ética que se han dado apuntan, como modo de reflexión, a dos cosas: a) - fundamentar las normas (o cuestionar determinadas fundamentaciones) y b) - aclarar el sentido y uso de los términos morales. (Fuente: Maliandi, Ricardo. Ética, temas, conceptos y problemas. Ed. Biblos, Bs. As. 1991).

CARACTERÍSTICAS DE LA ÉTICA

- Doctrina especulativa que permite reflexionar, meditar y teorizar acerca de los actos humanos y su adecuación a los ejemplos, modelos, pautas, normas o criterios morales vigentes.

- Disciplina práctica que presenta un esquema normativo.
- Enseñanza útil para la convivencia que presenta los valores morales que tienden a la rectitud de los actos humanos; que muestra los bienes que tienden a la perfección; que indica las conductas virtuosas, el obrar bien; y que mediante la libertad responsable permite al Hombre la posibilidad de alcanzar la felicidad, el fin último de todo espíritu vital.

FUNDAMENTOS

Entre los propósitos que dan fundamento a la Ética, es posible considerar la obtención de fines espirituales y practicar comportamientos deseables como:

Felicidad: este fin se encuentra al dirigir los actos humanos utilitariamente hacia el placer y así se obtiene “la mayor felicidad de la mayor cantidad de miembros de una nación”. (Francis Hutcheson; “System of Moral Philosophy”).

Altruismo: El bien debe existir para provecho de la convivencia y debe engendrar acciones efectivas y valiosas en la conciencia social. En la llamada Moral Altruista, se supone procurar el bien ajeno aun a costa de ingentes sacrificios propios. Es estar atento al Otro, preocuparse por su bienestar, respetar sus concepciones y decisiones diferentes, sus distintos intereses.

Cumplimiento del Deber: La vida en común exige de cada individuo la aceptación de sus deberes para conseguir el respeto de sus derechos por toda su comunidad. Quien cumple con sus obligaciones colabora con el Bien Común, cualquiera que fuera la organización a la que pertenece, sea la familia, la comunidad laboral, el grupo de estudio y en definitiva, la Sociedad en general.

Solidaridad: En la medida en que se consigue armonizar lo individual y lo social, la solidaridad reemplaza al individualismo y la cooperación se opone a la contienda hostil. Actuar con razonable sensibilidad ante las dificultades del prójimo, incluso manifestar adhesión en la defensa por los derechos naturales conculcados supone luchar por el resguardo de la dignidad humana.

Justicia: El célebre jurista romano Ulpiano (Siglo III a.C.) la ha definido como la voluntad de conceder a cada uno su Derecho. Los preceptos morales fundamentales que estableció para el Derecho son: Vivir honestamente; no dañar a nadie; dar a cada uno lo suyo.

El fin práctico de la Justicia es mantener la armonía entre todas las personas de la comunidad. El fundamento moral consiste en el acuerdo sólido de los integrantes de la Sociedad acerca de la concepción de lo bueno y lo malo. Para lograr ese objetivo la práctica y vigencia de la Justicia debe ser constante en las relaciones entre las personas, las organizaciones y en todos los componentes sociales.

NIVELES DE REFLEXIÓN

1. Reflexión Moral. Preguntas del tipo: ¿debo hacer x? preguntan por la aplicación de la norma al caso concreto. Es un primer nivel de reflexión en el que se indaga acerca de cómo aplicar la norma. Es una reflexión que se origina a raíz de dudas o discrepancias morales. (Ej.: pedir a alguien una opinión; un consejo para saber qué hacer).

2. Ética Normativa. Se refiere a la posibilidad de fundamentación y crítica de normas. La búsqueda de fundamentos de las normas y las valoraciones va indisolublemente unida a la crítica permanente de cada fundamentación. Fundamentación y crítica son tareas complementarias. La ética como reflexión filosófica sobre lo moral, trata de indagar por qué hay moral y por qué determinadas normas pretenden obligar con legitimidad. No es su tarea ofrecer normas con contenido, sino señalar las condiciones formales bajo las cuales una norma obliga moralmente.

3. Metaética. Designa un nivel de reflexión que se expresa en todo metalenguaje cuyo referente es algún aspecto lingüístico del ethos señalando, al propio tiempo, que el ethos comprende junto a su dimensión fáctica una dimensión semiótica o lingüística. Para William Frankena la metaética no consiste en investigaciones y teorías empíricas o históricas, ni implica establecer o defender cualesquiera juicios normativos o de valor; no trata de responder a preguntas particulares o generales acerca de qué sea justo, bueno u obligatorio.

Trata de contestar a preguntas lógicas, epistemológicas o semánticas del estilo de las siguientes: ¿cuál es el sentido o el empleo de las expresiones (moralmente) justo o bueno?; ¿cómo pueden establecerse o justificarse juicios éticos y de valor?; ¿son éstos siquiera susceptibles de justificación?; cuál es la naturaleza de la moralidad?; ¿cuál es el significado de 'libre', de 'responsable'? Corresponde a la metaética examinar la validez de los argumentos que se utilizan para la fundamentación de la ética normativa.

Las tareas propias de la metaética serían: a) Establecer el método correcto para fundamentar los enunciados ético-normativos; asimismo, establecer el método correcto para sí misma, según el problema concreto que examine.

b) Establecer el significado de los términos y enunciados éticos (decidir, por ej., si tales enunciados son descripciones de algo, o predicciones, o explicaciones, o mandatos, o recomendaciones, o meras exclamaciones)

Con estas dos tareas está estrechamente relacionada la cuestión de la validez de las proposiciones normativas y esta es la razón por la cual ambas a menudo se encuentran entre sí. El análisis metaético supone el esfuerzo racional por aclarar todo lo que "dice" la reflexión moral y todo lo que dice la reflexión ético-normativa.

Ética Descriptiva. Muchos la designan como metamoral. Es un acto de observación. No es un acto ético, no es normativo ni valorativo. Observamos y describimos lo que observamos. Por ej., cómo opina la gente sobre algún tema en particular. La ética descriptiva verifica cuáles y cómo son las creencias pero no las enjuicia, ni expone creencias del observador. Por ej. "Los mahometanos creen que la poligamia no es inmoral".

DIVISIÓN DE LA ÉTICA

+ **Ética General:** necesita descender de las abstracciones universales para entrar al espacio concreto del Hombre, al sitio de las cuestiones prácticas, al ámbito de las razones y negocios, a las acciones cotidianas y comunes. Inevitablemente, precisa apoyarse en los llamados conocimientos primeros, aquellos que establecen definiciones y conceptos que le sirven de fundamentos.

Busca el auxilio de las disciplinas con las que guarda afinidades esenciales, como la Metafísica y la Antropología Filosófica.

- La Metafísica, (del griego *metá*, “más allá” y *physis*, “naturaleza”, “física”, “realidad”) discurre sobre todo aquello que sigue a las explicaciones de la Naturaleza. Trata acerca de la esencia del ser y de su origen, más allá de lo material, hasta llegar al creador de todo movimiento, de la existencia misma.
- La Antropología Filosófica (del griego *ántropos*, “hombre” y *logos*, “estudio”), reflexiona sobre la esencia del Ser Humano, sus aspectos sociales, culturales, biológicos y morales. Trata sobre temas relacionados con facultades inherentes a la persona como la libertad, la felicidad, la naturaleza del bien y del mal, la virtud, la conciencia.

+ **Ética Aplicada:** se puede subdividir en:

- **Personal o Individual:** trata sobre principios elementales y propone que el Hombre constituye en sí mismo un centro de valor inalienable; es simultáneamente origen y meta de todo propósito moral. Debe ser tratado como un fin y nunca como un medio. Afirma que el hombre posee dignidad, consecuentemente debe ser distinguido siempre como persona y respetado en su honor. Expresa que todo individuo posee la vida como un bien privativo, intransferible y reverencial.
- **Social, Familiar y Profesional.**

CONCEPTO DE MORAL.

Es una disciplina que recomienda normas y principios para regir la conducta de los seres humanos que permiten la armonía entre el interior del individuo y la sociedad a la que pertenece.

La Moral establece la regencia de las costumbres y acciones de la comunidad a la que pertenece el individuo.

JUICIO MORAL

El sistema de la moralidad es desde el comienzo, un sistema regulado por reglas lógicas, semánticas y pragmáticas, y morales (públicas) a las que todos los miembros de la sociedad tienen acceso a través de sus interrelaciones simbólicas y pragmáticas.

En términos generales, puede entenderse por normas indicaciones generales de acción formuladas en proposiciones.

- El obrar regido por normas es, por consiguiente, un tipo de conducta reglamentada.
- Las indicaciones normativas pueden entenderse como un imperativo general. En Filosofía se acostumbra, con frecuencia, calificar a las normas como proposiciones de deber.
- A toda norma, en caso de incumplimiento, le sigue una sanción que varía según las diferentes exigencias sociales (alguien que no respeta las reglas del ajedrez se quedará sin compañeros de juego; alguien que va en contra de las costumbres, marginado, etc.).

La moral se expresa de modo característico en juicios y los juicios reclaman (o tienen la pretensión de) fundamentación. Los individuos, están sujetos a los usos y a las normas morales y jurídicas. Y como no se trata de leyes naturales sino de sanciones humanas, se plantea la cuestión de cómo se puede justificar una tal restricción de la libertad del individuo contra su voluntad.

Las normas sociales, en sentido estricto, parecen necesitar de fundamentación porque los individuos están sometidos a ellas mediante sanciones. Exigen posponer a los individuos sus propios intereses o limitar su libertad en virtud de ellas.

Desde el punto de vista de Ernst Tugendhat, hay entonces dos posibilidades: que el individuo sienta esta compulsión como mera compulsión o la conciba como fundamentada y, en la medida en que así la concibe, incorpore la “compulsión” al ámbito de su libertad. En este sentido, según este autor, hablamos de “voluntariedad” de la sumisión a las normas.

CONCEPTO DE VALOR

Los valores son las características morales de los seres humanos; nos sirven para separarnos de la vida instintiva o animal. Son conceptos operativos que puestos en práctica con firmeza, nos permiten vivir mejor en la esfera individual, familiar, grupal y social.

Es una cualidad, una propiedad o un atributo, que aplicados a las personas, cosas o acciones, justifica una actitud de preferencia hacia ellas.

En un sentido simple y escueto, un valor es todo aquello que sobresale por su excelencia y satisface nuestras necesidades.

La especialización de los conocimientos, abarcando distintas materias como economía, filosofía, educación, sociología, psicología, medicina y otras, en general han creado diferentes conceptos y distintos tipos de valores. Por eso permiten que los valores posean jerarquía, pero

¿cómo determinarla? La controversia es grande, aunque algunos pensadores como Max Scheler* plantearon respuestas en base a la capacidad de duración y profundidad de la satisfacción que producen en nuestras necesidades. Los valores no son reacciones subjetivas de respuesta a estímulos sobre nuestra sensibilidad, ni tampoco formas producidas por la razón. (* “Los valores no son; los valores valen”).

Desde lo opuesto, la corriente influida por la Gnoseología o teoría del conocimiento, “los valores son”. Están en las cosas, ellas precisamente toman dimensión al ser conocidas.

Quedan definidas dos referencias sobre la importancia de los objetos y las acciones, pero que no los afectan, los dejan intactos. Las cosas no son, no existen porque son conocidas; tampoco cuando son valoradas positivamente o negativamente: Ninguna de las dos explicaciones afectan a la esencia misma ni a la realidad concreta de las cosas.

Es el propio individuo al conocer el que cambia justamente en el mismo instante de conocer y permitirse valorar. Conocer y valorar guardan estrecha relación en ese preciso orden.

Cuando el individuo conoce cosas, personas, hechos, seres en general, sufre una impresión sobre sus sentidos, su mente y su voluntad; se conmueve su inteligencia al comprender que significan algo para él, tienen un valor determinado. Puede consistir en un valor alto o bajo, pero valen.

Por tanto, las cosas son y valen.

El término valor ha sido utilizado con más asiduidad en comercio o economía para la puesta de un precio a determinado producto. En estos casos una cosa tiene valor porque es deseada, es preferida y seleccionada.

Pero también se usa la palabra valor con sentido no económico cuando se aprecia la calidad de una expresión de arte como un cuadro, una escultura, una obra de música.

Para Immanuel Kant los valores son parte de la Moral y rigen la conducta para lograr el recto proceder entre los hombres.

