



Revista Uruguaya de Cardiología
ISSN: 0797-0048
ISSN: 1688-0420
suc@adinet.com.uy
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

Rotondo de Cassinelli, María Teresa
Principios morales y metodología de la Bioética
Revista Uruguaya de Cardiología, vol. 33, núm. 1, 2018, -, pp. 13-17
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479760085004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Principios morales y metodología de la Bioética

Dra. Mg. María Teresa Rotondo de Cassinelli

Palabras clave: BIOÉTICA
PRINCIPIOS MORALES

Key words: BIOETHICS
MORALS

I. Introducción

En este artículo nos extenderemos sobre los principios morales aceptados por la Bioética, su significado y los procedimientos usados en la toma de decisiones frente a dilemas éticos. Los modelos existentes en los países donde la disciplina Bioética se inició y alcanzó gran desarrollo tienen como objetivo primordial incentivar entre los profesionales de la salud las virtudes morales derivadas de los principios de *beneficencia*, *autonomía* y *justicia*, como también promover la eticidad en las instituciones de la salud con los valores de *libertad*, *equidad* y *beneficencia*.

Desde la promulgación del Informe de Belmont, se produjo el auge de los principios morales contenidos en dicho trabajo. Se expandieron en la práctica más allá de los dilemas que se sucedían en el ámbito de las investigaciones humanas, para los cuales fueron creados, y comenzaron a aplicarse en la resolución de problemas del ámbito de la clínica médica. Actualmente se están introduciendo paulatinamente en el campo de la salud pública.

No cabe duda que es necesario un método para abordar los diferentes conflictos éticos que presentan las sociedades, causados por los avances de la ciencia, la tecnología y por los cambios sociales y culturales. Debido a ello, surgen diferentes metodologías o procedimientos de decisión en ética clínica, basados en enfoques principalistas, casuísticos, en las éticas de la virtud, en el método narrativo, etcétera.

II. Procedimientos de decisión

A. Enfoque principalista

La aplicación de la metodología basada en principios morales se expandió desde Estados Unidos a Europa y Latinoamérica, teniendo gran éxito en su uso.

Beauchamp y Childress presentan su libro *Principles of Biomedical Ethics* un año después de expedido el Informe de Belmont⁽¹⁾; ambos autores habían pertenecido a la National Commission que elaboró dicho informe. En su obra presentan las deliberaciones y justificaciones morales en un diagrama con distintos niveles de justificación:

1. Nivel de las teorías morales.
2. Nivel de principios morales.
3. Nivel de reglas o normas morales.
4. Nivel de los casos.

Este modelo con sistemas de justificación morales y diferentes niveles de generalidad se puede recorrer en dos sentidos: *deductivo*, desde las teorías morales hasta la resolución de temas particulares, o en sentido inverso, es decir, *inductivo*, desde los casos, luego por las reglas o normas morales y posteriormente por los principios morales hasta llegar a las teorías morales.

Las teorías morales son las que poseen la máxima abstracción; plantearemos las más destacadas: las deontológicas y las teleológicas. Estas teorías nos permitirán comprender el desarrollo de los principios y reglas morales que se aplican como guías de acción en situaciones concretas.

1. Teorías morales

Basados en la determinación de la corrección o bondad de los actos humanos se pueden diferenciar dos grandes grupos de teorías morales.

Los actos serán correctos de dos modos:

- *Cuando se ajustan a priori a principios morales:* estos procedimientos caracterizan a las éticas deontológicas. Incluye las éticas teónomas (normas reveladas); heterónomas y axiológicas (correcto es lo que sigue la ley de la naturaleza); autónomas (cumple con la ley racional, lo bueno es propiedad de la razón: ética kantiana); y axiológicas (correcto es lo que cumple con los valores morales positivos y respeta los niveles de jerarquía: Max Scheler).
- *La corrección de un acto no solo se mide por los principios, sino que hay que incluir las consecuencias del mismo.* De esto se deriva que la corrección de un acto no viene definida por la aceptación de los principios. Son las denominadas éticas teleológicas, consecualistas o utilitaristas. Sus representantes más destacados son Bentham (utilitarista de acto), Stuart Mill (utilitarista de regla), Moore (utilitarista ideal), Richard Hare (universalidad de intereses).

