



Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higia y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y a todas las diosas, cumplir según mis posibilidades y razón el siguiente Juramento:

Estimaré como a mis padres a aquel que me enseñó este arte, haré vida común con él y si es necesario partiré con él mis bienes; consideraré a sus hijos como hermanos míos y les enseñaré este arte sin retribución ni promesa escrita, si necesitan aprenderlo.

Comunicaré los principios, lecciones y todo lo demás de la enseñanza a mis hijos, a los del maestro que me ha instruido, a los discípulos regularmente inscriptos y jurados según los reglamentos, pero a nadie más.

Aplicaré los regímenes en bien de los enfermos según mi saber y entender y nunca para mal de nadie.

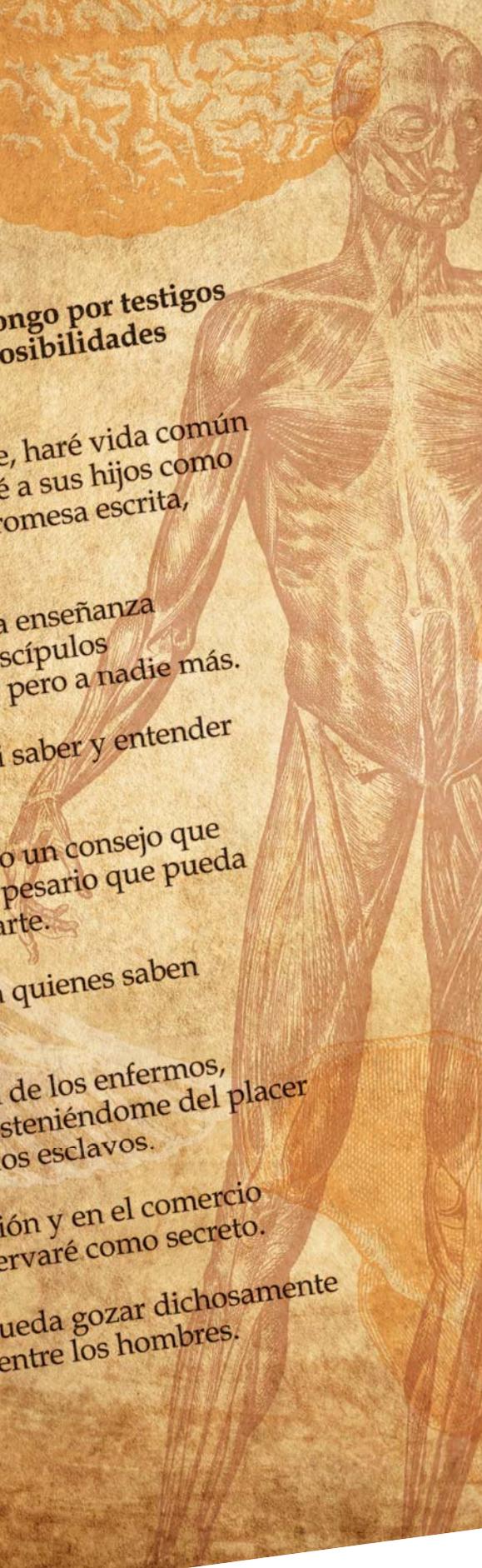
No daré a nadie, por complacencia, un remedio mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida. Tampoco daré a una mujer un pesario que pueda dañar la vida del feto. Conservaré puros mi vida y mi arte.

No extraeré cálculo manifiesto, dejaré esta operación a quienes saben practicar la cirugía.

En cualquier casa en que penetre, lo haré para el bien de los enfermos, evitando todo daño voluntario y toda corrupción, absteniéndome del placer del amor con las mujeres y los hombres, los libres y los esclavos.

Todo lo que viere u oyere en el ejercicio de la profesión y en el comercio de la vida común y que no deba divulgarse lo conservaré como secreto.

Si cumplo íntegramente con este Juramento, que pueda gozar dichosamente de mi vida y mi arte y disfrutar de perenne gloria entre los hombres. Si lo quebranto, que me suceda lo contrario.





Bioética, la intervención de la ciencia y la tecnología sobre la vida. Principios y Ámbitos de actuación

Ana Luisa Villanueva
Directora Médica Vida, Salud & Accidentes MAPFRE RE
Madrid - España

La preocupación por el mal empleo de la medicina y el conocimiento científico, se remonta a épocas lejanas. El ejercicio de esta profesión implica tratar con la vida, la salud y la muerte, y siempre ha tenido una dimensión ética.

Durante siglos fueron los propios médicos, quienes, a través de su experiencia y sentido común, materializaron en forma de juramentos o códigos las competencias y requisitos de rectitud necesarios para ser admitidos a trabajar en hospitales o inscribirse en las academias y sociedades profesionales. La ética médica se ha expresado básicamente como deontología médica y su primera y más conocida manifestación es el Juramento Hipocrático (siglo V a. C).

El término "Bioética" tiene su origen en la combinación *Bio-Ethik* (unión de los vocablos griegos *bios*, "vida", y *ethos*, "comportamiento") creada por el pastor protestante, teólogo, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, quien en 1927 la utilizó en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y los animales.

El bioquímico norteamericano dedicado a la oncología, Van Renselaer Potter utilizó el término "*Bio-ethics*" en 1970 en un artículo - "*Bioethics: The science of survival*" ("Bioética: La ciencia de la Supervivencia"). En 1971 publicó "*Bioethics: a Bridge to the Future*" (Bioética: un puente hacia el futuro) donde expresa el conjunto de preocupaciones sobre la práctica de la medicina y la utilización de las tecnologías.