Los valores no son reacciones subjetivas de respuesta a estímulos sobre nuestra sensibilidad, ni tampoco formas producidas por la razón. Son objetos ideales, más allá de la realidad material o de la condición psicofísica del observador. Son cualidades ideales que se presentan ordenadas jerárquicamente de mayor a menor y separadas de su antítesis, el antivalor, que es su opuesto natural. Estas cualidades antagónicas, o polaridad, no son agregados sino que son inherentes a las cosas. Ellas existen las reconozcamos con nuestra sensibilidad o no seamos capaces de percibirlas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS VALORES

Las propiedades o características que se otorgan a los valores son tratadas por la Axiología (del griego axios; “valioso, digno de ser estimado” y de logos; “ciencia”).

Habitualmente, se suelen atribuir las siguientes características a los valores:

- **Objetividad:** No son producto de juicios subjetivos, los que no modifican la importancia y la calidad de las cosas que estimamos con “valor”. Aunque los neguemos, los valores están.
- **Irrealidad:** Los valores no se descubren, ni es posible materializarlos. Por ejemplo, la belleza de un objeto no se puede demostrar, solamente conmueve nuestra sensibilidad.
- **Intemporalidad:** Los valores no sufren las acciones del tiempo cronológico. No mejoran ni empeoran con el paso de los años.
- **Falta de espacio:** No tienen capacidad ni ocupan espacios.
- **Inconmensurabilidad:** No tienen la capacidad de ser medidos. No existen patrones de medida para intentar saber sus dimensiones.
- **Absolutismo:** Son independientes; no dependen del individuo que los observa y capta. No pueden ser medidos en el tiempo ni en el espacio.
- **Polaridad:** Presentan siempre su opuesto; es posible conocer los antivalores, que son los fenómenos opuestos. Ejemplo, bueno-malo; útil-inútil.
- **Jerarquía:** Se considera que no todos los valores tienen la misma importancia; algunos son considerados de mayor calidad y categoría que otros según la circunstancia donde se los apliquen. La intuición del sujeto decide si el valor es más alto o menos alto.
- **Incompatibilidad:** Al evaluar una situación determinada, no es posible aplicar todos los valores; debe existir una elección para desechar algunos y aceptar a otros.

ÉTICA DE LOS VALORES

Es de comprobar a diario que los seres humanos valoramos y a la vez somos valorados. Permanentemente enjuiciamos los objetos y las personas de nuestro entorno. A su vez, desde nuestro alrededor nos enjuician generalmente en silencio, aunque a veces nos hacen presente su parecer. En apariencia, el ser humano no puede vivir sin valorar. Existe la inclinación a no permanecer indiferente ante las diversas acciones que nos envuelven. Invariablemente, de manera activa calificamos nuestra realidad como bella o fea, agradable o insoportable, noble o indigna, útil o inservible. Todos esos objetos, acciones o personas que son calificadas o valoradas, son parte material de este mundo donde vivimos. Por tanto, a todos ellos los podemos calificar de hechos, porque de una u otra manera responden a una realidad física que percibimos con nuestros sentidos y se describen como una manifestación fáctica.

Por ejemplo al afirmar “por Internet circulan miles de libros en español”, este enunciado fáctico será verdadero o falso según su correspondencia con la realidad de los hechos. Solamente podemos considerarlo como una expresión de cantidad, que intenta describir una idea acerca de una visión de la realidad de hechos materiales, a la que falta confirmar si es verdadera o falsa en relación a la cuantía enunciada. (“¿Circulan ciertamente por Internet miles de libros en español?”). Pero, en absoluto se puede considerar dentro de lo que son valores.

Ahora, analicemos otra expresión, “Internet es una red asombrosa”. Es una afirmación de cualidad, es una opinión subjetiva que le atribuye al “ente” Internet una calificación con una carga emotiva favorable de estima y ponderación; es una valoración íntima. En esas circunstancias no es posible asegurar la veracidad de la apreciación. No es un hecho.

Descripciones y valoraciones son distintas maneras de comunicar una realidad; en las descripciones se formulan juicios de hechos y en las estimaciones subjetivas juicios de valores.

La Ética aplicada a los valores muestra principios rectores de comportamiento; en este caso apreciando la calidad de los auténticos valores para ser mejores personas; para vivir en adecuada armonía personal, familiar, profesional y social; para permitir que el trabajo, el estudio, la demanda de salud contemple el valor primordial de la dignidad humana; para colaborar que la justicia llegue a todos sin excepciones tanto para premiar como castigar.

Por cierto, es muy importante para el estudiante, futuro odontólogo, y también para el profesional consolidado, el conocimiento y el convencimiento profundo de practicar los principios éticos y morales con la guía rectora de los valores universalmente aceptados como deseables para la mejor convivencia en la comunidad en la que deba actuar. La orientación hacia los objetivos más nobles queda asegurada mediante el recto comportamiento, no exento de autocrítica, para conseguir la práctica de una profesión altruista, docta y humana.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD COMO VALORES

La salud y la enfermedad, al igual que la vida y la muerte, no son simples hechos, sino que también encarnan valores. Normalmente, la salud y la vida se valoran positivamente y la enfermedad y la muerte, de modo negativo. Asimismo, los valores pueden determinar qué es lo que se considera salud. Muchos médicos, sobre todo en Occidente, creen que la salud y la enfermedad se pueden entender como simples hechos. Según ellos, las enfermedades se deben a la alteración de determinados tejidos o partes del cuerpo humano que puede detectarse de modo científico, por lo cual se trata de hechos científicos como los que estudian la física y la química.

Consideramos que la salud es positiva y buena y la enfermedad, negativa y mala, y hoy en día resulta habitual asociar la salud con el bienestar. Ésta es la idea básica de la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud. En nuestra época, la gente cree que está enferma cuando siente que le falta bienestar, aunque no se haya producido ninguna alteración biológica. A raíz de esta nueva concepción, los valores adquieren una gran importancia en las nociones de salud y enfermedad.

ÉTICA NORMATIVA Y VALORES

Adaptación del texto de Ricardo Maliandi.

En la ética normativa, o mejor, en la ética normativo-valorativa, se apunta a problematizar, a poner en cuestión la legitimidad de nuestras discusiones cuando existen discrepancias acerca

de valores y normas morales. La ética normativa pregunta por qué se debe hacer lo que recomienda la norma -o la reflexión moral-; se ocupa del problema de la motivación y del problema de la justificación. Exige respuestas universalmente válidas; es reconstructiva y crítica; su lenguaje es normativo. Como problema, la ética normativa tiene que dar cuenta de su legitimidad. Se trata de saber si las discusiones acerca de normas o valoraciones que tienen lugar de hecho pueden tenerlo también de derecho.

¿Qué clase de validez o qué validez tiene hoy la discusión moral?

De hecho, en nuestra vida cotidiana, nos enfrentamos con conflictos morales en los cuales aparecen distintas y, a veces, irreconciliables posiciones respecto de la asunción de determinados valores.

Desde este punto de vista y como punto de partida, reconocemos la pluralidad de principios morales y valoraciones como fenómeno característico de nuestras sociedades. Esto implica, a su vez, admitir que aceptamos como principios morales a todos aquellos sistemas de normas y valores en los cuales cree y según los cuales pretende ordenar su conducta, por lo menos, algún grupo humano. Las discrepancias y conflictos valorativos pueden obedecer a la adhesión de parte de los sujetos sociales a distintos modelos o paradigmas valorativos, que responden a diferentes modos de interpretar el origen de los valores y que podemos sintetizar de la siguiente manera:

a.- El modelo absolutista.

Hay quienes sostienen que los valores son 'algo' que existe en el mundo 'objetivamente', como un en sí, al modo de entidades independientes del gusto o las preferencias humanas, de modo tal que todo aquel que no adhiere a determinados valores considerados absolutos, acerca de cuya existencia no sería posible dudar, sería alguien que habría caído en el error, la ignorancia o que, por algún problema 'patológico' estaría en un estado de 'ceguera axiológica', causa de su rechazo.

En general, aquellos que postulan el carácter absoluto de los valores morales no admiten, en realidad, la posibilidad de discrepancias valorativas, ya que adjudican a las causas señaladas la imposibilidad de admitir que los valores morales que ellos afirman son incuestionables, porque son objetivos, y acerca de esto no hay conflictos morales genuinos.

b.- El modelo relativista.

Para el relativista no hay posibilidad alguna de afirmar la superioridad de un valor sobre otro, porque no hay posibilidad de discusión genuinamente moral acerca de la verdad o falsedad de nuestras valoraciones morales. Para el relativista, aquellos valores que afirma un grupo son los valores "verdaderos" de ese grupo; de este modo, la verdad de los valores morales se confunde con la vigencia de los mismos. No tendría demasiado sentido hablar entonces de una auténtica discusión, de una discusión seria acerca de valores morales desde esta perspectiva. En realidad, la discrepancia valorativa no tendría ninguna solución porque no hay criterios objetivos que posibiliten afirmar la superioridad de una jerarquía valorativa sobre otra.

c.- El modelo escéptico.

Para el escéptico moral carece de sentido hablar de "valores morales"; en realidad, para él, los valores morales son una máscara, una postulación hipócrita, una invención humana que cubre social e individualmente otros intereses, estrategias de negociación, relaciones de poder.

d.- El modelo crítico.

Hay quienes, a diferencia de las posiciones anteriores, afirman que es posible asumir conflictos acerca de valores morales desde una perspectiva crítica. Adoptar un punto de vista crítico supone no anclar la validez de nuestras jerarquías valorativas en algún mandato de autoridad; sí supone, en cambio, que es posible defender con buenas razones los valores que sostenemos. Desde una perspectiva crítica de los valores morales, se cree necesario desenmascarar lo ilusorio o engañoso y, por lo tanto, lo no moral, pero no se afirma que todo lo moral -como afirma el escéptico- sea ilusorio o falaz. Precisamente, aquellos que sostienen este punto de vista crítico frente a los valores, afirman que la discrepancia valorativa es una característica fundamental de la moralidad. La posición crítica frente a los valores permitiría, según sus defensores, favorecer la conciencia de la problematización de las estructuras sociales generales, promoviendo nuestra capacidad para discriminar las distintas posiciones en conflicto y sus efectos sobre la conducta de la gente a la hora de la toma de decisiones frente a la situación problemática.

Ante la pérdida de confianza en la moralidad porque no se ven los fundamentos de las normas morales, pareciera que la única posibilidad es la de promover cierta "confianza crítica". Una reflexión es crítica cuando no se efectúa como un libre juego subjetivo y solitario del pensamiento (atendiendo sólo a su propia coherencia), sino como un diálogo. La reflexión crítica -y, por tanto, plural- hace prevalecer la fidelidad al problema, frente a la fidelidad al sistema.

Una discusión es crítica cuando no se efectúa como un combate de ideas entre los interlocutores, sino como una reflexión dialógica, como una tarea de cooperación para el logro común de mayor esclarecimiento.

En los innumerables conflictos valorativos es imprescindible diagnosticar las discrepancias originadas por intereses arbitrarios y aquéllas originadas por la intervención de la racionalidad ética.

Los conflictos valorativos se acentúan en la medida en que desaparece un horizonte común de valores compartidos. Hoy asistimos a algo así como una defensa "tribal" de valores, por un lado, y a una acentuación de la dicotomía público-privado, por el otro, que favorece el ejercicio de dos morales: la que sostenemos frente a otros, y la que sostenemos en el ámbito íntimo. Esta fragmentación, a su vez, es acentuada por contradicciones cristalizadas estructuralmente -y también individualmente- que pocos están dispuestos a reconocer y solucionar.

El problema crucial respecto de los valores morales, desde un punto de vista social, es la impresión generalizada del "ciudadano de ser un simple receptor: todo le viene dado, no tiene más que disponerse a ver, escuchar y hacer lo que le pidan. En el mundo actual, ni siquiera

son previsible los problemas que han de convertirse en auténticos problemas". (Cf. CAMPS, V. Las paradojas del individualismo. Crítica. Barcelona. 1993).

CONCEPTO DE JURAMENTO.

