



Revista Colombiana de Bioética

ISSN: 1900-6896

publicacionesbioetica@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque

Colombia

Urbano Bucheli, Fabio David

Reflexiones bioéticas en el tratamiento de la sordera con implantes cocleares

Revista Colombiana de Bioética, vol. 12, núm. 1, junio, 2017, pp. 64-75

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189251526007>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Reflexiones bioéticas en el tratamiento de la sordera con implantes cocleares

## *Bioethical Reflections on the Treatment with Cochlear Implants of a Deaf Patient*

## *Reflexões bioética sobre o tratamento da surdez com implantes cocleares*

Fabio David Urbano Bucheli\*

### Resumen

Los otorrinolaringólogos dedicados a la cirugía de implantes cocleares son muy cuidadosos en solicitar toda clase de sofisticados exámenes médicos y paraclínicos, con el fin de hacer un diagnóstico claro y realizar un procedimiento quirúrgico con buenos resultados en la mejoría de la audición y el lenguaje. Desde el punto de vista biomédico, este proceder no tiene discusión. Sin embargo, no considerar en el análisis que los factores de tipo personal, social, familiar y del entorno del paciente sordo son tan importantes como la patología, puede dar al traste con los resultados que se buscan. En este artículo de reflexión se hace énfasis en estas situaciones, que hacen parte de la visión bioética, y se consideran necesarias en cuanto complemento integral de la rehabilitación de la sordera con este procedimiento. Se definen los dilemas y conflictos en la bioética para ubicarlos desde la sordera como patología, en la persona sorda y en su entorno enmarcado en el concepto de salud integral y en el deber ser del médico, hasta llegar a los principios bioéticos de Beauchamp y Childress. El objetivo es mostrar que el implante coclear no puede reducirse sólo a un valioso acto operatorio de tecnología de punta, sino que también debe trascender y comprender los prejuicios y valores que se ciernen sobre esta técnica médica, que directa o indirectamente, en forma positiva o negativa pueden afectar a la persona sorda.

**Palabras clave:** Bioética, sordera, implante coclear.

### Abstract

Otolaryngology specialists who are dedicated to cochlear implant surgery are very careful in soliciting all type of sophisticated medical and paraclinical tests with the goal of formulating a clear diagnosis and performing a surgical procedure with good results in the improvement of hearing and language. From a biomedical point of view, this procedure is not controversial. Nonetheless, by not considering that the patient's personal, social, family, and environmental factors are just as important as the pathology for the analysis, the intended result

\* Médico y Especialista en Otorrinolaringología de la Universidad de Colombia. Especialista en docencia universitaria de la Universidad Cooperativa. Magister en Administración de Empresas de la Universidad del Valle. Candidato a doctor en Bioética, Universidad El Bosque, Bogotá. Docente de otorrinolaringología y bioética del programa de Medicina de la Universidad de Nariño, Pasto. fadaurb@gmail.com. ORCID: 0000-0003-1562-4169. Artículo recibido: 03.04.2017; aceptado: 31.05.2017.

can be thwarted. In this reflective article, emphasis is made on these situations that compose the bioethical vision and which are considered necessary as integral complementation of the rehabilitation of deafness with this procedure. The article defines dilemmas and conflicts in bioethics in order to approach them from the pathology of deafness, in the deaf person and his/her environment embedded within the concept of integral health and the ought to be of the doctor, up to arrive to the bioethical principles of Beauchamp and Childress. The objective is to show that the cochlear implant cannot be reduced to being only a valuable surgical action of cutting edge technology, but that it also should transcend and comprehend the prejudices and values that cluster around this medical technique, which directly or indirectly, positively or negatively, can affect the deaf person.