La bioética se proyecta sobre los inicios de la vida humana y su planificación, la curación y el tratamiento de la enfermedad y los estadios finales de la vida humana. Los conceptos sobre los que gira no solo tienen implicaciones éticas, sino también científicas, políticas, sociales, económicas y jurídicas. Por ello la bioética es un discurso *multidisciplinar*. Pretende proporcionar las *reglas claras y concluyentes* sobre lo que (éticamente) puede y/o debe hacerse ante cada problema o discusión bioética suscitada, y *alcanzar consensos* sobre los problemas bioéticos

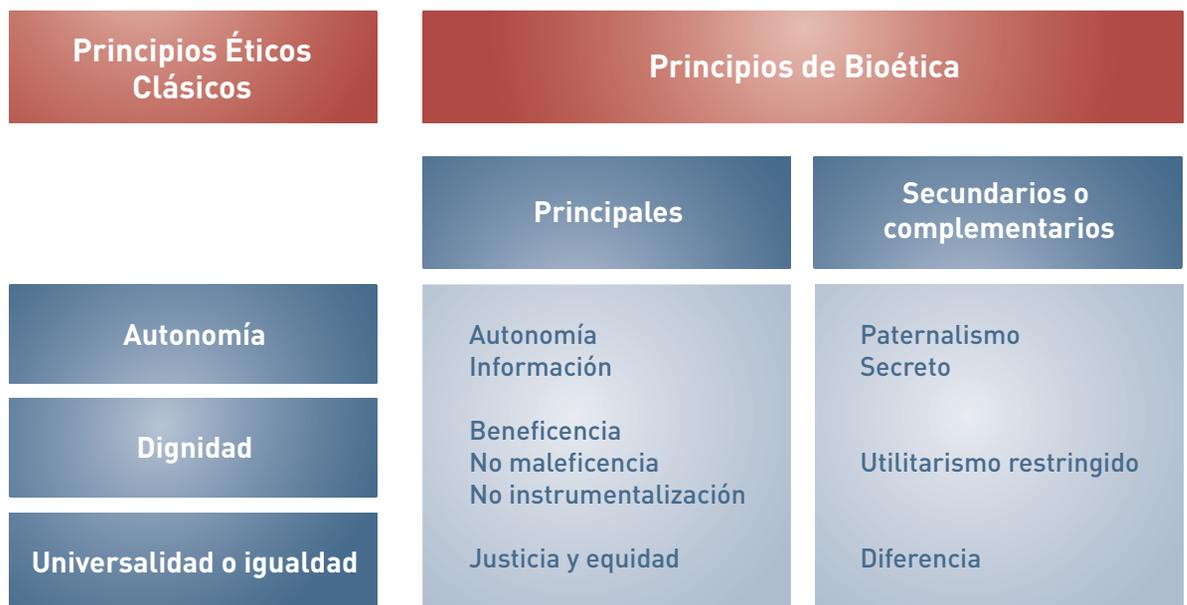
presentes o futuros en los que existen o puedan existir desacuerdos.

Para Daniel Callahan, fundador del *Hastings Centre*, uno de los factores que más ha contribuido a la aceptación de los estudios de bioética en Estados Unidos ha sido el haber abandonado los análisis teológicos o religiosos para centrarse en la bioética laica, más interesada en buscar consensos ante la pluralidad cultural e ideológica. Define la *ética de mínimos* como el mínimo común denominador moral en una sociedad pluralista, al nivel mínimo ético exigible, permitiendo que la sociedad pueda legislar sobre cuestiones a nivel no solo estatal sino mundial mientras que la *ética de máximos* hace referencia al nivel máximo ético opcional a nuestras particulares ideas de perfección moral.

Los principios básicos de la bioética

La bioética no es una excepción de la ética, ya que sus principios son los mismos que rigen en cualquier otro ámbito humano, únicamente hay que acomodarlos a estos ámbitos de actividad.

Los tres **Principios Éticos Clásicos o Fundamentales** son:



1. El **Principio de Autonomía** que prohíbe que alguien decida por otra persona si esta puede hacerlo.
2. El **Principio de Dignidad**, que obliga a respetar a las personas, prohibiendo dañarlas e instrumentalizarlas o tratarlas como simples medios.
3. El **Principio de Universalidad** o de Igualdad, que prohíbe tratar de manera distinta a quienes están en las mismas condiciones.

Los principios básicos de la bioética apuntan criterios éticos para la toma de decisiones en la práctica clínica y en la investigación y experimentación biomédica y biológica, sobre los que existe un amplio consenso: investigación con embriones, experimentación en humanos, eutanasia, trasplantes, terapias génicas, rechazo de tratamientos y reparto de recursos médicos escasos, entre otros.