Juramento, (Del latín iuramentum; "juramento") es tanto una promesa como una declaración de hechos invocando algo, o a alguien, que es efectuada de manera habitualmente pública y solemne. Por tradición antigua, en el acto del juramento se pone a Dios como testigo de la verdad, honradez y pureza de la acción, del testimonio, del informe, o de la obligación futura. Posteriormente, se permitió jurar por la Patria, el Honor o por el compromiso de decir la Verdad. El juramento constituye un requisito previo insoslayable para el ejercicio de profesiones universitarias o funciones públicas.

"Sin juramento la profesión es un oficio técnico". (Florencio Escardó; "El alma del médico").

La promesa ritual adquiere importancia significativa en materia procesal porque a los peritos, a los testigos, a los traductores o a los intérpretes, se les requiere el juramento de veracidad. En caso de quebrantamiento de la fe jurada porque se falta a la verdad, se la omite o se la deforma, se incurre en el delito de perjurio o falso testimonio, contemplado en el Código Penal Argentino.

ÉTICAS TELEOLÓGICAS Y ÉTICAS DEONTOLÓGICAS

Entendemos que las éticas teleológicas y las éticas deontológicas, en el sentido de Frankena, son aquellas éticas que, o bien tratan de determinar, en primer lugar, qué es lo bueno para los hombres -trátase del bien metafísico o psicológico- y suponen que la maximización de este bien es lo moralmente correcto (éticas teleológicas); o bien, precisan ante todo el marco de lo moralmente correcto, dentro del cual habrá que interesarse por lo bueno (éticas deontológicas). Estas últimas no pretenderían proporcionar criterios para preferir entre valores conducentes a la felicidad, sino sólo establecer un marco universal de lo correcto, dentro del cual conviven las distintas concepciones de la vida feliz que no atentan contra lo correcto (contra el deber).

POSICIÓN DEONTOLÓGICA

- El "por qué" de la acción está en el deber ser que se impone como ley moral a la voluntad.
- Se afirman obligaciones apoyadas en mandatos o valores que, como la honradez, la veracidad, la verdad, la fidelidad y el agradecimiento son tan fundamentales que, desde el punto de vista moral son buenos independientemente de sus consecuencias y tienen que ser aceptados por cualquier sujeto racional.
- Juzga el comportamiento ético de acuerdo con reglas.

- Distingue entre imperativos hipotéticos y categóricos.
- El imperativo hipotético establece condiciones de posibilidad contingentes, por ej. “Debes hacer X si quieres...”. Esta forma de imperativo puede ser de habilidad, por ej. “Debes hacer X si quieres obtener este resultado”; o de prudencia, por ej. “Debes hacer X si quieres ser feliz”.
- El concepto de imperativo categórico contiene un elemento coercitivo en tanto que la ley moral se convierte en un mandato absoluto para nosotros en contra de nuestras inclinaciones. El I. C. no se refiere a QUÉ hay que elegir sino sólo a lo que debe motivar al individuo en su elección.

DEONTOLOGÍA

Del griego déon, “el deber” y lógos, “doctrina”, se ocupa de regular el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de la profesión, especialmente en las acciones que tienen repercusión social. Es la ciencia que se ocupa de los deberes, “de lo que hay que hacer”.

“Es una disciplina que se ocupa de determinar y regular el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de la profesión”. (Diccionario de Ciencias de la Educación Santillana).

Adherimos al concepto que define la Ética Profesional como “el conjunto de reglas que ordenan la conducta en el ejercicio o desempeño en vista de tres finalidades fundamentales: 1) la mejor eficiencia de la aptitud profesional,

2) el éxito legítimo del profesional y

3) el decoro del cuerpo o gremio”.

(Raúl Baethgen; “Ética para profesionales”, citado por Armando S. Andruet (h) en “Ejercicio de la abogacía y deontología del Derecho”).

ÉTICA PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA.

Profesión (Del latín professio; “confesión pública, promesa, consagración”) es el oficio, actividad o empleo que una persona ejerce públicamente y por la que recibe una retribución.

Desde antaño para vivir armoniosamente en sociedad se ha convenido en diversificar las actividades, haciendo necesario el trabajo como ocupación útil y cuya finalidad moral es el desarrollo de las facultades intelectuales, corporales y espirituales del hombre. De esa manera aparecen diferenciadas las profesiones como ocupaciones más estimadas, distintas de los trabajos que implicaban tareas más sacrificadas. En la antigüedad las profesiones como la del médico, poseían un tono de nobleza que le permitían gozar de consideraciones especiales.

En esta realidad peculiar heredada y vigente aún, la ética profesional debe influir para que el odontólogo adopte un modo de vida y de trabajo que respete y proteja los valores morales. Seguramente, ese modo de cohabitar en sociedad le ha de proporcionar satisfacción espiritual y el pleno sosiego de su conciencia.

Entendemos que los requisitos esenciales a cumplir como deberes profesionales se pueden agrupar en dos campos:

- Los requisitos técnicos- científicos, necesarios para ejercer con honestidad intelectual.
- Los requisitos morales, imprescindibles para el recto ejercicio de la profesión.

J. Vega, A. Castilla, M. Martínez León, de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, consideraron en 1994 que la Deontología Médica tiene tres tipos de normas:

- Las normas morales, objeto de la ética médica tradicional, que han preparado el terreno a la Bioética. Se procura una estrecha conexión de las normas morales y sus aplicaciones prácticas con los estudios y conclusiones que desarrolla la Bioética.
- Las normas deontológicas propiamente dichas, recogidas en los códigos y en toda la tradición oral y escrita de la profesión médica. Implica un constante estudio de comparación con los códigos nacionales e internacionales con el propósito de su perfeccionamiento.
- Las normas jurídicas propias de cada país. Se examinan las normas jurídicas vigentes y se analizan las relaciones lógicas con las normas deontológicas a fin de lograr la congruencia necesaria para el ejercicio correcto de la profesión.

La Deontología Odontológica es esencialmente una aplicación de los postulados de la Ética a la profesión odontoestomatológica, que se ocupa de manera especial de la exigibilidad del cumplimiento de los deberes morales inherentes al ejercicio y a los fines del trabajo profesional.

“Tanto en la relación con el enfermo, como de los odontólogos entre sí o de éstos con terceros, hay aspectos muy significativos que no pueden ser regulados mediante disposiciones legales, porque, en el fondo, poseen el carácter de deberes y derechos puramente morales. No es posible, por ejemplo, imponer por ley la intensidad con que un odontólogo ha de ser abnegado en el servicio de sus pacientes, ni señalar cuánto tiempo ha de dedicar al estudio y la formación continuada o cuan crítico ha de ser de su propia conducta. Son esos deberes morales los que constituyen el campo más propio de la ética y deontología odontológica. Los preceptos tienen un talante preferentemente positivo: su objeto principal no es prohibir o condenar ciertas acciones, sino inspirar y animar al odontólogo a practicar la Odontología con dignidad y competencia. La Deontología ha de ejercer la función de inspirar la conducta entera del odontólogo”. (Jordi Ferré Jorge; “Deontología Odontológica”).

PRINCIPALES PROBLEMAS DEONTOLÓGICOS EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

- Secreto Profesional

- Objeción de Conciencia
- Deberes con los colegas
- Publicidad de las actividades profesionales
- Ética de honorarios

BIOÉTICA

La bioética es un movimiento muy reciente. A lo largo de sus pocos años de vida, ha ido enfrentando diferentes cuestiones, hasta el punto de que puede hablarse de tres generaciones de problemas, la de los años setenta, la de los ochenta y la de los noventa. El reto de los años setenta fue la reivindicación de los derechos civiles de los enfermos, tanto somáticos como mentales. En los ochenta el reto pasó de los derechos individuales a los sociales, y el debate giró en torno a los temas de justicia sanitaria. En un cierto momento pudo parecer que no podía irse más allá. Pero la década de los noventa nos ha convencido a todos que aún era necesario ampliar el horizonte y plantearse de frente otros nuevos derechos relativos a la vida y a su gestión, que ya no son individuales ni sociales, sino globales. Se trata de los derechos de la vida en general y, en consecuencia, de los ecosistemas, de la vida humana actual en su totalidad, y de las futuras generaciones.

Etimológicamente, el término Bioética sirve para designar las costumbres que tienen que ver con la vida o el cuidado de la vida. Puede entenderse el término de un segundo modo, dando a sus raíces un sentido más científico. Así, la raíz “bíos” vendría a designar las ciencias de la vida, y la raíz “éthos” la ciencia de las costumbres, la ética. De este modo, la bioética sería la parte de la ética que analiza los problemas planteados por las ciencias de la vida, hoy tan acuciantes. Como puede suponerse, no hay una sola definición del término bioética.

Se ha definido la Bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”. (Enciclopedia of Bioethics. Citado por Armando S. Andruet en “Bioética, Derecho y Sociedad”).

El Diccionario de la Lengua Española la define como “aplicación de la ética a las ciencias de la vida”.

Para otros autores, la “Bioética (Del griego bios, “vida”; ethikòs, “costumbres”) configura un capítulo de la Ética, rama de la Filosofía, que comprende en general la ciencia de la conducta humana. En el caso de la Bioética, la vinculada a los estudios y procedimientos científicos y técnicos de experimentación biológica en la medida en que no se encuentren aun totalmente incorporados a una legislación vigente, porque, de ser así, se integrarían al contexto de la Deontología Jurídica”. (Alejandro A. Basile; “Fundamentos de Medicina Legal, Deontología y Bioética”).

Existe un gran número de intentos por definir esta disciplina que ha tomado un impulso expansivo gigantesco, distribuyendo su influencia en todo el mundo. Otras autoras han

explicado que la Bioética “consiste en una reflexión filosófica sobre los problemas éticos que se plantean en el contexto de la medicina y las ciencias biológicas”. “Las cuestiones que se ocupan son diversas, desde las planteadas por la crisis ecológica hasta la investigación con animales, pasando por decisiones sobre la muerte, control de la fertilidad y la relación médico-paciente”. (Florencia Luna; Arleen Salles; “Decisiones de vida o muerte- Introducción general”).

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

El término ‘bioética’ es relativamente reciente. Fue acuñado en 1970 por el profesor de oncología y bioquímico Van Rensselaer Potter para llamar la atención sobre el hecho de que la ciencia había realizado avances muy rápidos sin prestar la atención necesaria a los valores. Durante un tiempo, el término hizo referencia al intento de vincular hechos científicos y valores en el ámbito medioambiental, pero hoy en día ha adquirido un significado más amplio e incluye la ética médica o, más en general, la ética asistencial. Pese a que a lo largo de la historia encontramos ejemplos de reflexión ética en la medicina, no ha sido sino hasta las últimas décadas cuando la bioética ha evolucionado como subdisciplina de la ética. En parte, esta evolución ha venido motivada por los maltratos a seres humanos en el marco de investigaciones médicas, especialmente durante la Segunda Guerra Mundial, y por la aparición de tecnologías médicas que han puesto en tela de juicio valores compartidos por gran parte de la opinión pública.

Potter, toma la palabra “bioética” de unas publicaciones de 1927 donde el pastor protestante y filósofo alemán Fritz Jahr desarrolló una suerte de novedosas reflexiones ambientales acerca de las relaciones entre los animales y plantas y su influencia sobre el ser humano.

Utilizando el vocablo bioética, Potter propuso la creación de una disciplina con el objeto de abordar el problema de la supervivencia del hombre ante los amenazantes problemas ecológicos del planeta, la que serviría de puente entre la Ética y las Ciencias Biológicas. En su concepto, la Bioética debía ser una ciencia racional y moral aplicada a las cuestiones de los seres vivos. De allí el origen de sus dos publicaciones, consideradas fundacionales por muchos pensadores:

“Bioética: ciencia de la supervivencia”, en 1970; “Bioética: puente hacia el futuro”, en 1971.

Su planteo define la creación de la Bioética Global, una sólida integración de la biología, la ecología, la medicina y la ética de los valores humanos. Ella permite la existencia de los ya referidos puentes, los que comunican la ética con las demás ciencias para defender al hombre de las amenazas que pueden producir el progreso técnico y científico. Como ejemplo: el uso de energía nuclear, la aparatología médica que permite el encarnizamiento terapéutico, los contaminantes ambientales, las radiaciones ionizantes, el aumento de la expectativa de vida humana que se traduce en superpoblación, la contaminación sonora.

Situaciones todas que precisan de un debate ético acerca del uso que determine un resultado bueno para el ser humano; es decir, respetar el principio de Beneficencia.