**Key words:** Bioethics, deafness, cochlear implants.

## Resumo

Os otorrinolaringologistas especializados em cirurgia de implantes cocleares são muito cuidadosos ao solicitar todo tipo de exames médicos e paraclínicos sofisticados, com o intuito de realizar um diagnóstico claro e um procedimento cirúrgico com bons resultados na melhoria da audição e linguagem. A partir do ponto de vista biomédico, este procedimento não tem discussão. No entanto, não considerar nas análises que os fatores de tipo pessoal, social, familiar e do ambiente em que o paciente surdo se encontra são tão importantes como a patologia, pode prejudicar os resultados pretendidos. Neste artigo de reflexão estas situações, que fazem parte da visão bioética, são enfatizadas e são consideradas necessárias enquanto complemento integral da reabilitação da surdez com este procedimento. Os dilemas e conflitos na bioética são definidos para localizá-los a partir da surdez como patologia, na pessoa surda e em seu ambiente demarcado no conceito de saúde integral e no dever do médico, até chegar aos princípios bioéticos de Beauchamp y Childress. O objetivo é mostrar que o implante coclear não pode se reduzir a apenas um ato operatório valioso de tecnologia de ponta, mas que também deve transcender e compreender os prejuízos e valores que envolvem esta técnica médica que, direta ou indiretamente, de forma positiva ou negativa, pode afetar a pessoa surda.

**Palavras-clave:** Bioética, surdez, implante coclear.

## Introducción

El tratamiento de la pérdida auditiva, cuando no es severa o profunda, se puede corregir con procedimientos quirúrgicos, con prótesis o audífonos de baja, mediana o alta tecnología. Cuando la pérdida auditiva es severa o profunda, o cuando existe cofosis, es decir, la ausencia total de la audición o el uso de prótesis no tiene ningún efecto positivo, se recurre a otros métodos de comunicación: al lenguaje oral por lectura labiofacial, o, en ausencia de lenguaje oral, a la comunicación con lenguaje de señas. De hecho, en el entorno europeo y en otros países con sanidad y educación avanzadas similares, sobre el millón de afectados, más del 90% se comunica en lengua oral y entre el 6% y el 8% lo hace en lengua de signos (OMS, 2017).

Pero, además de las alternativas expuestas, para las personas que carecen de audición o aquellos que por enfermedad o trauma pierden la audición, la tecnología de los implantes cocleares abre las posibilidades de adquirir audición cuando no ha existido, recuperarla cuando se la ha perdido, o mejorar las deficiencias auditivas severas, hechos que años atrás no eran posibles.

Los implantes cocleares son sistemas electrónicos de tecnología de punta que se utilizan como tratamiento médico-quirúrgico de rehabilitación de la sordera en los casos ya descritos. Para que el implante coclear sea exitoso, los candidatos deben cumplir completamente los protocolos exigidos, y sobre todo, cumplir una rigurosa rehabilitación auditiva y del lenguaje después del procedimiento quirúrgico. El fin último de los

implantes cocleares es conseguir la interacción de la audición para el desarrollo de un lenguaje oral adecuado. Si esto no es posible, el implante coclear carece de sentido. Por lo anterior, el cumplimiento de los protocolos que se manejan para escoger los pacientes para implantes cocleares deben cumplirse a cabalidad.

En los protocolos de pacientes para implante coclear están explícitos los muchos y necesarios exámenes que se dedican para el estudio médico y el diagnóstico de la patología auditiva, como también para la evaluación y los resultados de la audición y el lenguaje (véase Ministerio de Salud de Chile, 2008; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010). Sin embargo, es poco lo que se aplica con respecto a los aspectos socio familiares, psicológicos, educativos y aún más, con relación a los aspectos bioéticos de la persona sorda y su núcleo familiar, factores que son básicos y necesarios, y requieren ser tenidos en cuenta tanto como los otros exámenes médicos, con el fin de poder impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes con implantes cocleares.

Ni los cuidados biomédicos con la ayuda de los avances científicos, ni las ayudas técnicas o tecnológicas por sí solas, son suficientes en el manejo de los pacientes con las sorderas enunciadas. También se requiere de otros aspectos ya identificados como, por ejemplo, llegar a tiempo y en la forma adecuada, y también es importante considerar aspectos relacionados con los dilemas y conflictos bioéticos que emergen del manejo de pacientes con sordera y rehabilitados con implantes cocleares, con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos.

La cirugía del implante coclear, si bien es una de las partes importantes del proceso de rehabilitación, por sí sola, no corrige la sordera. Posterior a la cirugía es necesaria una constante y selectiva rehabilitación auditiva y del lenguaje, por uno

o más años, para adquirir, recuperar o corregir la pérdida auditiva y del lenguaje. El manejo interdisciplinario en equipo es básico para un óptimo resultado.