Carlos Santiago Nino especifica que “para John Rawls, las teorías teleológicas son aquellas que dan prioridad a lo bueno sobre lo correcto. De acuerdo con estas teorías lo correcto será lo que se considere bueno. Sin embargo, las teorías deontológicas –como la que él defiende– no son exactamente opuestas, en el sentido de contrarias a las teleológicas, es decir, que lo bueno dependería de lo correcto, sino que se caracterizan por sostener que puede haber independencia entre lo bueno y lo correcto”⁽²⁾.

a) Teoría deontológica

Teoría basada en el pensamiento del filósofo Emanuel Kant, que estableció que la bondad o moralidad de una acción no está en los fines del acto, sino en el mismo acto, por el deber mismo. La perfección moral se cifra en la acción en sí misma; las leyes morales deben ser universalmente válidas. Kant establecía: “Obra de tal modo que la máxima de tu acción pueda convertirse en ley universal sin contradicción”⁽³⁾.

b) Teoría teleológica o consecualista

Esta teoría pone el peso de la moralidad en los fines obtenidos; la corrección de la acción se mide en función de las consecuencias (útiles, beneficiosas o buenas). Se trata de minimizar los perjuicios y maximizar los beneficios. Su base se encuentra en el sistema utilitarista establecido por Stuart Mill, en el cual pueden no respetarse las reglas morales si las

consecuencias previsibles de esta particular situación incluyen efectos que son más beneficiosos⁽⁴⁾.

2. Principios morales

Estos principios se encuentran en un nivel jerárquico inferior a las teorías morales; son más generales que las normas o reglas morales y sirven para fundamentarlas.

a) *Principio de beneficencia:* establece que se debe actuar siempre por el bien del paciente; la moral requiere que contribuyamos a su bien. Comprende todas las acciones para prevenir daño o tratar condiciones perjudiciales que se dan en un sujeto. Para estas acciones, sin embargo, se necesita el acto positivo del otro, permitiéndonos actuar de acuerdo con sus valores y preferencias.

b) *Principio de no maleficencia:* establece que estamos obligados en forma absoluta a no causar daño, y no necesitamos permiso del sujeto para cumplirlo. Según Beauchamp, este principio puede ser entendido como una forma de beneficencia positiva (provisión de beneficios) o como principio de utilidad (balance de beneficios). En el Informe de Belmont no aparecía este principio; fue resultado de la reflexión de los enunciados de dicho informe, y es bajo influencia del pensamiento de Ross, que los autores lo presentan en su libro *Principles of Biomedical Ethics*.

c) *Principio de autonomía:* el término proviene del griego y significa autogobierno; la decisión de una persona es autónoma si ella deriva de sus propios valores y creencias, se basa en un conocimiento y entendimiento adecuados sobre lo que debe decidir o actuar y en no estar sujeto a coacción externa o interna. El concepto de autonomía moral es equivalente al concepto de libertad moral; supone congruencia con sus planes de vida, elección y ausencia de coacción.

Kant, en relación con la autonomía, expresa que las personas son agentes racionales con capacidad para autogobernarse incluyendo la toma de elecciones, en acuerdo con principios morales universales; para Kant, el hombre libre es autónomo⁽³⁾.

Por su parte, Mill establece que el control social o político sobre las acciones es legítimo solo si es necesario prevenir del daño a otros individuos. Construye el principio de utilidad que permite a las personas desarrollar sus acciones de acuerdo con sus convicciones, tan lejos como sea posible, sin interferir en la libertad de los demás⁽⁴⁾.

Beauchamp y Childress en relación con el respeto por la autonomía establecen:

- actitudes de respeto (expresado negativamente): que las acciones autónomas no sean sometidas a controles externos que las limiten o impidan.
- obligaciones positivas: promover el ejercicio de la autonomía, revelar la información (consentimiento informado) y realizar acciones para potenciar la autonomía de los seres⁽¹⁾.

d. *Principio de justicia*: el término justicia aparece en el libro de Justiniano, recogido por Ulpiano, jurista romano: “*La justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho*”. El término es en general equívoco; la idea de igualdad está ligada en el uso común a la de justicia, entendiéndose como injusto a lo desigual, pero no siempre dar a todos por igual es justo.