Posteriormente, diversas consideraciones realizadas por pensadores, médicos, filósofos, juristas, sociólogos y casi toda la gama de intelectuales del universo, fueron encontrando aplicaciones acotadas a sus respectivas ocupaciones o pareceres.

La consolidación de la bioética como disciplina propia ocurre en el decenio (1960-70) de los movimientos emancipatorios militando por la igualdad y la abolición de discriminaciones contra mujeres, etnias, minorías religiosas, anclando en debates sobre multiculturalismo, tolerancia, relativismo cultural, en su gran mayoría basados en nociones de moralidad común, equilibrio reflexivo y paradigmas compartidos de razonamiento moral. Se instala y persiste una bioética de corte individual, racional, deliberante, respetuosa de derechos más que de deberes, basada en ambiciones de universalidad y de una “moral común”: los principios *prima facie* del principialismo son, para muchos, universalmente válidos y de carácter reconocidamente “imperialista” (Garrafa & Lorenzo 2008), aunque sujetos a especificaciones y jerarquizaciones multiculturales (Dawson & Garrard 2006)

En 1972 se denunció al periodismo de USA, la existencia de un Estudio de observación en varones negros sifilíticos sin tratamiento que se llevaba a cabo por los Servicios de Salud Pública en la Universidad de Tuskegee, estado de Alabama. Este es el más largo experimento no terapéutico realizado en seres humanos en la Historia de la Medicina: se extendió desde 1932 a 1972.

El conocimiento público del Proyecto Tuskegee, financiado por fondos gubernamentales, motivó al Congreso de los Estados Unidos a pedir su inmediata suspensión. En 1974, se solicitó al Poder Ejecutivo que se creara una comisión que estableciera las regulaciones de las investigaciones en seres humanos. Entonces, auspiciada por el Congreso Norteamericano y nombrada por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, se constituye una Comisión de Estudio que elabora un documento referido a los “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación biomédica y conductual”. Es una propuesta sumamente importante, Se la considera una pieza fundamental de la nueva concepción de la bioética, por su enfoque y por su sentido ético: Enfatiza el concepto de que sus conclusiones se adopten como Política Sanitaria de Estado, más allá del carácter de reglas técnicas y administrativas.

El Informe fue elaborado en el Estado de California de U.S.A., y dado a conocer en abril de 1979 en el Centro de Conferencias Belmont; de allí recibe el nombre habitual por el que se lo conoce.

Propone tres principios rectores en relación a la práctica de ensayos científicos en seres humanos:

I)- Bienestar.

II)- Respeto de las personas o Autonomía.

III)- Equidad o Justicia.

Por ello se puede decir que la Bioética se ha alejado un poco de la original concepción de Potter, acercándose a la medicina y a las investigaciones en seres humanos; “con aplicación a

las ciencias de la vida”, tal como está definida en el diccionario español y en la enciclopedia británica.

En la práctica cotidiana la Bioética debe intervenir en la búsqueda de soluciones concretas a casos concretos, siempre que se originen conflictos entre los diversos valores, entendidos éstos exclusivamente desde la concepción ética.

En general, puede decirse que los objetos de la bioética la hacen esencialmente interdisciplinaria y con posibilidades de ir agregando otras disciplinas en el futuro como producto del avance de las actividades humanas. Vinculándose con ella, se reúnen un cúmulo de profesiones que, a veces, plantean problemas con límites éticos difusos que requieren ser analizados a la luz de los principios propuestos por la bioética.

PRINCIPIOS CLÁSICOS

Tres principios normativos (o cuatro si se desdobra el primero de ellos) constituyen el eje del modelo ya clásico de la bioética, llamado justamente modelo de los principios: beneficencia (y no- maleficencia), autonomía y justicia.

Aparte la cuestión de cómo se derivan, de su prioridad y de su aplicación, se advierte el fuerte carácter utilitarista del primero y deontológico del segundo, en tanto que el tercero representa un equilibrio en la ponderación de ambas teorías éticas.

Es posible que haya dificultades en la aplicación de los principios clásicos de la bioética cuando entran en conflicto entre sí. Esto es una amenaza para la correcta atención del enfermo. Los casos complejos que tornan difícil conseguir el beneficio del paciente por obstáculos en el tratamiento indicado por ejemplo, dificultades monetarias que tornan arduo el acceso a tecnología de buena calidad. Seguramente el análisis mesurado de los principios de la bioética en conjunto bien puede aportar para lograr la solución concreta del problema.

El Principio de Autonomía.

Es la capacidad de un individuo de disponer su propio gobierno y de su capacidad de pensar, sentir y emitir juicios que crea convenientes.

En ocasión de atender las necesidades referidas al paciente, dentro de las muy diversas consideraciones, la Bioética establece que se cumpla obligatoriamente con el Deber de Información a la Persona Enferma, y se le ofrezca:

- Una explicación clara, precisa y con un nivel de lenguaje que permita comunicar detalladamente, sin ningún inconveniente para la comprensión cabal por parte del paciente.
- La seguridad de que se ha de evitar toda interferencia a causa de circunstanciales emociones o la existencia de intolerables presiones que puedan alterar el entendimiento o torcer la voluntad del paciente.

- La certeza absoluta de una comunicación profesional completa, con veracidad, total reserva y con el máximo respeto por la intimidad del paciente.
- Dentro de un marco de respeto intelectual, es debido informar siempre al paciente las diversas alternativas de tratamiento para que libremente pueda decidir la opción que prefiera; incluida la alternativa de rechazar toda terapia y preferir seguir enfermo. Un ejemplo claro de esta situación es la negativa a tratamiento fundada en motivos religiosos.

El Principio de Beneficencia.

Todo tratamiento debe ambicionar la curación completa del paciente y este sentido de beneficio se debe aplicar indefectiblemente en todos los aspectos de la atención profesional. El criterio del Bien implica que la atención sea buena en sí misma y buena para el paciente.

El Principio de Beneficencia contempla algunas consideraciones básicas como:

- La obligación de curar o aliviar la enfermedad con la mayor dedicación y conocimiento.
- Que se respeten siempre los intereses y las emociones del paciente.
- Que el objetivo con prioridad absoluta sea el bien para el paciente.
- Que en todos los casos se respetará la dignidad del paciente.

El Principio de No-Maleficencia.

Reconoce el derecho a la indemnidad, lo que significa ausencia de todo daño o perjuicio al paciente. Éste es un precepto cuya norma es difícil de satisfacer en la práctica cotidiana.

Cabe la posibilidad de que las decisiones del médico y sus recomendaciones puedan ser juzgadas por el paciente con desiguales criterios y no acordar con el profesional acerca del significado verdadero de beneficio y perjuicio. Esta discrepancia que puede limitar acuerdos con el enfermo no es meramente teórica, ni es una circunstancia improbable, ni mucho menos resulta infrecuente que los familiares se involucren en la situación con diversos resultados.

Es sabido que en las ciencias de la salud, el diagnóstico es una conclusión basada en el análisis de conjeturas donde generalmente se aplica el método inductivo-deductivo tomando de referencia las premisas clínicas generales vigentes, las que tienen la particularidad de ser cambiantes por imperio del continuado avance científico. Entonces, surge evidente que el parecer del médico es comprobadamente falible dado que su juicio se forma por indicios clínicos, su propia observación y su inefable subjetividad profesional.

Por otra parte, los tratamientos son siempre propuestas cuyos resultados no son fáciles de prever aún cuando se guíen estrictamente por sólidos protocolos, porque esas terapéuticas se basan en experiencias anteriores obviamente ajenas al caso específico del enfermo que el profesional está tratando en esta circunstancia.

Por tanto, hay un componente aleatorio, que se agrega a las naturales razones humanas que influyen en todo caso clínico, que contribuye al estado de error latente de todo acto profesional.

Si bien es legítimo que el paciente exija al profesional que exponga todo su saber y voluntad en beneficio de su salud, no es menos cierto que el enfermo debe comprender cabalmente que las actividades del profesional frecuentemente están limitadas por circunstancias que le son ajenas. La carencia global en los hospitales; las trabas burocráticas de servicios privados, mutuales, obras sociales gremiales o entidades públicas de salud; intereses económicos de la política gubernamental que le impide recursos al enfermo para obtener tratamientos superadores; intereses presupuestarios de empresas oferentes de servicios de atención médica. Cualquiera de estos factores pueden privar de la necesaria libertad de acción al profesional hasta hacerlo sentir infecundo. La mayoría de las entidades responsables, públicas y privadas, justifican sus omisiones utilizando argumentos legales difíciles de atacar, pero inciertamente éticos.

Va de suyo que el principio de no maleficencia está unido complementariamente, “mancomun et insolidum”, con el precepto inalienable del arte médico de hacer el Bien.

Las características salientes de este principio son:

- El tratamiento debe resguardar completamente la integridad somática y psíquica del paciente
- De surgir secuelas inevitables, cumplir dogmáticamente los postulados de la prevención secundaria, limitando al máximo los efectos dañosos de la enfermedad o del tratamiento
- Nunca se permitirá consentir con terapias reprochables, dudosas o sin la debida confirmación científica, aun cuando sean tratamientos en circunstancias extremas.
- Invariablemente se debe mantener el respeto por la dignidad humana, honrando siempre los atributos singulares de la persona.

El Principio de Justicia.

La Justicia es la virtud cardinal que propicia brindar a cada quien lo que le corresponde. Un modo de ejercerla es obrando siempre bajo derecho, razón y equidad y no permitiendo postergaciones o diferencias.

Es consenso unánime que no se debe permitir que la edad, la condición física, la capacidad residual de trabajo, la falta de aptitud de aporte al sistema de salud, sean motivos de restricciones o de desigualdades en la atención social o profesional. Sin embargo, se puede comprobar que en nuestra sociedad actual, también en la realidad sanitaria, este precepto ético todavía sigue siendo solamente una ambición loable.

Las consideraciones del principio bioético de Justicia en el arte médico deben propiciar que:

- La inversión de los recursos fiscales en el sistema sanitario aseguren iguales posibilidades de atención y tratamiento a todos los habitantes. Deben eliminarse la desigualdad de

información/educación sanitaria en las distintas franjas de la población; asimismo, eliminar la diferencia de medios y de calidad entre los efectores de salud privados y los públicos.

- El principio formal de Justicia, que conlleva equidad, imparcialidad, equilibrio, legalidad, sea correspondido concretamente por el principio material de Justicia, como por caso poder asegurar la salud pública, exigir el mérito profesional y facilitar su perfeccionamiento, alcanzar el grado óptimo en educación, auditoría universal de calidad en la labor profesional.
- La razón de Equidad, no la relación costo/beneficio, debe ser tomada como fundamento para brindar las prestaciones necesarias a la población.
- El trato a los discapacitados, ancianos, y toda clase de paciente carente no será antojadizo, arbitrario o separatista. Desde la conciencia moral de los integrantes del denominado equipo de salud debe surgir la conducta correcta, sin necesidad de recurrir a leyes especiales de protección que el derecho morosamente otorga.
- El notable avance tecnológico, especialmente en la ciencia médica, pueda beneficiar a todos los sectores de la población, sin exclusiones de ninguna naturaleza.

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS.

El 19 de octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO en su 33ª reunión aprobó la Declaración Universal que consiste en una serie de principios sobre la bioética acordados por 191 Estados Miembros de la UNESCO tras un intenso proceso de elaboración y consultas en el que participaron expertos gubernamentales e independientes procedentes de todo el mundo. Este conjunto de principios constituye una plataforma global común a través de la cual se puede introducir y fomentar la bioética en cada Estado Miembro. Por su parte, la UNESCO debe encargarse de fomentar, difundir y profundizar en estos principios por motivos prácticos.

Con sólo recorrer su texto podemos advertir que lejos de la doctrina de principialismo, existe un entramado profundo con la política que lo convierte en un poderoso instrumento de cambio. Basta para ello repasar algunas de sus notas destacadas: la conexión del hombre con su hábitat y con los seres que lo pueblan; la preocupación por los condicionantes sociales de la salud, por la interculturalidad, por la justa participación en los frutos de la investigación científica. Lejos de ser una proclama más, se constituyó en una guía para la búsqueda de soluciones efectivas a los problemas que afligen a los seres humanos en el campo de la vida y de la salud. Un aspecto central del documento es la forma en que se vincula bioética y derechos humanos.

La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.

Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales (PRINCIPIOS).