En España, los mejores resultados de implantes cocleares en niños sordos se encontraron entre los 0-3 años de edad, los cuales alcanzaron una mejoría del 90% al 95% en audición y lenguaje. Entre el 80% y el 90% de estos niños desarrollaron una capacidad auditiva y del lenguaje como la de los niños con audición normal. Entre los adultos, el 80% había mejorado su capacidad auditiva y experimentaron una mejora en su calidad de vida, salud mental y vida social (véase Manrique, 2006). Aunque no todos los sordos son candidatos a estos implantes, se considera que el 40% de los sordos nacidos vivos son candidatos a implante coclear. Estos resultados sirven de parámetro para indicar la utilidad de este tipo de implante en aquellas personas sordas que han llenado a cabalidad los requisitos de los protocolos y han cumplido sin reservas el tratamiento de rehabilitación y seguimiento.

## 1. DILEMAS Y CONFLICTOS

Todos los procedimientos que se realicen con implantes, pero en especial, el de la sordera y su tratamiento con implantes cocleares, ameritan serias reflexiones bioéticas, que se exponen a continuación, sobre todo para aquellos casos en donde el médico se encuentra ante una verdadera e inevitable situación conflictiva, en la cual se pueden presentar muchos cuestionamientos antes de elegir la implantación, o no hacerla.

Un dilema ético es una narración breve, a modo de historia, en la que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad pero conflictiva a nivel moral, y se solicita del actor bien una solución razonada del conflicto, o un análisis de la

solución elegida por el sujeto protagonista de la historia. Por regla general, la situación se presenta como una elección disyuntiva: el sujeto protagonista se encuentra ante una situación decisiva ante la cual sólo existen dos, y nada más que dos, opciones (A) ó (B), siendo ambas soluciones igualmente factibles y defendibles. (Empresarios Modelo Filosofía y ética empresarial, s.f)

Para Beauchamp y Childress (2009) la única forma de cumplir con una obligación es infringir otra obligación. Independientemente de cuál sea el camino elegido, alguna de las obligaciones deberá ser incumplida. Sería incorrecto y engañoso decir que, por las circunstancias, estamos obligados a realizar ambas acciones. Hay que cumplir con la obligación que, de acuerdo con las circunstancias, prevalece sobre lo que habríamos estado totalmente obligados a realizar, si no hubiera existido conflicto. Los conflictos entre los requerimientos morales y el propio interés a veces crean dilemas prácticos en vez de dilemas morales. Si las razones morales entran en conflicto con razones no morales, puede resultar difícil establecer prioridades, incluso aunque no exista un dilema moral (Beauchamp & Childress, 2009, pp.10-12).

Para realizar un juicio moral concreto, a menudo no solo hay que apelar a una regla o principio más genérico, también hay que especificar y ponderar las normas según las circunstancias concretas. En el proceso de especificación y ponderación de normas y al realizar juicios concretos, se deben tener en cuenta las creencias sobre el mundo, las expectativas culturales, los resultados más probables, los precedentes y cuestiones similares, para así completar y dar peso a las reglas, los principios y las teorías (Beauchamp & Childress, 2009, pp.12-14).

En medicina, lo habitual es que existan juicios ponderados, principios que han permanecido inalterados a lo largo de toda la historia, como

aquel que reza que los médicos no deben utilizar a los pacientes para su propio lucro y los intereses del paciente deben ser prioritarios. En medicina, hacer lo contrario es antiprofesional, aunque sea una práctica aceptada en el mundo de los negocios. Los empresarios no siempre están limitados por reglas como los intereses del cliente. Una diferencia entre los códigos éticos de la medicina y los negocios deriva de la regla anteriormente expuesta, un juicio ponderado sobre la relación médico-paciente (Beauchamp & Childress, 2009, pp. 16-19).

Para Beauchamp y Childress, el llamado equilibrio reflexivo amplio se consigue evaluando los puntos fuertes y débiles de todo juicio moral, principio o teoría relevante; es decir, incorporando la más amplia variedad posible de creencias morales legítimas, incluyendo los casos más duros de la experiencia. El carácter de este procedimiento es ideal: independientemente de lo amplio que sea el conjunto de creencias, no da pie para creer que el proceso de pulir, ajustar y dar coherencia concluirá o será perfeccionado. Cualquier conjunto de generalizaciones teóricas obtenidas a través del equilibrio reflexivo es potencialmente incoherente con los juicios ponderados, y el único modelo adecuado de teoría moral es conseguir la mayor aproximación posible a la coherencia total (Beauchamp & Childress, 2009, pp. 19-24).