La teoría *bioética de mínimos* que domina la discusión contemporánea es la expuesta en 1979 por Tom L. Beauchamp y James F. Childress (*Kennedy Institute of Ethics*, Washington, EE.UU.). En su libro *"Principles of Biomedical Ethics"* (Principios de Ética Biomédica) destacan cuatro principios básicos en el ámbito de la medicina:

- ▶ El **Principio de Autonomía** o deber de respetar la autodeterminación del paciente. En España ha generado la Ley de Autonomía del Paciente de 2002.
- ▶ El **Principio de Beneficencia** o deber de hacer el bien y de planear las mejores alternativas posibles tanto en la práctica como en la investigación.
- ▶ El **Principio de Justicia o Equidad** o deber de promover la igualdad en los tratamientos y en el reparto de beneficios y cargas en la investigación.
- ▶ El **Principio de no Maleficencia** (*primum non nocere*) o deber de evitar el mal e impone el respeto por la integridad física y psicológica de las personas. Dentro de este principio se acogen dos principios clásicos de la ética médica:

- *El Principio de la Proporcionalidad de la Terapia* que hace referencia a que los daños o riesgos que puedan derivar de la actuación médica deben de ser compensados por los beneficios obtenidos, por ejemplo, la mutilación de una parte del organismo para salvar la vida.
- *El Principio del Doble Efecto o del Voluntario Indirecto* que hace referencia al acto médico lícito que tiene dos efectos, uno bueno y otro malo, y que no habiendo otro alternativo mejor, se realiza buscando el efecto positivo, aunque, de manera secundaria y no querida se produzca el efecto negativo. Sería el caso de la administración de fármacos para aliviar el dolor en un enfermo terminal, aunque produzca el acortamiento de la vida.

Considerando los Principios Éticos Clásicos de Autonomía, Dignidad y Universalidad o Igualdad, todavía podríamos ampliar los Principios Bioéticos Principales con dos más:

- ▶ El **Principio de Información**, estrechamente relacionado con el de autonomía, expresa el deber de informar al individuo de todos los aspectos que afectan, o pueden afectar, a su salud.

“El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial cuando sea necesario”.
Código de Ética y Deontología Médica, art. 9.4



El Convenio de Oviedo de 1997 prohíbe expresamente la creación de embriones humanos con fines de experimentación y la clonación con fines reproductivos pero permite a los estados investigar y experimentar con los preembriones in vitro ya existentes siempre que se garantice una adecuada protección de los mismos



- ▶ **El Principio de la No Instrumentalización** que representa una expresión más del principio de dignidad y expresa la obligación de tratar a las personas como fines en si mismos y no como simples medios.

Pueden ocurrir casos en los que las circunstancias personales no permitan al individuo tomar una decisión o que las condiciones de aplicación de los principios de autonomía, información, dignidad e igualdad no puedan tenerse en cuenta.

Para estos casos se proponen los **Principios Bioéticos Secundarios o Complementarios**:

- ▶ **Principio del Paternalismo.** Es lícito tomar una decisión que afecta a la vida o salud de otro si, este último está en una situación de incompetencia básica y la medida supone un beneficio para él.
- ▶ **Principio del Secreto.** Es lícito ocultar a una persona informaciones que afectan a su salud si con ello se respeta su personalidad o se hace posible una investigación a la que ha prestado consentimiento.
- ▶ **Principio de Utilitarismo Restringido.** Es lícito emprender una acción que nos supone un beneficio para una persona si con ella se produce, un beneficio apreciable para otro u otros, se cuenta con el consentimiento del afectado y se trata de una medida no degradante.

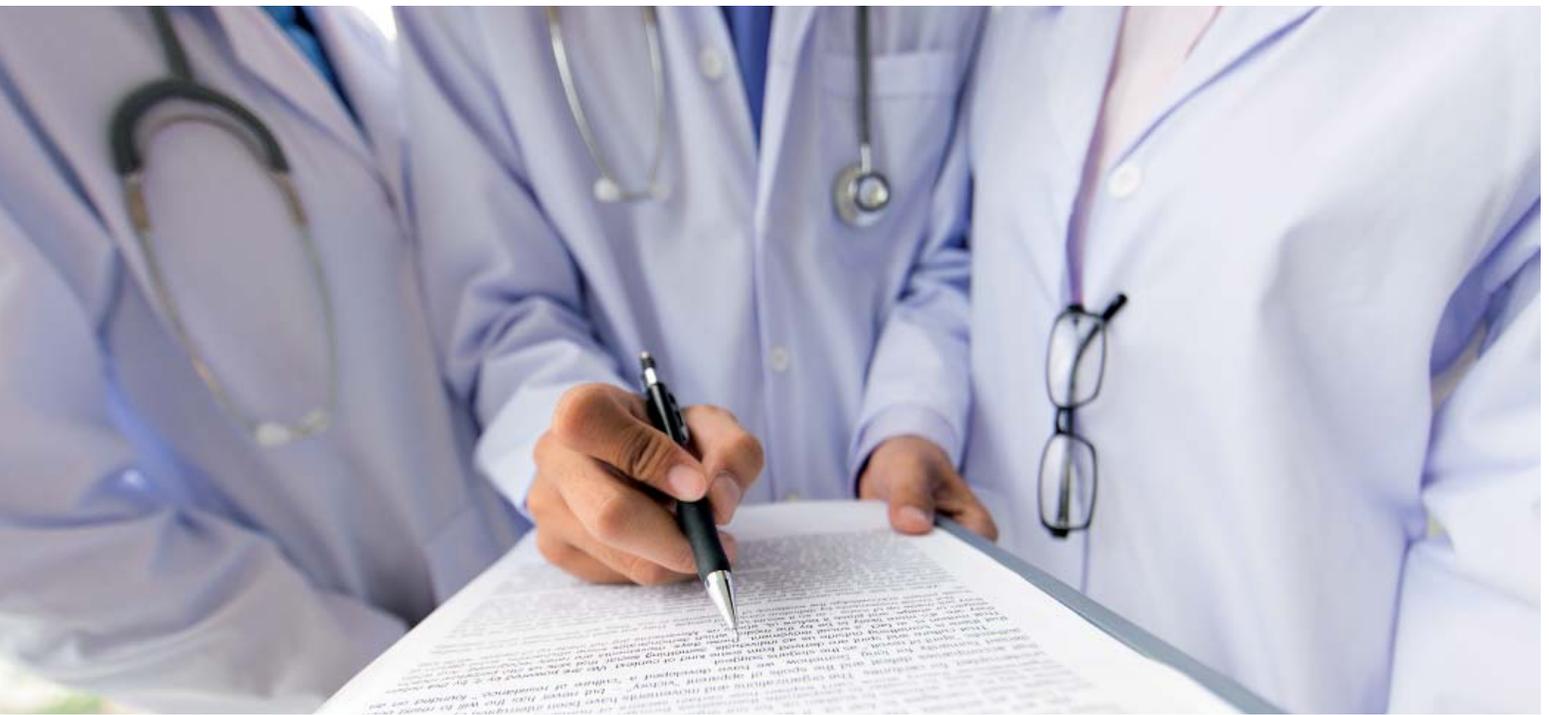
- ▶ **Principio de la Diferencia.** Es lícito tratar a una persona de manera distinta que a otra si la diferencia de trato se basa en una circunstancia que produzca un beneficio apreciable en otras u otra y se pueda presumir racionalmente que el perjudicado consentiría si pudiera decidir.