En uno de los capítulos mejor logrados, se refiere a la responsabilidad social en salud, comenzando por señalar que la promoción de la salud y el desarrollo social... es un cometido esencial de los gobiernos, compartidos por toda la sociedad.

La Declaración (DUBDH) constituye una guía de acción para enfrentar los años por venir. El aprovechamiento compartido de los beneficios resultantes de la investigación científica, la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad, la evaluación y gestión de riesgos vinculados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas, la cooperación internacional, el respeto de la diversidad cultural y el pluralismo, la vulnerabilidad humana, constituyen temas que necesitan de mayores elaboraciones teóricas, así como de acciones tendientes a llevarlas a cabo

LA BIOÉTICA EN LA ACTUALIDAD

Actualmente la bioética, como el estudio de las cuestiones que afectan a la vida, ya no se reduce a cuestiones relacionadas con la salud privada y en el marco institucional, sino que aparece como un dispositivo capaz de analizar, estudiar y hacer aportes críticos a las situaciones que nos afectan como humanidad y como parte de los grandes ecosistemas de la tierra. La situación de nuestra época es muy grave: nunca tuvimos tanto dominio sobre la vida, y al mismo tiempo nunca como ahora estuvimos en una situación en la que nuestras propias intervenciones hicieran estos procesos de extinción masiva de especies y ecosistemas, con efectos directos sobre los seres humanos.

LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA

Según el principal fundador de la bioética en América Latina, Alberto Mainetti (Mainetti 2011), la bioética ha evolucionado en treinta años en este continente de la siguiente manera:

1. recepción del concepto desde el norte en los años de la década de los 70
2. asimilación (hasta los noventa) y
3. re-creación (a partir del congreso de la Asociación Internacional de Bioética en Brasilia en el año 2000).

El desarrollo de la bioética ha sido influenciado por una situación socio económica muy similar en nuestros países, creando oportunidades pero también con dificultades administrativas y financieras. Latinoamérica despierta, en la actualidad, a la necesidad de contraponerse a la bioética de cauce central -mainstream bioethics- (convencional, clásica o de los países anglosajones), para construir una bioética acorde con sus culturas autóctonas, respetando la diversidad cultural que existe entre las regiones del Sur.

Hay, no obstante, algunos brotes autóctonos que es conveniente poner en la palestra de un debate regional:

- 1) La bioética de intervención, inspirada en buena medida por la filosofía y la pedagogía de la liberación, se ha propuesto un activismo político que brega contra la pobreza y las inequidades, y se sitúa en oposición a la hegemonía del Norte y la explotación de los “países periféricos”;
- 2) La bioética de protección asume la defensa de los desvalidos y vulnerados, presentando un camino de empoderamiento para los subyugados que requieren apoyo para empezar a ejercer su autonomía y desarrollar un discurso ético propio, sin esperar la supuesta justicia global que los teóricos imaginan vendrá en el futuro;
- 3) La bioética que se propone un despliegue sinérgico con los derechos humanos, apoyada en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) y destacando que Latinoamérica ha sido, y continúa siendo, víctima de violación de derechos primarios e incumplimiento de derechos políticos, económicos y culturales;
- 4) Casi todas las naciones de la región han sufrido violencias políticas y la presencia de discriminaciones étnicas y de género, dando voz a un pensamiento bioético que denuncia violencias bélicas, sociales, y familiares que se extienden hacia la violencia estructural del neocolonialismo ejercido por la globalización contemporánea.

En síntesis, la experiencia latinoamericana propone un modelo ampliado de bioética, más simple y complejo a la vez. Un modelo que asume las tradiciones y escuelas canónicas, pero volviendo a pensarlas desde un contexto diverso, con tradiciones culturales ricas y diversas, y con demandas particulares. Al mismo tiempo, este modelo incluye como problemas bioéticos a los elementos y condiciones más básicos para la subsistencia. Finalmente este modelo de bioética asume las demandas que vastas mayorías formulan a partir de su condición de seres negados y relegados, en situaciones de vulnerabilidad, como una perspectiva ineludible.

Por ello es importante que la metodología de la bioética se incorpore en el proceso educativo del estudiante universitario y se incluyan aspectos de voluntariado de servicio que ayuden a formar un carácter solidario y humanitario. Estos aspectos potencian el aprendizaje académico y la formación en valores, aspectos esenciales para el profesional de excelencia que reclama la sociedad actual. De este modo, la universidad se inserta en la problemática social de las comunidades y se convierte en agente de cambio social.

COMITÉS DE BIOÉTICA

La ley 9011/02 de la Provincia de Córdoba define al Comité Hospitalario de Bioética como “el grupo multidisciplinario encargado del análisis y estudio preventivo de los conflictos y problemas éticos, que surgen de la atención de la salud, en una determinada institución sanitaria, como así también del cumplimiento de tareas de docencia y asesoramiento en materia de Bioética”.

Funcionarán como cuerpos colegiados, dotados de autonomía funcional, con carácter ad-honorem, integrados por profesionales de la salud y disciplinas vinculadas a la Bioética. Sus recomendaciones no tendrán fuerza vinculante y no eximirán de responsabilidad profesional,

ética o legal, a los integrantes del equipo de salud humana y a las autoridades responsables de la entidad en la que funcionen.

Los CHB son una forma de Bioética Institucional que cumplen con la tarea de establecer instancias de diálogo y reflexión sobre la problemática ética de la vida y la salud humana dentro de una institución sanitaria. Una forma de definirlos es que son “las instancias o estructuras de diálogo y decisión bioética que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente, los conflictos de valores que se presenten en la investigación o en la práctica clínica”.

Todo comité de bioética se encarga de abordar sistemáticamente y de forma constante la dimensión ética de:

- las ciencias de la salud
- b) las ciencias biológicas
- c) las políticas de salud innovadoras.

Típicamente dicho comité está integrado por diversos expertos, tiene carácter multidisciplinario y sus miembros adoptan distintos planteamientos con ánimo de resolver cuestiones y problemas de orden bioético, en particular dilemas morales relacionados con la bioética.

Por otra parte, además de tornarse más sensibles a los dilemas éticos, los miembros de estos comités adquieren con el tiempo los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para abordar los problemas con mayor eficacia, hasta el punto de que frecuentemente hallan la manera de resolver dilemas cuyo arreglo parecía en un principio imposible.

Los miembros de los comités de bioética suelen consultar la literatura básica publicada en el campo de la “bioética”, lo cual supone consultar libros y artículos de orientación teológica, así como filosófica. Por otra parte, la mayoría de las personas suele confiar en la experiencia acumulada en un entorno o cultura propios, con los consiguientes valores, normas y costumbres arraigados, tanto los que aceptamos como los que rechazamos. Así, por ejemplo, en casi todas las sociedades el asesinato y el robo se consideran actos no sólo inaceptables, sino también opuestos a toda consideración ética. Los valores arraigados, como preferir la vida y la salud antes que la enfermedad y la muerte prematura, sirven de base a ulteriores debates y deliberaciones de carácter ético, jurídico e incluso económico. Aunque los comités de bioética han sido creados para asesorar a los círculos médicos y a los profesionales de la salud sobre la conducta que han de adoptar con respecto a controversias morales concretas que a veces parecen irresolubles, es más frecuente esperar que estos asesoren a los responsables de formular políticas, a los políticos y a los legisladores, y no sólo a quienes practican profesiones médicas o son expertos en ciencias biológicas. Los miembros de estos comités centran su labor en los principios, las normas y los valores que imperan en el ámbito de la atención médica, en relación con el cual no sólo el comportamiento personal, sino también la conducta de los profesionales de la salud (y, a veces, la de los pacientes), deben ser objeto de un examen constante, incluso de supervisión formal. Los estudiosos de la bioética, que están especializados en ética y tienen conocimientos sobre atención médica y la correspondiente normativa, cumplen funciones importantes; en los últimos años se han

centrado más en los problemas de la vida cotidiana, con lo cual la bioética aplicada se ha perfilado como un destacado campo de estudio, a menudo en entornos médicos extra-académicos.

NIVELES DE OPERACIÓN DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA

NACIONAL

REGIONAL

LOCAL

TIPOS DE COMITÉ DE BIOÉTICA

Comités de bioética de carácter normativo o consultivo (CNC)

Comités de asociaciones médicas profesionales (AMP)

Comités de ética médica u hospitalaria (CEH)

Comités de ética en investigación (CEI)

OBJETIVOS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE COMITÉS DE BIOÉTICA

1. CNC: Establecer políticas sólidas en el ámbito científico y médico para los ciudadanos de los Estados Miembros
2. AMP: Establecer prácticas profesionales idóneas de atención al paciente (asociaciones de médicos o de enfermeras/enfermeros)
3. CEH: Mejorar la atención dispensada al paciente (en los hospitales, clínicas de consulta externa o ambulatoria, centros de cuidados crónicos o a largo plazo y hospicios)
4. CEI: Proteger a los seres humanos que participan en investigaciones encaminadas a obtener conocimientos biológicos, biomédicos, conductuales y epidemiológicos susceptibles de ser generalizados (en forma de productos farmacéuticos, vacunas o dispositivos)

FUNCIONES DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

Función	1ºEtapa	2ºEtapa	3ºEtapa	Perspectiva
Educativa	Autoformación	Educación del hospital	Educación de la comunidad	Conceptual o teórica: ética comunicativa
Consultiva	Casos retrospectivos	Casos internos abiertos	Casos externos abiertos	Metodología: ética clínica Procedimientos de toma de decisión
Normativa	Difunde normas dadas	Crea normas específicas	Crea normas genéricas	Administrativa: prescriptivo

RESUMIENDO, Los CHB no han llegado para prohibir, poner reglas, normas o límites, ni para reglamentar o legalizar, sino más bien para respetar la pluralidad y “que las decisiones no invadan las libertades y los derechos de otros individuos y otras sociedades”.

El CHB debe velar por los derechos de los pacientes, entendidos como derechos ciudadanos en el campo de la salud, tratando de ser voceros de aquellos que no pueden hablar o no tienen la fuerza o la forma de hacerlo por sí mismos, los más vulnerables. Este debe ser entendido como uno de sus cometidos fundamentales, particularmente en contextos atravesados por la injusticia social. La resolución de conflictos en el campo de la vida y la atención de la salud comenzará siempre por el respeto de estos derechos. Los CHB, finalmente, introducen en el debate asistencial un nuevo paradigma de la ciencia que abandona la noción de neutralidad moral y otorga a la sociedad civil la tarea de decidir prudencialmente sobre los límites del avance científico técnico.

COMITÉS DE BIOÉTICA EN LATINOAMÉRICA Y ARGENTINA.

Para América Latina los procesos fueron más tardíos que en Europa o Estados Unidos y recién es en la década de los 90 cuando comienza un desarrollo más sistemático de los CHB, siendo Colombia, Chile y Argentina los países que tuvieron inicialmente la expansión más significativa.

En nuestro país la promoción de los CHB ha tenido una amplia y persistente difusión, tanto en el ámbito público como privado; las primeras iniciativas datan de la década de 1980, en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires (1984), el Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires (1984) y el Centro Oncológico de Excelencia de la Fundación Mainetti (1987). A partir de estas experiencias se han creado COBs en el Hospital Penna de Bahía Blanca, Hospital de Niños de la Plata, Hospital Evita de Lanús, Hospital del Niño de San Justo, Hospital F. J. Muñiz, entre otros.

Las primeras referencias normativas nacionales se encuentran en la ley 24.742; en la provincia de Buenos Aires se sancionó el primer antecedente normativo provincial que establecía la necesidad de aprobación de las investigaciones por parte del COB, a través de la ley 11.044; en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se dictaron dos leyes locales que regulan tanto a los comités de Bioética Clínica, como los comités de Ética en Investigación; la inmensa mayoría de las provincias tienen regulaciones propias en la materia.

Para la promoción y el crecimiento de los CHB fue clave el trabajo en redes, con una impronta destacable en la tarea realizada por la Escuela Latinoamericana de Bioética, ELABE que desde la Fundación Mainetti ya mencionada, coordinó el funcionamiento de la Red Regional de Comités de Ética de la Salud, la cual luego de distintos momentos y cambios en los últimos años, ha quedado ligada a la Asociación Civil Bio&Sur. Así también trabajaron otras redes como la Red del Sudeste de la provincia de Buenos Aires, la Red de la provincia de Córdoba, dependiente del Ministerio de Salud y la de la provincia de Neuquén, también desde el Ministerio de Salud.