## 2. EL PACIENTE SORDO Y SU ENTORNO

La sordera es una disminución única, no visible físicamente; sin embargo, sus implicaciones son insospechadas con respecto al desarrollo emocional, social y educacional del individuo. El aislamiento que puede sufrir una persona por la incapacidad de establecer un contacto libre y normal con otros seres humanos es una tremenda barrera para su total participación en la vida, lo que en muchos casos produce grandes frustraciones. Es inevitable que la sordera

produzca aislamiento e incomunicación en la persona frente a la realidad en que está inmersa y lleva frecuentemente a acrecentar un sentimiento de soledad (véase Pabón, 2009).

Con la audición percibimos los sonidos de fondo o ruidos ambientales, nos sirve como señal de alerta y es posible expresar sentimientos, emociones y pensamientos. La falta de audición inhibe el desarrollo emocional y social del niño y adulto sordos, viéndose limitados a la expresión de sus ideas y sentimientos, y a la comprensión de su entorno (véase Pabón, 2009).

Entender y comprender la situación de las personas sordas y la de sus familias debe complementarse con una información adecuada de las posibles soluciones, así como de los peligros acerca de la posibilidad de que sean vulnerados sus derechos. Por esto, es necesario buscar la ayuda que otras disciplinas puedan brindar, con el único fin de resolver los problemas que se suscitan alrededor de esta patología. El papel que juegue el personal de fonoaudiología, psicología y trabajo social será de primordial importancia en la solución de estos problemas.

### 3. SALUD INTEGRAL Y SORDERA

Si consideramos la alteración de la salud como enfermedad del cuerpo, es necesario entender el cuerpo más allá de su condición biológica. Esto significa que la alteración se da en otras instancias diferentes, como el ámbito social y familiar. También se debe tener en cuenta desde las características de la realidad humana donde se manifiesta la libertad. Esa libertad que se da en las estructuras personales, sociales y económicas (véase Escobar, 2001, p. 35).

La salud integral es considerada un derecho consagrado en el Artículo 26 de la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU. El derecho

a la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar y capacidad para proyectar un futuro. El ser humano no es un ente biológico solamente, y estar vivo no significa simplemente que un sistema orgánico funcione correctamente como una máquina bien aceiteada. Es una persona en el desarrollo de sus capacidades fisio-biológicas; por lo tanto, tiene que ver también con sus capacidades culturales, relacionales, sociales, históricas, proyectivas y morales (véase Pfeiffer, s.f.). De modo que, para el caso, oír, escuchar y desarrollar un lenguaje significan mucho más que mantener funcionando los órganos y los sistemas biológicos; significan vivir sanamente, es decir, bajo condiciones que permitan desarrollar todas las capacidades con que cuenta cada uno, sean estas muchas o pocas.

### 4. EL DEBER SER DEL MÉDICO Y DE LA MEDICINA

La razón de ser del ejercicio de la medicina en relación con el bien y la beneficencia se ha fundamentado desde la medicina hipocrática. Las éticas hedónicas encuentran en la búsqueda del bien la justificación de las conductas humanas. Desde los tiempos de Hipócrates, los médicos tradicionalmente han repetido la práctica del juramento, es decir poner a Dios o a alguna entidad superior a ellos mismos como testigo y juez de sus conductas, con el compromiso de brindarles el bien absoluto a sus pacientes (véase Pfeiffer, s.f.). Sin embargo, “la Medicina tecnológica, tan avanzada, hace énfasis en el reduccionismo biológico, consagrando una desviación epistemológica de lo que ha sido, es y debe ser la Medicina humana” (Escobar, 2001, p. 25). En este mundo de la medicina moderna, que Mainetti (1990) ha denominado la “medicalización de la vida”, paciente y médico están subyugados por el imperativo tecnológico:



Por esto, la mayoría de la veces las decisiones tanto de uno como de otro pasan por esa fascinación. El médico debe ser responsable en el ejercicio de esta medicina y ser consciente de los límites de la ciencia, de los peligros que entraña entregarse a procedimientos que se miden según la tecnología, que implican y que exacerban la apropiación de la vida por parte de la medicina. (Mainetti, 2000, pp.165-166)

El bienestar, desde el punto que hemos analizado, debe empezar por la defensa del derecho a la salud, lo cual implica mucho más que el derecho a la atención en la enfermedad. Debe permitir a las personas ejercer sus derechos para poder vivir sanamente. No cabe ninguna duda de que el respeto a los derechos del paciente a vivir en salud, a ser curado cuando la pierde y a participar en ambos actos, debe ponerse en práctica sin condiciones. Es esto lo que puede traducirse como el bien absoluto para el ser humano (véase Pfeiffer, s.f.).

## 5. LA BIOÉTICA Y SUS PRINCIPIOS

El pastor Fritz Jahr ha sido llamado el “padre de la Bioética” (Sass, 2007) ya que fue él quien utilizó por vez primera el término “bioética” en una editorial publicada en 1927 en la revista alemana de ciencias naturales *Kosmos* (véase Garzón, 2009), y quien desarrolló luego en publicaciones de menor circulación su visión de un imperativo bioético universal que reemplazaría al ya formal Imperativo categórico de Kant (véase Sass, 2011).

Posiblemente sin ningún conocimiento de lo anterior, Van Rensselaer Potter (1971), bioquímico norteamericano de la Universidad de Wisconsin, utiliza nuevamente el término “bioética”, cuando interpretó los conflictos que se suscitaron con el advenimiento de la tecnociencia y su aplicación

en la medicina, como también el desafío ecológico planetario. Potter describe así el conflicto:

Si hay dos culturas que parecen incapaces de hablar la una con la otra –la ciencia con las humanidades– y si ello es parte de la razón por la que el futuro parece dudoso, entonces posiblemente nosotros podríamos construir un puente hacia el futuro; como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de valores humanos [...] Elegí ‘bio’ para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos; y elegí ‘ethics’ para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos. (Potter, 1971)

Sin querer descartar otras teorías bioéticas, en 1978 se presenta el *Informe Belmont*, del cual hizo parte Tom Beauchamp, quien años más tarde con James Childress escribe el libro *Los principios de la ética biomédica*, y crean su teoría principialista. Esta ha sido la teoría dominante especialmente en Norteamérica y sirve de base para direccionar el objetivo de este artículo, en donde el implante coclear como tecnociencia crea los dilemas y conflictos, a los que tanto médicos como pacientes se ven abocados con este tratamiento.

Los implantes cocleares ameritan un análisis bioético que esté acorde con los principios bioéticos de *beneficencia* y *no maleficencia*, que corresponden al manejo médico, fundamentalmente en su obligación de curar cuando se pueda, sin causar mayores problemas; con el principio de *respeto a la autonomía* del paciente, que interpreta la libertad y libre decisión, en su ambición de acceder o no a estos beneficios tecnológicos y, al principio de *justicia* que debe reflejar a la sociedad, a través del Estado, en el papel que le corresponde para brindar a todos los que la necesiten en forma oportuna y equitativa

la tecnología existente (véase Escobar, 2001, p. 34; Beauchamp & Childress, 2008).

Estos principios no se constituyen como una norma rígida o inflexible. Las circunstancias incluyen el peso que se asigna a cada uno de los principios en un caso en particular. Beauchamp y Childress (2009, p. 361) establecen una obligación *prima facie*, es decir obligación de cumplimiento, a menos que entre en conflicto con otro de igual consideración. Lo anterior conduce a que se establezca una ponderación entre los principios, buscando razones de cual debe prevalecer, como ya se analizó anteriormente.

## 6. PRINCIPIO DE RESPETO A LA AUTONOMÍA

Beauchamp y Childress definen la autonomía como norma que establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones (2009, p. 99). Estos autores se refieren a la capacidad para decidir sin la influencia de otros y con una comprensión y significado adecuados de la situación. La autonomía, por tanto, implica la posibilidad de ser independiente en las elecciones y autogobernarse, actuando en consecuencia con la propia voluntad, sin la influencia de otros (2009, p. 100).