Ámbitos de actuación

Bioética en la Reproducción Humana

Los Principios de Beneficencia y No Maleficencia, así como el de Autonomía, se proyectan de manera especialmente intensa y controvertible sobre la reproducción humana. Esta ha pasado de ser un acontecimiento, a ser una actividad voluntaria y deliberada, que hace responsables a los sujetos que intervienen en ella. La liberalización de la mujer, sobre todo en lo que respecta a su sexualidad, las prácticas anticonceptivas, el aborto y la reproducción artificial, representan un conjunto de factores culturales y tecnológicos que han contribuido a dicho cambio.

La toma de decisión sobre el momento en el que el embrión pasa a ser humano, determinará la resolución del conflicto entre el respeto a la autonomía reproductiva de los progenitores y la obligación de no dañar que impone el prin-



cipio de no maleficencia. En torno a este concepto surgen nuevas cuestiones como la utilización de los óvulos y embriones congelados, qué hacer con ellos después de cierto tiempo o número de transferencias embrionarias.

Bioética en las Relaciones Sanitarias

Las normas morales plantean exigencias que eventualmente pueden entrar en conflicto con otras derivadas de normas jurídicas. La manifestación de estas discrepancias en la relación médico paciente genera:

La objeción de conciencia

El objetor desobedece aquellas normas que suponen una obligación cuyo cumplimiento resulta incompatible con la propia conciencia.

El rechazo del tratamiento médico

Puede considerarse que solo contribuye a prolongar inútilmente la vida (y quizás la agonía) o puede que dicho rechazo ponga en grave peligro la salud o la vida del paciente y no existan otras alternativas terapéuticas disponibles. Tanto el Convenio de Bioética del Consejo de Europa como la Ley Española de Autonomía del Paciente, contemplan el derecho del paciente a rechazar un tratamiento, y esta última ha reconocido el valor del "Testamento Vital o Biológico", tam-

bién denominado "Instrucciones Previas", a través del cual se otorga al paciente el derecho a negarse a recibir o a interrumpir un tratamiento si llegara a determinadas situaciones y las circunstancias no permitieran manifestarse.

Limitación del Esfuerzo Terapéutico o LET

Consiste en no aplicar ciertas medidas de avanzada tecnología que parecen extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico y/o mala calidad de vida.

Existen dos posibilidades:

- ▶ No iniciar determinadas medidas.
- ▶ Retirar un tratamiento previamente instaurado.

Los principales problemas éticos que se pueden plantear son:

- ▶ *La aplicación de un LET no indicado*, generalmente derivado de la negación de una medida por miedo a no poder retirarla posteriormente.
- ▶ *Obstinación profesional*. Caso opuesto al anterior.
- ▶ *Negación de los allegados a un LET indicado*, debido al deseo de mantener la vida a toda costa, una actitud de negación ante la muerte o un sentimiento de culpa.

Funciones primarias	Funciones secundarias
<p>Promover la autonomía de los individuos.</p> <p>Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones.</p>	<p>Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación.</p> <p>Evitar el fraude y la coacción.</p> <p>Alentar la autoevaluación y el autoexamen en los profesionales de la medicina.</p> <p>Disminuir recelos y aliviar temores.</p> <p>Introducción de una mentalidad más probabilística y más capaz de hacer frente a la incertidumbre.</p>

El consentimiento informado

Este documento es una nueva forma de entender la relación médico paciente y la toma de decisiones médicas. Actualmente es una exigencia ética y un derecho reconocido por la legislación de todos los países desarrollados. Su aparición supone la superación del paternalismo concediendo a los enfermos el acceso al control de la información y la decisión.

Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS)

Las situaciones conflictivas éticas en la práctica clínica son muy numerosas, por ello los centros hospitalarios cuentan con un CEAS. Es un grupo multidisciplinar integrado por médicos de diferentes especialidades, profesionales de la enfermería, auxiliares de enfermería, usuarios del centro, juristas y otros profesionales relacionados con el centro y todos ellos deben tener formación en bioética. Se trata un órgano consultivo no ejecutivo, por lo que sus decisiones no son vinculantes. Entre sus labores está la protección de los derechos del paciente, la articulación de métodos para la toma de decisiones en los conflictos

éticos (PEC o Protocolos de Ética Clínica y elaboración de informes con las recomendaciones) y la función educativa en bioética de los profesionales de la institución.

Bioética en el Final de la Vida

En los últimos años y por efecto de los trasplantes de órganos, la legislación se ha alejado del criterio estricto de muerte cerebral como único criterio para determinar el fallecimiento del individuo. La razón que está detrás es la "donación de órganos en asistolia", es decir el aprovechamiento de los órganos de quien ha sufrido una muerte súbita, aprovechamiento que exige no llevar a cabo los procedimientos de muerte cerebral.

Cuando hablamos del final de la vida nos planteamos otras preguntas: ¿debemos evitar la muerte?, ¿tenemos obligación de vivir? Estas preguntas nos llevan a otro concepto de plena actualidad, la Eutanasia.

El término *Eutanasia*, del griego *eu* - "buena" y *thantos* - "muerte", se encuentra en el centro de una de las demandas sociales más intensas de nuestro tiempo, la de poder morir en buenas condiciones. Los desacuerdos en la definición giran en torno a:



El Código Penal Español tipifica la eutanasia como delito, en el tipo de atenuado de la cooperación al suicidio. Establece que se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona y será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. No se conoce ninguna sentencia en España hasta la fecha

Modalidad de la conducta: acción u omisión.

Cuando el término se utiliza para aludir a las acciones o actos ejecutivos mediante los cuales se causa (directa o indirectamente) la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable, penosa y grave, se llama *eutanasia* o *eutanasia activa*, tiene una connotación más negativa y es muy censurada.

Cuando se trata de no adoptar, suprimir u omitir las medidas que prolongarían artificialmente la vida de una persona se denomina *ortotanasia* o *eutanasia pasiva*. Se considera más benévolo y se aplica cuando la vida está abocada fatalmente al fin.

En la situación actual, los avances de la medicina permiten alargar artificialmente la vida hasta extremos impensables, y en este contexto de posible obstinación terapéutica, la *eutanasia pasiva* aparece como una forma de gestión médica de la enfermedad, indicada cuando se pueden producir graves padecimientos inútilmente. No basta con que exista un grave quebrantamiento físico y la vida sea de pobre calidad, sino que es necesario que sea irreversible.

La voluntad del sujeto

A veces se identifica la eutanasia con la modalidad no voluntaria o no solicitada, es decir, la que no se produce a petición de quien va a morir. Por el contrario, en otras ocasiones, se equipara a supuestos de muerte a ruego.

Móviles y circunstancias

El móvil que anima a esta conducta, por un lado es piadoso para evitar sufrimientos; por otro, evoca asesinato, genocidio o exterminio.

Bioética en la Investigación y Experimentación

Jean Dausset, premio Nobel de Medicina en 1980 y Presidente del Movimiento Universal de la Responsabilidad Científica, define en 1991 la "libertad de investigación" como algo fundamental para el progreso del saber y se justifica por el derecho de la humanidad a conocer. En el caso de la investigación en biología y medicina, también se justifica por las beneficiosas repercusiones que sus resultados pueden tener para la salud y bienestar de las personas.

Lo hasta ahora planteado podría denominarse "límites externos" o sobre qué se puede investigar. También existen los "límites internos" que exigen abordar dos asuntos: la experimentación con humanos y la investigación sobre embriones humanos.

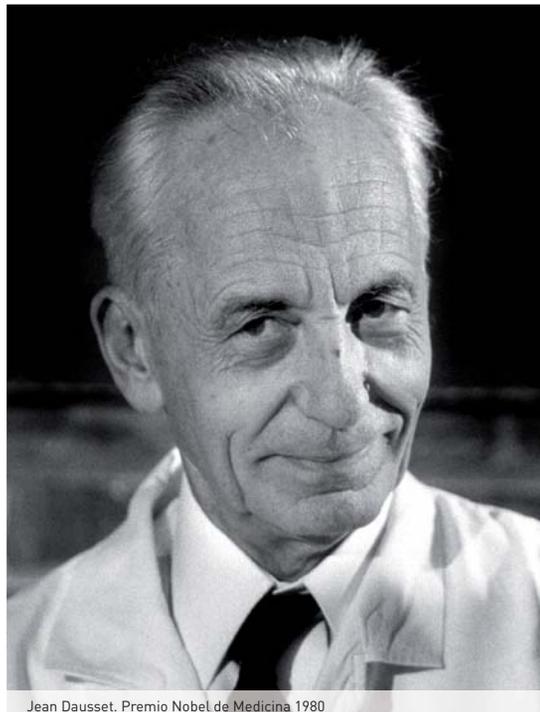
La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA, *World Medical Association*) en 1964, fue el primer documento que propuso criterios éticos y medidas para proteger a los sujetos que participan en la investigación clínica.

En 1982, el CIOMS (*Council for International Organizations of Medical Sciences*) estableció las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica con Seres Humanos, haciendo hincapié en la necesidad de proteger la experimentación con personas de los países del Tercer Mundo. En este caso se aplica el *Principio de Justicia*, para que los ensayos sin beneficio terapéutico no pueden realizarse a costa de la población más desfavorecida y que los ensayos con beneficio terapéutico no pueden excluir a dicha población.