Diego Gracia expresa que el principio de justicia ha derivado de la tradición política y está vinculado con el bien de terceros y el ideal de justicia. Se relaciona con el derecho a la salud.

“A lo largo de la historia han habido no menos de cuatro interpretaciones distintas y en alguna medida contrapuestas para definir el concepto de justicia: proporcionalidad natural, libertad contractual, igualdad social y bienestar colectivo”⁽⁵⁾.

La expresión *justicia distributiva* se refiere a la distribución de beneficios y cargas en la sociedad; surgen de inmediato las interrogantes sobre los criterios a seguir en la distribución. Se deberá dar a cada persona: ¿una igual proporción?, ¿de acuerdo con sus necesidades?, ¿de acuerdo con sus esfuerzos personales?, ¿de acuerdo con su contribución social?, ¿de acuerdo con sus méritos?, ¿igualdad de oportunidades de los bienes sociales? Los principios de justicia son guías que proporcionan un método para asignar derechos y deberes en las instituciones de la sociedad. En el área de la atención de la salud los criterios han sido diferentes según los momentos históricos y la orientación asumida por la política del país. En el año 1971 aparece una publicación de gran importancia, que ha influenciado la discusión sobre la justicia distributiva de los bienes sociales, y que se contrapone a la teoría de Nozick que sostiene que la justicia se puede reducir al principio de autonomía o libertad, sobre todo económica. Nos referimos a la *Teoría de la Justicia* de John Rawls, quien no la define como proporcionalidad natural, libertad contractual, ni igualdad social, sino como *equidad*⁽⁶⁾.

Rawls interpreta la justicia como *imparcialidad*, se preocupa por la *justicia distributiva*; plantea que la primera virtud de una institución social es la justicia, en contra del utilitarismo (su efectividad para el mayor número de personas). Establece

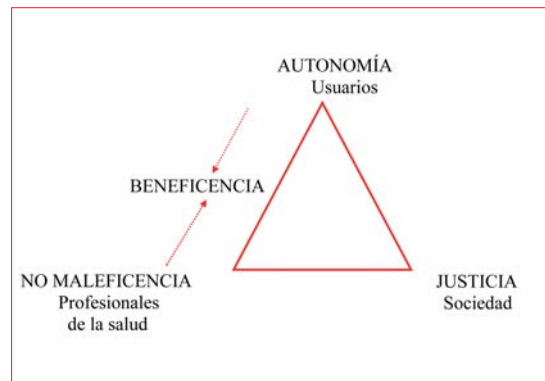


Figura 1. Situación de la relación sanitaria.

la distribución de los beneficios y cargas de la cooperación social; piensa que las personas tienen iguales derechos, similares libertades que los otros (*principio de igual libertad*); y que las desigualdades sociales y económicas deben ser corregidas con igualdad de oportunidades (*principio de igualdad equitativa de oportunidades*).

Las desigualdades deben redundar en un mayor beneficio para todos (*principio de la diferencia*), las desigualdades en la distribución de cargas y beneficios no son siempre injustas y puede haber beneficios compensadores; si algunos tienen menos no es injusto si se benefician de los que más tienen⁽⁷⁾.

Los principios de beneficencia, autonomía y justicia son distintos entre sí; los dos primeros se refieren al bien individual, mientras que la justicia mira por el bien común, por lo cual frecuentemente se producen conflictos éticos.

Gracia refiere que en la relación médico-paciente hay tres partes y sigue un modelo muy utilizado de Dietrich von Engelhardt, mostrando que esa relación no es lineal sino triangular con tres vértices donde ubica al enfermo, al médico y a la sociedad. El principio que rige la tercera parte de esta relación, la sociedad, es el principio de justicia, distinto de los de no maleficencia y beneficencia que rigen el accionar médico, y el de la autonomía del paciente o usuario (figura 1)⁽⁸⁾.

Principios morales que rigen la relación sanitaria:

1. *No maleficencia*. Buena práctica médica: indicaciones precisas, competencia técnica, capacidad, conocimientos actualizados, habilidades en técnicas y relaciones interpersonales.
2. *Beneficencia*: lo bueno para el paciente según su perspectiva, su escala de valores y preferencias.
3. *Autonomía*: el sujeto decide por sí mismo, previa información.
4. *Justicia*: basado en el sistema de valores de la sociedad, que luego se legaliza. Equidad, no dis-

criminación, sostenibilidad y acceso oportuno a los recursos.