Para que sea posible la autonomía, Beauchamp y Childress señalan la necesidad de cumplir con tres criterios: la intencionalidad, el entendimiento y la ausencia de influencias que determinen la acción. La autonomía es considerada parte de la teoría de derechos por permitir hacer uso de ellos en la toma de decisiones, con respecto a la titularidad y el ejercicio de los mismos. Producto de la consideración de la autonomía como derecho dentro de las ciencias de la salud, surge el consentimiento informado que un individuo debe dar sobre los procedimientos, intervenciones o acciones investigativas que se realicen en una persona.

A pesar de que la autonomía es el reconocimiento de la capacidad de individuo para autogobernarse, también presenta algunas dificultades en su aplicación, debido a que las condiciones de autocontrol no se encuentran siempre presentes. Por ejemplo, se contemplan los casos de las personas que presentan dificultades para tomar decisiones como menores de edad, personas con discapacidad mental o cognitiva, o adultos mayores. También existen restricciones entre las personas adultas con adecuada capacidad intelectual, pero cuya dependencia de otros es relevante o cuando el lenguaje técnico supera las posibilidades de comprensión. En ese caso, las decisiones no tendrán tanta autonomía, debido a que la información y circunstancias no posibilitan su comprensión. Es necesario agregar que la autonomía se ejercita en un marco social, cuyos valores están definidos culturalmente y en los que existen prácticas sociales y relacionales, por lo que la naturaleza misma del concepto debe involucrar la consideración de cuidado y respeto por las personas (véase Rendtorff, 2002, p. 29).

El punto más sensible sobre los implantes cocleares, con relación con el principio del respeto a la autonomía, se presenta en la decisión que tomen los padres o tutores a favor o en contra, cuando se requiera o no el implante coclear. Para Joel Feinberg, los derechos deben ser protegidos en el presente para ejercerlos más tarde en la vida adulta (véase Arneson, 2005). La decisión de los padres como tutores es jurídica, pero no con respecto a la autonomía, de esto surge la necesidad de que se proteja el alcance de las decisiones futuras de los niños. Pero, de practicarse, esta protección en lo menores, para el caso de los implantes cocleares, esta protección puede ser tardía.

Los niños sordos también tienen sus derechos proclamados y para que estos sean respetados hay que partir del acatamiento a la libertad del individuo. Sin embargo, esta no podría existir



si la sociedad no la considera vulnerable (véase Canales, s.f.). La mayoría de los niños sordos no nacen en el mundo de los sordos, por lo tanto, el nivel de interés de ellos o de sus tutores debería ser razonable, y como personas prudentes se debe elegir pertenecer al mundo de los audiparlantes. Sería diferente en los casos en que el niño nace en el mundo de los sordos, porque sus padres son sordos, y estos consideran que su sordera es básica para su educación y para hacer parte de la cultura que ellos manejan. Aun así, nadie tiene derecho a limitar la capacidad física de forma indefinida, así sea de un niño nacido en comunidades de sordos, cualquiera sea la razón que se esgrima (véase Morales, 2004). En los niños escolares, cuando su capacidad intelectual lo haga posible, aunque no tenga implicaciones legales, sus deseos, voluntad o decisión deben tenerse en cuenta.

## 7. PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

Este principio fue propuesto originalmente por Beauchamp y Childress, como “la obligación de no hacer el daño a otros” (2009, p. 29). En este sentido se une a la máxima Hipocrática de “al menos no dañar”. El daño ha sido definido como el mal que es hecho y para las personas, en general, significa eventos, estados o asuntos que son negativos para alguien. Los autores construyen el concepto del daño sobre la idea de dolor, discapacidad, sufrimiento o muerte. El principio incluye tanto no hacer daño, como prevenir el sufrimiento o el dolor. Ha tenido gran importancia en la ética médica e investigación, por considerar que a pesar de la existencia de un consentimiento informado, no se debe admitir el detrimento de las condiciones de salud o de vida de las personas (2009, p. 30).