En cuanto al embrión humano, hoy se sabe que este posee células troncales o *stem cells*. La investigación sobre estas células abre importantes esperanzas para la curación de muchas patologías que ahora son incurables. Un paso más allá se encuentra la clonación terapéutica o creación

de embriones mediante la transferencia nuclear para obtener a partir de sus células troncales tejidos u órganos aptos para el autotransplante.

El principal problema ético que suscita la clonación terapéutica es la instrumentalización y pérdida de valor de la vida humana. El embrión se crea con el único fin de investigar con él o de desarrollar una terapia. Se crea como simple fuente de material biológico, lo cual degrada su estatus moral porque lo convierte en un medio para conseguir el fin.



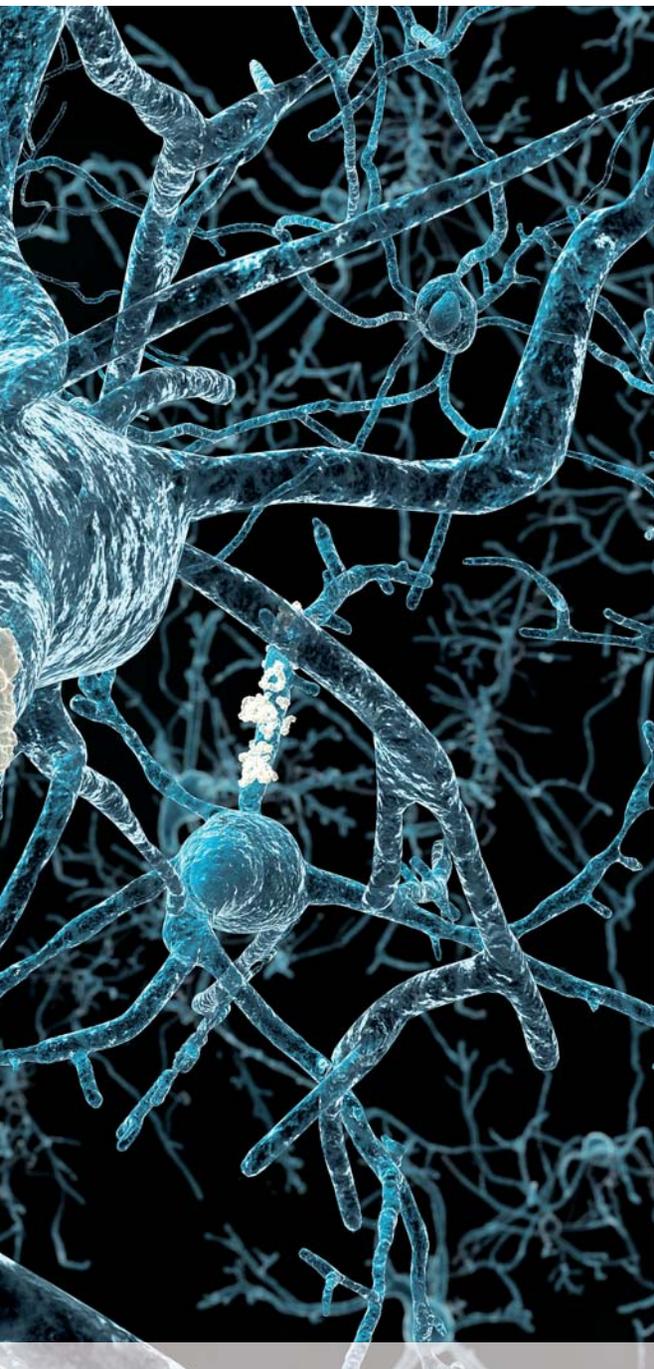
Jean Dausset. Premio Nobel de Medicina 1980



Depósitos de beta amiloide en la neurona en la enfermedad de Alzheimer

Bioética y cerebro o Neuroética

El término nace en 2001 de una reunión de neurocientíficos, bioéticos, psiquiatras, psicólogos, filósofos y profesores de derecho y política en San Francisco, EEUU. Se interpreta como la relación de la ética, la neurociencia y la práctica médica teniendo en cuenta la libertad y responsabilidad del individuo, las bases biológicas de la conducta social, los aspectos relacionados con la toma de decisiones, la consciencia, la memoria, la educación y procesos de aprendizaje, la pato-



logía social, la privacidad y predicción de futuras enfermedades cerebrales, la farmacoterapia, los cambios éticos en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la cirugía, la terapia génica, la neurotecnología y las prótesis cerebrales, los *cyborgs* y la divulgación y formación de científicos.

No podemos olvidar en este punto el peso del ampliamente utilizado Testamento Vital o Biológico, también conocido como "Voluntades Anticipadas". En España, en el año 2007 se publicó un Real Decreto por el que se crea un registro civil para dichos testamentos y se ha comenzado a incluir en la historia clínica de los enfermos. En el testamento se pueden señalar cuáles son aquellas enfermedades o situaciones para las que no se quiere un soporte vital que mantenga la vida. Hay casos relativamente claros como el coma profundo y otros mucho más difíciles, como el Alzheimer.

Bioética y Seguros

La mayoría de las cuestiones hasta ahora tratadas tienen su implicación en el mundo del seguro.