3. Reglas o normas morales

Derivadas de los principios anteriores, son menos abstractas que los principios, por lo que indican más claramente lo que se debe realizar. Son las siguientes:

- a. Veracidad.
- b. Confidencialidad.
- c. Privacidad.
- d. Fidelidad.
- e. Consentimiento informado o válido.

a. *Veracidad.* La obligación de ser veraz deriva del respeto debido a las personas, y sería la consecuencia del respeto al principio de autonomía. Para que una persona pueda ejercer su autonomía y otorgar su consentimiento sobre lo que se le ha de efectuar sobre su cuerpo o mente, debe conocer y ser informada correctamente de su situación y de los procedimientos que se le proponen. Otros sostienen que la veracidad deriva del deber de mantener la promesa o fidelidad en ese contrato moral que se establece en la relación clínica; cuando usamos el lenguaje para comunicarnos con los otros, está implícita la promesa de que diremos la verdad.

Existe además una razón basada en un criterio utilitarista; las relaciones humanas se benefician al apoyarse en la verdad. Como los otros deberes, la veracidad debe cumplirse *prima facie*; no revelar la verdad o mentir puede en ocasiones estar justificado cuando la veracidad entra en conflicto con otros deberes. Sin embargo, si se define el mentir como ocultamiento intencional de la verdad a la que tiene derecho una persona, es grave, pues viola el principio de autonomía.

Al respecto, Beauchamp y Childress consideran tres argumentos para limitar la revelación o engaño en la relación terapéutica. El primer argumento para no revelar el diagnóstico, pronóstico o tratamientos está representado por lo que Sidgwick denomina *engaño benévolo*; por ejemplo, la revelación de la enfermedad podría violar los principios de beneficencia y no maleficencia, provocando en el paciente consecuencias funestas.

El segundo argumento es que el personal de salud no puede conocer enteramente toda la verdad y si lo puede hacer, muchos pacientes pueden no comprenderla. Este argumento, sin embargo, no elimina la obligación de veracidad, pues requiere que los profesionales revelen total y completamente como sea posible lo que un paciente racional querría conocer y lo que cada paciente en especial quiere conocer.

El tercer argumento para no revelar la verdad es que algunos pacientes, por estar muy graves o moribundos, no quieren conocer la verdad de su condición⁽¹⁾.

b. *Confidencialidad.* Desde el Juramento Hipocrático se establece la obligación de mantener el *secreto profesional*, siendo esta obligación reconocida en posteriores códigos de ética y declaraciones de derechos de los pacientes. Sin embargo, la mayoría de los códigos y teorías generales de ética reconocen que la regla de confidencialidad no es absoluta, que en ocasiones de extrema gravedad puede no ser respetada.

Su cumplimiento se encuentra en la base de la relación médico-paciente: facilita y protege la comunicación que se establece entre los participantes de dicha relación. Los que sostienen posiciones deontológicas, opinan que la obligación de mantener la confidencialidad deriva del respeto de la autonomía de las personas, de su autogobierno, de determinar lo que darán a conocer de sí mismas, del derecho de proteger su intimidad e integridad.

Mantener la confidencialidad tiene dos finalidades principales: facilitar una sincera comunicación y excluir a las personas no autorizadas. Tres aspectos importantes a ser identificados: el asunto a proteger, la relación especial entre las personas y los procedimientos de comunicación. La regla de la confidencialidad obliga siempre *prima facie* a los profesionales de la salud; en algunas circunstancias podrá existir una necesidad de violarla, cuando exista una causa justa, y por tanto una fuerte justificación moral para quebrantarla.

c. *Privacidad.* La privacidad corresponde al derecho del dominio de la información personal; otros la definen en términos de derecho a la autonomía personal y libertad, siendo la confidencialidad meramente un aspecto de la privacidad. Las relaciones interpersonales alcanzan mayor intensidad en un círculo más íntimo, más confidencial; al alejarse de este núcleo, las relaciones son menos intensas y personales, y los sentimientos, deseos, verdades íntimas no son revelados. Esto se representa con una imagen de círculos concéntricos, donde el núcleo central contiene lo más personal e íntimo, y a medida que se aleja del mismo la información es menos confidencial.