En este último caso, los Comités de Bioética responden al modelo de Atención Primaria de la Salud que rige a la provincia, siendo originales en su modalidad de funcionamiento ya que no son hospitalarios, sino zonales y cuentan con una marcada participación de la comunidad.

LA BIOÉTICA Y LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

El progreso en las diversas disciplinas de las Ciencias de la Salud ha tenido a la investigación como uno de sus pilares formidables. El enorme aumento de los conocimientos en el último siglo, así lo atestigua. Para que los resultados de estas búsquedas científicas tengan un correlato práctico en la labor clínica, necesitan ser probados en seres humanos. De allí, el empleo del Ensayo Clínico.

Mediante su práctica, se procura mejorar la comprensión de la etiología y la patogenia de las enfermedades en estudio. Paralelamente, se trata de aquilatar los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Concepto de Ensayo Clínico.

En un sentido lato, un ensayo clínico es toda investigación, con fines experimentales, que se lleva a cabo sobre seres humanos. El objetivo universal de estas investigaciones, es la necesidad de encontrar tratamientos médicos que certifiquen plenamente la seguridad y eficacia de todos y cada uno de los elementos clínicos a utilizar en los pacientes.

En estos ensayos se debe aplicar un método cuidadoso, verificado y reproducible. Ciertamente, la disciplina de trabajo debe ser capaz de evaluar con imparcialidad la conveniencia de los procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos a utilizar en las

personas. El propósito primordial y el ánimo del investigador deben orientarse a buscar la verdad utilizando el rigor científico.

La naturaleza experimental del ensayo clínico obliga a considerar cabalmente a la magnitud científica, la ética y la normativa. Es imprescindible asegurar la protección de la integridad espiritual, intelectual y somática de las personas a tratar, respetando absolutamente todos sus derechos, y asimismo, garantizar la fiabilidad de los datos obtenidos.

La Agencia Nacional de Materiales, Alimentos y Tecnología Médica de la República Argentina, (ANMAT), mediante la *Disposición N° 6677/2010, explica al Estudio Clínico Experimental como sinónimo de Ensayo Clínico, y lo define como el “estudio en el cual el investigador selecciona a los individuos con criterios de inclusión y exclusión, interviene de manera activa sobre la variable independiente o predictora, y observa y analiza los cambios que se producen en la variable dependiente o de desenlace a consecuencia de la intervención. Los ensayos clínicos controlados conllevan el concepto de contraste de hipótesis frente a una hipótesis nula. Las intervenciones pueden ser: medicamentos de síntesis, productos de origen biológico, dispositivos médicos, técnicas quirúrgicas, etc. Son estudios considerados como “de riesgo mayor” para los participantes.

(*Disposición ANMAT N° 6677/2010: Régimen de Buena Práctica Clínica para Estudios de Farmacología Clínica.-Glosario-01/11/2010).

(*Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 1480/2011: Guía para Investigaciones en Seres Humanos. -Glosario-13/9/2011).

En nuestro concepto, las cualidades esenciales del Ensayo Clínico pueden ser resumidas en lo siguiente:

- Tiene siempre el carácter experimental; no es un estudio meramente observacional.
- El investigador siempre realiza acciones concretas sobre los grupos humanos en estudio.
- Se lleva a cabo solamente en seres humanos voluntarios.
- En todo Ensayo Clínico, no deben existir sesgos en la selección de las muestras.
- Es un análisis prospectivo. A lo largo del tiempo, se observa la evolución de los investigados.
- La investigación propuesta debe referirse a un tratamiento nuevo.
- El resultado final no siempre deberá, obligadamente, determinar el aporte de un beneficio.
- El resultado de la investigación, puede no confirmar la utilidad prevista en la hipótesis de trabajo.

En la literatura médica se reconoce al Código de Nüremberg de 1947 como la primera expresión cabal de protección y vigilancia éticas en las investigaciones sobre seres humanos. De allí surgieron los principios rectores siguientes:

- Imprescindible necesidad del consentimiento informado de la persona que accede a la investigación.
- Investigación previa en animales para determinar los riesgos probables en seres vivos.
- Control médico permanente en todos los individuos sometidos a investigación.

Durante la XVIII. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial reunida en el año 1964, se promulgó la Declaración de Helsinki I con recomendaciones éticas superadoras:

- Necesidad de la previa evaluación de la calidad científica de los protocolos de investigación biomédica por un Comité de Ética en Investigación, o similares.
- Declaración explícita de los riesgos y probables beneficios que supone la investigación propuesta.
- Insoslayable confección del consentimiento informado y la seguridad dada al sujeto voluntario de la completa confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación.

En 1974, el Congreso de los Estados Unidos propició la creación de la Comisión para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual. En abril de 1979, se entregó el llamado Informe Belmont con los principales principios éticos de:

- Límite entre práctica e investigación
- Principios éticos básicos: Respeto por las personas; Beneficencia; Justicia.
- Aplicaciones: Consentimiento Informado; Valoración de riesgos y beneficios de la Investigación; criterios de selección de sujetos para los ensayos.

En Argentina, ANMAT, desde la Resolución Nº 4854/96, dispuso el “Régimen de Buenas Prácticas de Investigación en Estudios de Farmacología Clínica”, conocida coloquialmente como ANMAT 96.

Es un compendio de las normas internacionales vigentes que se obligan a cumplir en nuestro país. En el capítulo XI de esa resolución, se establecen algunos puntos coincidentes con los ya mencionados:

- Los investigadores deben asegurar la participación de un Comité de Ética independiente.
- El paciente debe concretar su aceptación escrita en un formulario de Consentimiento Informado previamente aprobado por las autoridades éticas.
- Se debe asegurar la plena libertad al paciente de renunciar al proyecto cuando lo desee, sin ningún tipo de consecuencias para su persona o su patrimonio. También se le asegura la plena confidencialidad de la información que suministre o que surja de la investigación.

COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Son grupos multidisciplinarios e independientes de profesionales del ámbito de salud, así como de otros campos del conocimiento y miembros de la comunidad, que tienen por objetivo contribuir a salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de todos los/as participantes actuales y potenciales de la investigación, asegurando que los beneficios e inconvenientes de la investigación sean distribuidos equitativamente entre los grupos y clases de la sociedad así como asegurando la calidad científica de la investigación que evalúa.

LOS CEI EN ARGENTINA

A comienzo de los años 90 existían muy pocos comités de ética y en su mayoría eran comités de ética clínica. Esos comités hospitalarios de bioética comenzaron a ser requeridos para la evaluación de investigaciones que eran realizadas en los grandes hospitales, particularmente en Capital Federal y Buenos Aires, Córdoba y Rosario. Pero la falta de experiencia de estos grupos (cuya experiencia refería a bioética clínica) y las urgencias planteadas por un sistema altamente competitivo en la inclusión de países, fueron generando la necesidad de establecer una distinción entre el cumplimiento de funciones de comités de ética clínica y comités de ética de la investigación, (CIEIS).

En la mayor parte del país la expansión de la investigación exponsorada se hizo a partir del llamado modelo privatizado en donde la industria contrata directamente a investigadores para llevar a cabo la investigación y no a Instituciones académicas u Hospitalarias o a entidades públicas. Este modelo sumado al requerimiento de la norma 5330 que establece solo la necesidad de aprobación por un Comité de ética "independiente", determinó una modalidad de creación de CEI muy particular en el país. De este modo han tenido un importante desarrollo CEI que tienen asiento en centros que no realizan las investigaciones de manera directa, es decir, fundaciones para la investigación, centros o cátedras que no tienen ninguna relación con la asistencia de la salud de los sujetos de investigación o con los centros donde la investigación se lleva a cabo. La mayoría se encuentra en la ciudad de Bs. As. y evalúan investigaciones que se desarrollarán en cualquier parte del país, planteando una evidente dificultad en el seguimiento de la investigación y en el resguardo de los derechos de los sujetos que participan. En otros casos, centros privados que se dedican a la investigación clínica cuentan con sus propios CEI que se ocupan de evaluar los protocolos que allí se realizan, generándose un claro conflicto de interés.

También se están creando comités de ética en pequeños institutos médicos y clínicas privadas, que con dificultad podrán dar cuenta de los perfiles requeridos por las recomendaciones internacionales. Todos estos comités han recibido en nuestro país, paradójicamente, el nombre de "independientes", por contrapartida de los institucionales, (CIEI) que tienen asiento dentro de grandes hospitales que desarrollan tarea de docencia, asistencia e investigación.

En la Provincia de Córdoba todas las investigaciones que se realicen en las que participen seres humanos deben estar evaluadas, aprobadas y supervisadas por un Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud (CIEIS). Los mismos deberán acreditarse ante el Consejo

de Evaluación Ética de la Investigación en Salud (CoEIS), conforme los requisitos y condiciones que a tal fin establezca la Autoridad de Aplicación.

DIFERENCIAS ENTRE CHB Y CEI

a) Objeto: Los CHB deliberan y emiten recomendaciones en dilemas bioéticos; los CEI deliberan y toman decisiones mandatorias en estudios biomédicos.

b) Actividad: Los CHB están mínimamente regulados, no precisan autorización estatal para funcionar; los CEI están fuertemente regulados y en algunas jurisdicciones precisan autorización para funcionar.

Para la conformación de los CEI se cuenta en la actualidad con guías orientadoras que han sido de gran utilidad para unificar criterios de constitución y modalidad de funcionamiento.

Composición:

El Comité de Ética de la Investigación debería estar constituido por:

a.- Dos médicos con experiencia en investigación biomédica no relacionados con la investigación a evaluar, uno de ellos en lo posible no debería pertenecer a la institución.

b.- Un miembro de la comunidad, (hombre o mujer) que pueda representar sus valores al revisar los proyectos de investigación.

c.- Un abogado.

d.- Un trabajador de la salud que no sea médico, (enfermero/a, técnico/a).

e.- Un eticista o experto en bioética que actúe como asesor en ética de la investigación.

En distintas reglamentaciones se ha recomendado la presencia de un farmacólogo clínico y un metodólogo en investigación, como parte de este comité la cual se refiere especialmente a ensayos clínicos con medicamentos o productos en fase de investigación clínica.

Deben tenerse en cuenta además otras recomendaciones para su constitución: 1.- por lo menos 5 miembros de distintas áreas.

2.- no todos del mismo sexo.

3.- incluir algunos no relacionados con la salud.

4.- no todos afiliados a la misma institución.

5.- evitar conflictos de intereses.

De las decisiones:

Las decisiones se pueden tomar por voto o por consenso, este último parece el modelo más adecuado. Si se rechaza un proyecto deben ser presentadas las razones por escrito, las cuales son de cumplimiento obligado.

Dependencia:

En general estos comités se forman específicamente para la evaluación de un ensayo clínico, a pedido de una institución, que puede ser un hospital o, en estructuras más centralizadas, un Ministerio o una Secretaría de Salud. También consejos de investigación nacionales o provinciales, Sociedades Científicas, u otras instituciones que desarrollan o coordinan proyectos de investigación.

El CEI debe contar con autonomía para dar sus dictámenes con respecto a la estructura de la que depende. De otro modo sus recomendaciones pueden estar orientadas por los intereses del grupo promotor del ensayo o por investigadores interesados en la aprobación del protocolo. Este aspecto debe estar previamente advertido en el documento de creación y en el reglamento del CEI.

Se ha propuesto como la forma más genuina que los CEI sean parte de un sistema de evaluación ética, en el cual existan criterios de acreditación y un modelo de registro y seguimiento con control de su actividad, el cual debería estar regulado y fiscalizado por el estado, para que los CEI no respondan a un modelo liberalizado en el que cada uno actúa según sus normas de funcionamiento.

RELACIÓN PACIENTE – PROFESIONAL

“Es la relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud”. (Ricardo González Menéndez. “La relación médico-paciente y su significado”).

El encuentro de una persona en calidad de paciente que llega al consultorio odontológico y requiere su atención profesional, inicia una relación compleja, rica en matices, entre dos individuos que poseen dignidad.

Al abordar el concepto de dignidad encontramos que es un atributo difícil de definir con nitidez por su carácter polisémico, pero que reconoce ideas de autoridad, mérito, respeto, estima, consideración, honor y primordialmente virtud.