En la selección de riesgos:

- El *Principio de Autonomía* en la DES, Declaración de Estado de Salud. El artículo 10 de Ley del Contrato de Seguros indica el deber del tomador de declarar su estado de salud de acuerdo a las preguntas presentadas por el asegurador. El asegurado es libre de contestar a dichas preguntas y su respuesta debe ser real y estar dentro de su conocimiento.

Está en manos del asegurador la elaboración del cuestionario y la determinación de las pruebas médicas necesarias para conocer el estado de salud. Los nuevos avances médicos y diagnósticos, y sobre todo los descubrimientos en genética, han introducido el concepto de pruebas predictivas.

Las *pruebas predictivas* indican la probabilidad de aparición o desarrollo de una enfermedad que todavía no se ha manifestado. Si tenemos en cuenta la prueba en un individuo carente de síntomas, debemos también considerar la limitación de dicho valor ya que existen otra serie de factores no genéticos, sobre todo basado en su estilo de vida y relación con su entorno que van a influir en el cumplimiento de dicha predicción.

Las prótesis cerebrales son implantes dentro del cerebro que permiten restaurar funciones cerebrales perdidas o deterioradas. Cyborg – combinación de cibernética y organismo, hace referencia a las personas portadoras de dispositivos cibernéticos para mejorar las capacidades de la parte orgánica

Actualmente cualquier información de contenido genético no se utiliza en la selección de riesgos, sin embargo los avances genéticos van a cobrar una gran importancia en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades y afectará de lleno a los seguros de vida y salud.

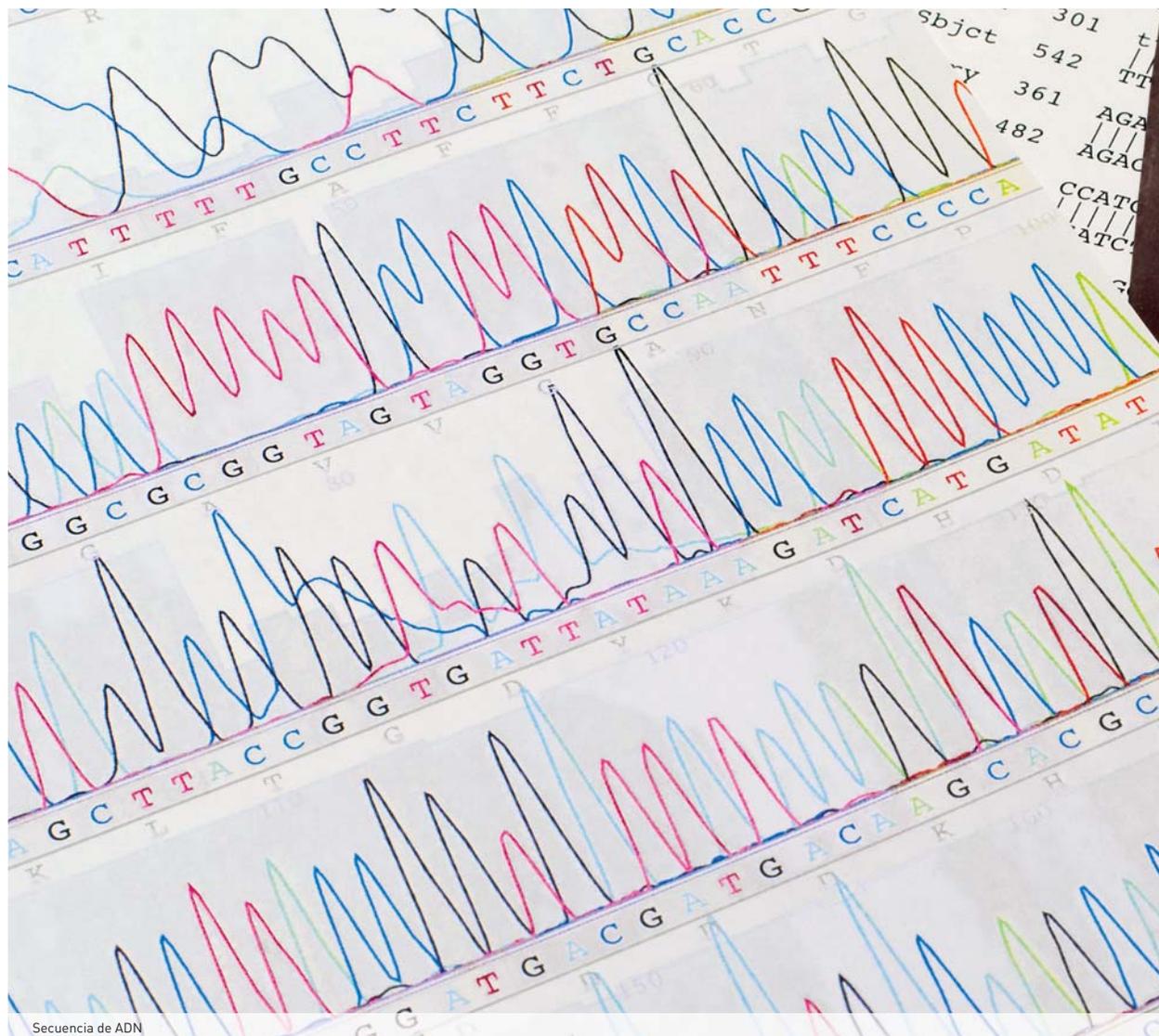
- ▶ El *consentimiento* de las pruebas que se van a realizar.
- ▶ El *derecho a ser informados* de los resultados de los test realizados. El caso más extremo es la seropositividad y el deber de comunicárselo al asegurado.
- ▶ La *no discriminación*, que vuelve a tener relación con la genética, tanto en su realización como en la solicitud o pregunta sobre el re-

sultado de un test realizado y la imposibilidad de utilizar dicha información la selección de riesgos.