d. *Fidelidad.* Esta regla se entiende como la de *guardar promesa*, derivada del principio de lealtad aplicado a la práctica social de prometer. La relación médico-paciente es compleja y no puede establecerse como una simple relación contractual; no se encuentra aislada, sino que intervienen actualmente cada vez más personas: equipo médico, técni-

cos, administradores hospitalarios, que poseen obligaciones que pueden entrar en conflicto con los intereses de los pacientes. Las promesas o contratos pueden ser expresos, implícitos o tácitos.

e. *Consentimiento informado*. Muchos colocan en el nivel de las reglas al consentimiento informado o válido; en realidad, si observamos la doctrina establecida en la formulación del consentimiento vemos que deriva del principio de autonomía y de la regla de veracidad. Los participantes de la relación biomédica deben consentir voluntariamente, sin coacciones, luego de recibir una información completa y veraz sobre el diagnóstico, pronóstico y terapéutica de la patología o de la investigación propuesta.

4. Nivel de los casos particulares

En esta escala de teorías, principios, reglas morales, los casos particulares se colocan en último término. En la aplicación de este método—basado en los principios y en las reglas morales—a situaciones concretas se presentan frecuentemente conflictos entre los principios que deban respetarse.

La Bioética propicia que deban respetarse siempre *prima facie* los principios y las reglas morales; en un primer momento se deben respetar los principios (ética deontológica, del deber), pero en un segundo momento, al analizar las consecuencias del conflicto de principios, se deben considerar las consecuencias negativas a las que conduciría darle valor absoluto a los principios. Esto exige un profundo análisis y llegar a una seria justificación del no cumplimiento o violación de un principio moral.

En las teorías deontológicas el cumplimiento de los principios debe ser absoluto; no admiten ninguna excepción, aunque las consecuencias que se produzcan sean negativas; esto no es aceptado en las teorías utilitaristas o consecualistas.

Beauchamp y Childress otorgan a los cuatro principios *prima facie* un nivel de igual jerarquía; estos autores priorizan que frente a un conflicto de principios, hay que ponerse de acuerdo en el método, jerarquizar el cómo, las situaciones, el uso de un modelo de justificación moral, más que discutir tanto las teorías. Estos autores han recibido la gran influencia del pensamiento de Ross, quien formuló la

teoría de los deberes *prima facie* y propone que los actos se deben cumplir siguiendo los principios *prima facie* ⁽⁹⁾. Los deberes *prima facie* pueden entrar en conflicto; el deber real deja en espera otros deberes. A la pregunta de cómo se sabe que un deber es superior a otro, Ross responde que a veces la respuesta es clara, como la ayuda a una persona, o cumplir la promesa dada; sostiene que se intuye, como dice Aristóteles: “*En la sensación está el criterio*” (*Ética de Nicómaco*); el sentido moral lo dirá. En cada circunstancia debemos hallar el *mayor bien*, encontrando “*el mayor equilibrio de lo justo sobre lo injusto, en cada contexto concreto*”. Introduce la distinción central entre *deberes prima facie* y *deberes efectivos (actual duties)*: el deber *prima facie* es un deber que siempre hay que cumplir a no ser que se presente un conflicto con un deber igual o más fuerte. Pese a ser un deber firme, depende de no ser superado o vencido por demandas morales contendientes.

Bibliografía

1. **Beauchamp TL, Childress JF.** Principles of biomedical ethics. 2 ed. New York: Oxford University Press, 1983.
2. **Nino C.** Ocho lecciones sobre ética y derecho para pensar en democracia. Bs.As.: Siglo XXI, 2013.
3. **Kant I.** Lecciones de ética. Barcelona: Crítica, 1988.
4. **Mill JS.** El utilitarismo: un sistema de la lógica. Introducción, traducción y notas de Esperanza Guisán. Madrid: Alianza, 1991.
5. **Gracia D.** ¿Qué es un sistema justo de salud? Principios para la asignación de recursos. Bol of Sanit. Panam 108 (5-6) 570-585, 1990.
6. **Rawls J.** Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia. Madrid: Editorial Tecnos, 1986.
7. **Rawls J.** Teoría de la justicia. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1979.
8. **Gracia D.** Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989.
9. **Ross WF.** The right and de good. Oxford: Oxford University Press, 1930.