Esa digna virtud que presenta el profesional podría considerarse, según el Diccionario de la Lengua Española, como “una disposición constante del alma para las acciones de la ley moral”. En cambio, la dignidad del individuo que sufre la enfermedad podría suponerse que es la “fuerza, vigor, valor, eficacia para conservar o restablecer la salud corporal”.

Planteada así la entrevista paciente-odontólogo, consideramos que el facultativo debe tener en cuenta que posee una investidura respetada por la sociedad en general, que es otorgada moralmente por su dignidad profesional y legalmente por su título universitario.

El profesional no puede obviar que seguramente el paciente, con su circunstancia de necesidad, acude menesteroso al profesional que respeta y valora, va en busca de “su” doctor, en quien deposita su confianza a la espera de una conducta satisfactoria.

Proponemos algunas consideraciones respecto a la relación entre el profesional y el paciente, las que pueden resumirse en los siguientes conceptos:

- La entrevista profesional es una reunión en donde se pone en situación de análisis a un ser humano que se siente enfermo.
- Durante el acto profesional se trata de alcanzar, devolver, restablecer, el estado de salud del enfermo, alta aspiración innegable a todo individuo.
- Es un encuentro interpersonal que, con clima de sobria cordialidad mediante, produce un recíproco cambio de información, sentimientos de solidaridad y comprensión.
- El profesional debe prestar atención a la ansiedad del paciente, un elemento natural en alguien quien enferma pero que se erige como perturbador de la relación, exigiendo de su acervo moral obrar con prudencia, tolerancia y paciencia.
- La inquietud del enfermo por obtener un diagnóstico de su afección y conocer cómo será su futuro, se enfrenta con el deseo profesional de realizar serenamente la búsqueda metódica de los factores patológicos. Ese conflicto no debe pasar desapercibido ni ser subestimado por el profesional, porque puede producir la hostilidad del paciente.
- El prestigio del odontólogo atribuido a su condición de profesional universitario despierta una expectativa en todo su entorno: comienza en el paciente, sus familiares, la grey profesional y llega hasta la población en general.
- El punto de vista del profesional es científico y le permite el convencimiento de que sus proposiciones son beneficiosas para el paciente, desde un sesgo hoy considerado paternalista. El facultativo debe obligarse a exponer claramente sus recomendaciones para la cabal comprensión de su paciente, a veces también de los familiares, razón que le permita tomar la decisión de aceptarlas o rechazarlas en base a su autonomía.
- La relación profesional tiene dos aspectos definidos, el técnico que incluye toda la carga de saberes y experiencias del facultativo; y el humano donde el profesional debe lograr la empatía imprescindible, conocer las singularidades del paciente como persona, ganar su confianza para que acepte convencido que se le está brindando lo que es preciso para su beneficio.
- La esencia de la relación con el paciente tiende a ser asimétrica por la condición técnica del profesional, sus conocimientos del sistema sanitario, su posición de graduado universitario de ciencias de la salud, su probable prestigio y cierto carisma. En cambio, el paciente se encuentra vulnerable ante la minusvalía morbosa que padece; posee necesidad de comprensión y protección; tiene necesidad de seguridad de que serán veraces con él; sobrelleva las dificultades de manejar emocionalmente y somáticamente su enfermedad. Estos

factores ineluctables deberán ser comprendidos por el profesional para actuar con la altura científica y moral necesarias.

- En la vida contemporánea, las personas tienen una alta capacidad de informarse. En el acto clínico se debe ejercitar el arte semiológico completo para comprender el estado morbo del paciente, pero es posible que el enfermo tenga expectativas de tecnología e instrumental de avanzada en su tratamiento. Esta artificial necesidad de demanda inducida es capaz de generar silenciosas tensiones en el paciente, quien puede llegar a considerar una muestra de ineptitud profesional su falta de uso.

Desde la época de Hipócrates hasta nuestros días, en la Relación paciente-profesional, los profesionales de la salud se identificaron por hacer el bien, favorecer, o al menos no perjudicar.

Bajo esta premisa los profesionales actuaron siempre con una visión paternalista, buscando el beneficio del paciente, aún en contra de la voluntad de éste; como un padre trata a su hijo, el paciente asumía un papel pasivo de sumisión, respeto y aceptación de la decisión de aquél.

Fue la esencia del paternalismo.

Modo Paternalista de la Relación paciente profesional:

Es un modelo sencillo: una persona distinguida en la esfera social, el médico, con sus autoridades moral y científica, atiende desde una altura intimidante al paciente. Por lo general, éste concurre, con ignorancia de su cuerpo y su dolencia, a solicitar los servicios profesionales los que son concedidos con una mixtura de favor, ayuda y gracia.

Queda instalado en la práctica médica el Paternalismo, con sus dos aspectos notorios:

- La dominante actitud profesional de Beneficencia en declarada defensa de lograr las mejores condiciones para el paciente.
- La ejecución práctica de la autoridad profesional, conferida por la sociedad, que se materializa en la elaboración de decisiones que no contemplan la Autonomía del enfermo.

A partir del siglo XVIII el pluralismo, la democracia, los derechos humanos, civiles y políticos, se consideran conquistas de la modernidad.

Por lo tanto, aquella concepción hipocrática va tomando un nuevo rumbo hacia el respeto del hombre.

Pero estas conquistas llegan a las Ciencias de la Salud recién en la década de los setenta, de la mano de la Bioética, cuando los pacientes empiezan a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables; con lo cual la Relación paciente-profesional pasa a basarse en el principio de autonomía y de libertad de todos los sujetos implicados en ella, donde cada uno tiene una significación moral específica:

El paciente actúa guiado por el principio moral de la autonomía.

El profesional, por el de beneficencia.

Y la sociedad, por el de justicia.

La autonomía del paciente, es reconocer que el mismo tiene una autonomía moral que le permite ejercer el derecho de tomar las decisiones que afectan a su propio cuerpo o salud. Este principio establece que nadie por más que desee el bien a otra persona puede hacerlo en contra de su voluntad.

De esta manera la Relación paciente-profesional entre dos personas adultas, autónomas, libres y responsables, que mutuamente se necesitan y ayudan, y que establecen su relación basados en principios de justicia, es más humana.

Relación Dialogada.

El dialogar o conversar en el acto clínico implica comunicar, informar, acordar y saber escuchar. El diálogo es un principio universal de relación en distintos niveles: biológicos, sociológicos, tecnológicos, que permite la conexión con la realidad circundante y facilita las más variadas actividades humanas.

En la relación con el profesional, el paciente conversa, produce un intercambio de ideas, de afectos, en busca del entendimiento y la comprensión que le permita satisfacer sus necesidades.

La comunicación eficaz de la naturaleza de la enfermedad, la elaboración de un pronóstico correcto, las alternativas terapéuticas, los costos probables y la duración del tratamiento son los resultados previsibles que desea obtener el paciente merced a la confianza depositada en el profesional. Seguramente, esto despierta en el paciente el convencimiento de que existe una clara intención de beneficiarlo: El producto de esto puede ser la instalación de una fuerte empatía, una alta adhesión al consejo profesional y un seguro entendimiento para el consentimiento informado.

Sin embargo, puede suceder la relación con un paciente carente de la capacidad para asumir responsabilidades. En esta categoría, el individuo entiende que no es culpable de su actual situación de minusvalía, piensa que solamente le asisten derechos de atención y a conseguir ayuda profesional, que no tiene obligaciones de cooperar o que inexorablemente se debe curar exitosamente. Ante esta situación, es imperativo del profesional mantener el control emocional, alta disposición de escucha, tolerancia y paciencia, a la vez que deberá exhibir habilidad para la argumentación convincente.

LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE ES LA QUE DETERMINA EL SURGIMIENTO DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tal como lo expresa Fernando Lolas Stepke, “el consentimiento es en primer lugar un proceso social por el cual las personas entran en contacto con una forma particular de diálogo o conversación y en segundo lugar es un procedimiento técnico mediante el cual se manifiesta el respeto por el individuo y el objetivo del procedimiento o investigación”.

“Es el derecho que tiene el paciente atento y mentalmente competente a ser informado de manera precisa y comprensible de la naturaleza de su enfermedad, sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento; los riesgos que encierra dicho tratamiento, las posibles alternativas y el respeto de sus decisiones personales”.

La palabra consentimiento, derivada del latín “con sentir”, según el diccionario de la Real Academia significa: acción y efecto de consentir.

Se utilizan para significar lo mismo palabras tales como: licencia, autorización, aprobación; y en sentido opuesto: denegación, disenso o prohibición.

También se entiende por consentimiento el permitir una cosa, conceder que se haga o, asimismo, existencia de conformidad de voluntad entre dos partes.

La cooperación del paciente debe ser conseguida sin coerción; el profesional no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.

Paciente y profesional, abiertos al diálogo, lograrán mayor transparencia.

La claridad favorece la confianza y la amistad, con ella el paciente acepta más fácilmente las obligaciones que le impone la terapia y puede decidir con mayor lucidez sobre las diversas alternativas posibles. Será el bien del paciente el que presidirá las decisiones concretas.

Este derecho en doctrina se ha denominado como consentimiento esclarecido del paciente y en lenguaje ético consentimiento informado.

En Odontología siempre existió un consentimiento tácito, al comprometerse paciente y odontólogo en un acto de mutua confianza para realizar una prestación odontológica. Una de las partes solicita atención y la otra presta o brinda el servicio.

El consentimiento informado es este mismo consentimiento, solo que se incorpora el acto mediante el cual el Odontólogo debe dar primero una información al paciente sobre la atención odontológica y a su vez tomar la decisión del paciente. Se inicia en forma oral para quedar expresado por escrito con la aprobación o negación del paciente. Así el Consentimiento pasa de un acto de confianza a un requisito forma. Se aplica un proceso metodológico que incluye una información, y una elaboración y decisión.

La información significa dar a conocer algo y se establece una comunicación entre un emisor (Odontólogo) y un receptor (paciente, familiar). Entre ambos hay un mensaje de transmisión que elaborado ha de llegar a su entendimiento por el receptor. El mensaje debe estar de acuerdo a las pautas culturales, educativas, sociales y familiares del paciente.

Sólo el paciente bien informado puede decidir correctamente sobre su salud y pedir su consentimiento para una determinada práctica, rechaza la figura del paternalismo médico y es la base actual en la relación profesional paciente.

El mejor Consentimiento Informado está establecido por:

- Una excelente relación paciente-profesional.
- Un exacto y completo informe del acto profesional.
- Una permanente actualización profesional.
- La aplicación de normas y prácticas aceptadas universalmente.
- La utilización de tiempos y recursos correctos.
- Una permanente jerarquización de los profesionales.
- Una aceptable remuneración profesional.

COMPONENTES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Información y consentimiento. Ambos se desdoblán conformando cuatro elementos: 1.

Revelación de la información;

2. Comprensión de la información;

3. Consentimiento voluntario;

4. Competencia para consentir.

Respecto de qué tipo de información debe recibir el paciente se han dado sucesivamente (y se dan siempre conflictivamente) en la jurisprudencia tres principales criterios: 1. Lo que considera lo comunidad científica;

2. Lo que la persona razonable desea saber;

3. Lo que un paciente personalmente desea saber.

En cuanto al concepto de competencia para consentir (o rechazar) un tratamiento, también cuenta con diversos estándares o criterios, que pasan por la racionalidad o irracionalidad de las decisiones. El desiderátum de consentimiento (o rechazo) válido, más allá del recaudo legal o burocrático implica, en suma, adecuada información, no-coerción y competencia.

FASES EN LA ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1) Fase verbal: Información Primaria al Paciente. Se le explica adecuadamente, con veracidad y afabilidad, los distintos aspectos terapéuticos como:

- + Los objetivos del procedimiento propuesto.
- + La manera en que se llevará a cabo describiendo prolijamente las distintas fases, las maniobras instrumentales y su duración, los costos estimados.
- + Los riesgos, molestias y efectos secundarios indeseados y las secuelas posibles. Los beneficios esperados a corto, medio y largo plazo.
- + Posibilidad de terapéuticas alternativas. También se ofrecerán las explicaciones del modo en que se llevarían a cabo, probables riesgos y beneficios.
- + La libre posibilidad del paciente de pronunciarse por el franco rechazo a todo tratamiento y, luego de esa determinación, los efectos ulteriores previsibles.
- + Los criterios profesionales que fundamentan el procedimiento recomendado.
- + La disposición permanente del profesional a seguir ampliando los detalles que el paciente necesite para llegar a una resolución comprensiva.
- + El respeto rotundo por cualquier alternativa elegida; así como su completa libertad de reconsiderar sus decisiones y suspender el tratamiento en cualquier momento.