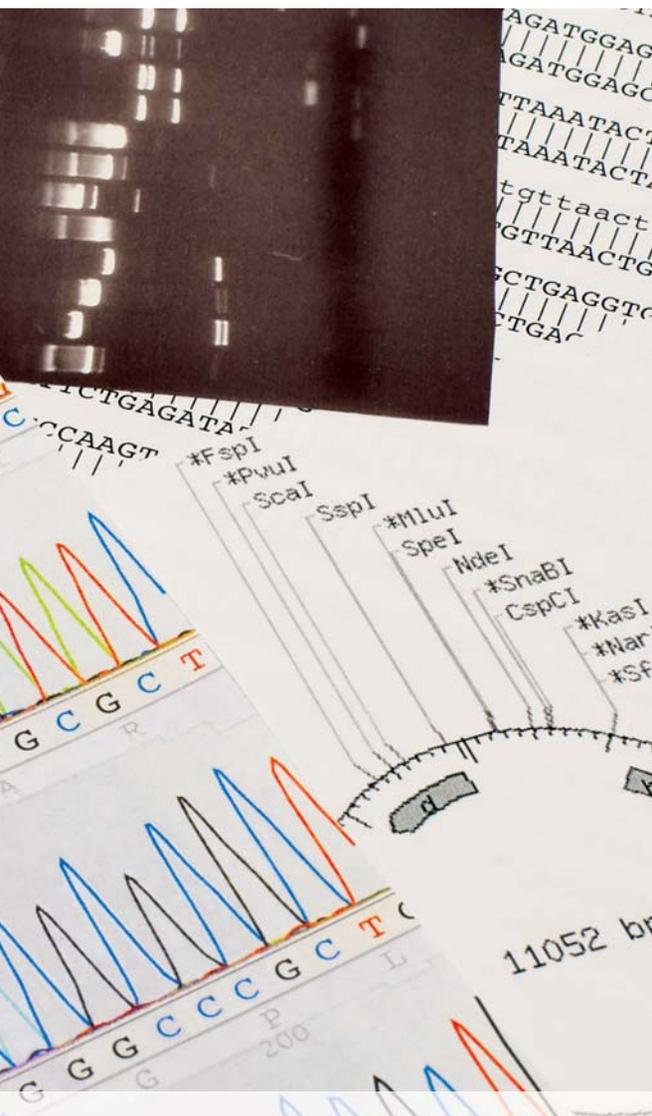
- ▶ El *Principio de Equidad*, que no quiere decir igualdad. Cada asegurado paga la prima que le corresponde de acuerdo a los factores de riesgo que presenta – tarificación justa.

En los seguros de salud implica de lleno a las coberturas y servicios ofrecidos:

- ▶ *Métodos diagnósticos y novedades médicas* como fertilización in vitro, utilización de terapias con células madre, pruebas genéticas y farmacoterapia.
- ▶ *Consentimientos informados* para todos los procesos que lo requieran.



- ▶ *Comités de ética* que permitan disponer de protocolos de actuación.
- ▶ *Equidad* en el tratamiento sin discriminación.
- ▶ *Información* disponible al paciente/asegurado.
- ▶ *Mantenimiento de la confidencialidad*.
- ▶ Planteamiento claro sobre las *decisiones al final de la vida*.
- ▶ Planteamiento de políticas y estrategias asistenciales de acuerdo con la *ética de máximos y mínimos*.
- ▶ *Principio de Autonomía* teniendo en cuenta la discapacidad o grado de dependencia que puedan desarrollar.



El Seguro de Dependencia en su modalidad de prestación de servicios debe tener en cuenta los principios de bioética en su totalidad. La intensa relación entre conocimiento médico y vida crea la necesidad de sentar una sólida base para entender, respetar y tratar al individuo buscando siempre mantener su dignidad y su calidad de vida.

Reflexiones

- ▶ La Bioética nos permite deliberar sobre como los avances científicos y tecnológicos afectan a la vida, la muerte, la salud y el medio ambiente.
- ▶ El paso de embrión a ser humano es una de las principales incógnitas que afectan a la toma de decisiones tanto en reproducción como en investigación.
- ▶ El difuso límite entre la extensión de la vida y el momento de la muerte invita al individuo a reflexionar sobre su futuro y documentarlo en un Testamento Vital o hacer partícipe de su decisión a sus seres más cercanos.
- ▶ Debemos buscar un equilibrio entre la ciencia y la vida para poder mantener una correcta relación con el entorno.

Bibliografía

Bioética, principios, desafíos y debates. Pablo de Lora y Marina Gascón. Editorial Alianza Editorial SA, Madrid 2008.

Bioética: de la globalización a la toma de decisiones: Colección Docencia Universitaria. Editorial ADEMÁS 2012.

Manuel Atienza, "Juridificar la Bioética" 1996 y "Bioética y Derecho" Lima-Bogotá, Palestra-Temis, 2004.

Convenio de Bioética del Consejo de Europa.

Ley de Autonomía del Paciente.