2) Fase de comprensión del paciente, en donde se le permite un tiempo prudente de reflexión para que elabore con serenidad su decisión. Además, si las circunstancias clínicas lo permiten y no existe alguna condición apremiante, es procedente suministrarle material de información complementaria para su análisis en el hogar, incluso con posibilidades de examinarlo con terceras personas. Muchas veces, la complejidad del tratamiento hace aconsejable repetir varias sesiones de consulta hasta dejar asegurada la total comprensión y la completa convicción del paciente.

3) fase de decisión del paciente, en donde lo adecuado es confeccionarla de manera escrita con su firma y también el testimonio de dos personas, familiares o no, que puedan dar prueba fehaciente de la libertad y voluntad del consentimiento del enfermo. Indudablemente, el profesional también ha de continuar dialogando con el enfermo en esta etapa, ha de seguir aclarando algunas dudas razonables, y fundamentalmente brindando la información necesaria con la mayor bonhomía y tolerancia.

Requisito de Capacidad.

Es la competencia del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta y la cantidad de informaciones que recibe. Mediante esta habilidad reconoce las consecuencias posibles, analiza el grado de aptitud y calidad de las distintas opciones y cursos de acciones, utiliza su propia escala de valores para aceptar lo que se le propone y puede conjeturar sobre sus consecuencias. Evidentemente, la capacidad se halla velada en los denominados pacientes incompetentes que son los que presentan inconvenientes judiciales para su facultad de decisión. La falta de competencia del paciente es de naturaleza múltiple, como es el caso de los enfermos mentales que tienen fallos judiciales firmes con la declaración de insania y son

conocidos como “insanos de derecho”; los afectados neurológicos de etiología variada con todos los grados de coma; el aquejado por enfermedades metabólicas en períodos de complicaciones irreversibles de la conciencia y jurídicamente en los menores de edad. En todos los casos en que se presume que el paciente no puede tomar determinaciones, se deberá requerir el consentimiento informado diferido, que es aquel que otorgan las personas responsables de su guarda, que pueden ser los padres, familiares, cónyuges, apoderados habilitados, tutores o curadores legales.

Los propósitos de la obtención del consentimiento informado diferido con terceras personas idóneas, son los de asegurar la presencia y el respeto de los principios bioéticos consagrados:

- Tomar una decisión compatible a la del paciente capaz si pudiera disponer de su Principio de Autonomía., respetando su ideología, su cultura, sus costumbres y sus valores de toda índole.
- Resolver las cuestiones terapéuticas con la intención de lograr el Bien Mayor para el enfermo, cumpliendo cabalmente con el Principio de Beneficencia.
- Estimar todos los riesgos probables, analizar los beneficios objetivos propuestos y decidir en consecuencia por el aparente mejor resultado; esto es el Principio de No Maleficencia.
- Asegurar que en la atención profesional que se le brinde al enfermo no se haga distinciones por ninguna de sus condiciones propias en cuanto a raza, posición social, posibilidades de retribución o diferencias arbitrarias de cualquier otra índole; es el Principio de Justicia.

CONSENTIMIENTO TÁCITO – CONSENTIMIENTO SIMPLE O VERBAL – CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO

La obligación de informar satisfactoriamente a los pacientes es universal y permanente y forma parte de los deberes éticos ineludibles del profesional. Como correspondencia, en una relación recíproca, el paciente debe expresar francamente su conformidad y aceptación de la propuesta de tratamiento ofertada. Esto constituye el consentimiento verbal; el que conviene siempre que lo manifieste delante de otras personas como familiares, amigos o en su defecto, personal de colaboradores del profesional.

Mucho se ha dicho sobre el consentimiento verbal y su posibilidad de probanza en un litigio, especialmente si se carece de testigos hábiles. De allí los repetidos consejos de dejar asentado por escrito en la historia clínica todo lo acordado con el enfermo acerca de los tratamientos a realizar.

Otra figura del consentimiento del paciente es la del tácito o implícito, que es aquel no materializado formalmente mediante escritos, pero que se infiere o supone otorgado en base al vínculo de confianza establecido durante la relación profesional-paciente.

Puede pensarse concedido desde el mismo momento que el paciente concurre a determinado profesional. En efecto, es de presumir que el mismo goza de su confianza por los reconocidos méritos técnicos y científicos, su don de gentes, o por las cualidades que el paciente quiera otorgarle, pero que en definitiva son los que tuercen su decisión hacia el hecho concreto de

concurrir para su asistencia. El consentimiento tácito, también puede considerarse como otorgado para los distintos pasos intermedios de un tratamiento en el que incluso pudo haberse otorgado por escrito la aceptación, pero que la dinámica de las distintas operaciones terapéuticas hacen imposible poner en detalles minuciosos.

Es preciso advertir que la doctrina considera que el consentimiento tácito solamente tiene validez cuando forma parte de alguna manera del consentimiento explícito otorgado al profesional, sea en forma oral o escrita.

El consentimiento informado con fines determinados constituye la clase de los consentimientos específicos. Son los que se requieren en ocasión de investigaciones con personas con fines terapéuticos o experimentales. También se los confecciona en ocasión de tratamientos con indudable riesgo, invasivos, en trasplantes o cuando el paciente desea autorizar un tratamiento hasta cierto límite. Un clásico ejemplo lo constituye cuando en una intervención de cirugía programada con fines concretos, aparece en el campo quirúrgico una expresión tumoral que, a juicio del cirujano es conveniente extirpar aún a riesgo de producir una parálisis por sección de un nervio motor. Si bien puede existir el alto propósito de limitar el daño pernicioso para la vida del paciente por parte del profesional, se le puede reprochar el haber actuado sin consentimiento específico ni haber previsto la contingencia gravosa para el paciente. El paciente o sus representantes legales, pueden alegar que la intención original ante el acto quirúrgico era no exceder los límites previamente consentidos formalmente y que existió siempre la intención del paciente de ceñirse a lo estipulado.

EI MENOR DE EDAD Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Considerar al menor como incapaz de tomar sus propias decisiones sobre su vida o su cuerpo de modo racional y prudente, evoca la figura del paternalismo. El concepto proviene de la cultura griega que consideraba que sólo lo natural es moral considerando a la niñez no totalmente natural. De acuerdo a su ingenuidad y su inexperiencia, los niños no estaban en la plenitud de su carácter y no podían entonces, tomar decisiones morales. Ya en el siglo XX Jean Piaget es quien sostiene que la moralidad del niño atraviesa distintas etapas señalando que entre los 11-12 años y hasta los 16 comienzan el reconocimiento y aceptación de normas sociales de convivencia. Kohlberg ha aportado lo suyo con relación al desarrollo moral de los niños discrepando con Piaget en que muchos adultos no alcanzan el completo desarrollo de la moral y esto, por cierto no resulta difícil de reconocer en muchos casos. Pero es en la década de los 80 donde comienza a establecerse el concepto de menor maduro. Puede decirse que el ministerio pupilar aplica la teoría del menor maduro cuando existen decisiones de bajo riesgo y gran beneficio dando prioridad a la opinión del menor. Surge así el significado de ASENTIMIENTO, que no requiere por cierto la intervención del profesional para su validez, ni de la justicia para su legalidad.

Es fácil deducir que el mayor beneficio puede no coincidir con la escala de valores de un menor maduro y surge inmediatamente el problema de resolver quién de los actores define cuál es el mayor beneficio.

Esta decisión ha recaído por lógica en los padres y así lo señalan diversos códigos civiles incluido el de Argentina, que hablan de patria potestad y de tutela del menor no emancipado. En el caso que los padres no interpreten bien el concepto, el juez tiene autoridad para suspender la patria potestad salvaguardando al menor, pero éste no era el caso de la pregunta de marras. Por otra parte, se ha considerado por siglos que el encargado de definir la conducta más beneficiosa para el paciente es el profesional, que detenta por su formación académica, un claro conocimiento de la mejor opción frente a la enfermedad. Sin embargo, no puede soslayarse que la familia comparte tradiciones, cultura, valores y principios que definen un estilo de vida y conductas consideradas beneficiosas o, por contrapartida, el rechazo a determinadas prácticas que se oponen a su escala de valores morales o religiosos.

Desde finales del siglo pasado se entiende que ni la sociedad, el médico, la familia o el juez puede disponer el mayor beneficio de la persona sino más bien, protegerla de la maleficencia o perjuicio que pudiera acontecerle por una inadecuada decisión.

Se entiende que la familia posee naturalmente la decisión subrogada para elegir por el menor, en particular antes de los 12 años de edad.

El estado debe velar para que no se excedan los límites en perjuicio del mismo. De la lectura de las disposiciones legales en la Argentina se desprende que los menores maduros poseen capacidad para decidir sobre su propio cuerpo, La ley de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes establece entre las garantías mínimas “que su opinión (la del menor) sea tomada primordialmente en cuenta al momento de arribar a una decisión que lo afecte”. De esta manera el ministerio pupilar intenta evitar la judicialización de la minoridad en cuestiones de salud, tal como en otros asuntos atinentes a la infancia.

Es aquí donde los comités de bioética asistenciales deben hacer su aporte para acompañar a los involucrados en el acto médico y, con adecuado funcionamiento, deben brindar apoyo y contención tanto al profesional, al paciente y a los terceros intervinientes pero bregando particularmente para que la atención se haya realizado centrada en el paciente.

En Argentina se refrendaron los dichos de la Convención de los Derechos del Niño a través de la ley sobre Aprobación de dicha Convención (Nº 23.849). Por tal motivo el menor no puede ser objeto del ejercicio abusivo de la patria potestad por parte de los progenitores. Así, puede señalarse como ejemplo de respeto al consentimiento de adolescentes a la Ley Nacional de Sangre (Ley 22.990) que fija en 16 años la edad mínima para donar sangre mientras que para la donación de médula no se instituye un mínimo de edad, bastando con el consentimiento conjunto del representante y del menor.

La provincia de Córdoba establece en la ley sobre Promoción y Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes (Nº 9944) el derecho a la libertad y señala que este derecho comprende: “Tener sus propias ideas, creencias o culto religioso según el desarrollo de sus facultades y con las limitaciones y garantías consagradas por el ordenamiento jurídico, y ejercerlo bajo la orientación de sus padres.

La ley 26061 (homóloga a la anterior pero de carácter nacional) en su Art. 14 establece en el inciso a: “El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales

reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad. La ley nacional 26529 y su modificatoria en torno a los Derechos del paciente, consagra el valor del texto antes señalado cuando expresa sobre autonomía de la voluntad: ... Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud”.

Hoy se afirma, incluso, que el derecho del menor a su propia determinación (self determination) es parte de los derechos de su personalidad”. La madurez moral no es una situación a la que se acceda de manera estanca y a través del calendario, sino que expresa la forma en la cual los sujetos adquieren progresivamente la competencia para decidir sobre sus propios intereses. Esta condición de madurez puede depender más de condiciones personales que de su edad. Cuando el niño es capaz La bioética aplicada al contexto de la práctica médica de sustentar derechos y asumir responsabilidades puede, por cierto, decidir sobre los mejores intereses para su propia vida.

ASPECTO LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es frecuente que los profesionales tiendan a considerar al consentimiento informado desde un punto de vista puramente legal; como una medida defensiva de su labor, para prevenir una eventual falta de responsabilidad, y que suele traducir el llenado de ciertos formularios por el paciente.

En realidad el sentido del consentimiento informado trasciende esta visión formalista, porque es mucho más que un mero requisito legal. Se trata en verdad de una obligación ética básica de todo profesional de la salud, que responde a la necesidad de respetar la dignidad del paciente como “persona”.

Además nuestra obligación no debe estar necesariamente respaldada por una ley; es parte de nuestra responsabilidad profesional incorporar a nuestro quehacer diario todos los cambios que se vayan dando en la relación paciente profesional, como una conducta ética y por el bien de la profesión.



- CODIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION
 - LEY 2.994

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#2>

- Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Ley 26.529

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

- Modificase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Ley 26.742

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>