Para los autores el principio de hacer o promover el bien, teniendo en cuenta la obligación de no ocasionar un daño, es previa a la de causar un

beneficio (2009, p. 53). Sin embargo, existen situaciones en las que las obligaciones de no maleficencia son más estrictas que las de beneficencia, incluso si el resultado más utilitario se obtenga actuando de forma beneficente. Beauchamp y Childress advierten la precaución que se debe tener con la priorización de los axiomas antes expuestos, debido a que una acción benéfica no siempre toma lugar luego de un acto de no causar daño. Aunque la no maleficencia puede sobrepasar a otros principios, esto varía de acuerdo a las circunstancias. Es decir, la no maleficencia requiere solamente de abstenerse de acciones intencionales de daño y en la beneficencia toman lugar acciones de prevenir, evitar el daño y promover el bien.

Los autores contemplaron el concepto de “debido cuidado”, es decir, atender suficiente y adecuadamente, como para evitar el daño de acuerdo con una evaluación razonable y prudente de las circunstancias (2009, p. 149). Este es el marco de la negligencia, referida como “la ausencia del debido cuidado”. Este término puede entenderse cuando se impone intencionalmente e irracionalmente un riesgo de daño, y también al ofrecer riesgos no intencionalmente y de manera desprevénida, ambos moralmente censurables, pero evaluables de acuerdo con las condiciones, que pueden ser atenuantes de la responsabilidad (2009, p. 150).

Beauchamp y Childress también incluyeron en sus especificaciones del sentido de la no maleficencia al considerar la toma de decisiones sobre tratar o no (2009, p. 151). Además, la no maleficencia tiene en cuenta el uso de tratamientos ordinarios o extraordinarios, de acuerdo con la frecuencia o costumbre de utilización que se haga de los mismos. Desde el punto de vista moral, el aspecto más importante a tener en cuenta debe ser si el tratamiento puede ser beneficioso o más bien agobiante para quien se someta a él.

Los autores reflexionan en torno a si una acción intencional puede traer como consecuencia un efecto adverso que es previsible (2009, p. 155). En ese caso, tanto los efectos buenos como los malos deben ser vistos, y por tanto la bondad y la maldad, si este hecho ocurre por acción directa o indirecta, debe ser visto y defendido de manera independiente. De esta forma se deben considerar también las motivaciones para el acto, que pueden ayudar a resolver su intencionalidad.

## 8. PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Para Beauchamp y Childress este principio incluye “todas las formas de acción que tienen la intención de beneficiar a otras personas” (2009, p. 197). El principio de beneficencia es una obligación moral de hacer el bien a otras personas, contemplando que, aunque no todos los actos de beneficencia son de ineludible cumplimiento, sí existen algunas formas que lo son. Las siguientes reflexiones son de cuidado y de valor en la toma de decisiones para la indicación de los implantes cocleares.

La conceptualización de la beneficencia ha sufrido transformaciones, especialmente por los cambios de la relación médico-paciente y el reconocimiento de la autonomía de la persona, que han obligado el cambio. Para los autores existe una distinción entre la beneficencia positiva, que es la obligación de proporcionar un beneficio, y el principio de utilidad, en el cual se revisan los riesgos y ventajas de una actuación. Esto se debe a que las acciones benéficas pueden tener resultados negativos. Por esto, las decisiones que se tomen deben medir las dificultades que se pueden presentar, y así realizar aquello que es más conveniente (Beauchamp & Childress, 2009, p. 198).

Dentro del planteamiento de este principio cobra especial interés la consideración del conflicto que surge entre el paternalismo y la autonomía. Los

actos benéficos del personal en salud tienden a realizar lo que a su juicio es más adecuado para el paciente, integrando acciones que pueden sobrepasar los deseos de los pacientes, sin respetar la autonomía a la que tiene derecho (Beauchamp & Childress, 2009, p. 199).

Los dilemas éticos que surgen con el paternalismo consisten en establecer si las intervenciones que se realizan están moralmente justificadas y cuáles son las circunstancias que se dan en ellas. En términos generales, es a través de las leyes o normas que se regulan las actuaciones paternalistas, especialmente cuando existen limitaciones en la competencia de la persona para realizar adecuadas tomas de decisiones (Beauchamp & Childress, 2009, p. 210).

El principio de beneficencia para Beauchamp y Childress se basa también en la consideración de lo más adecuado en términos del beneficio, los riesgos y los costos que implican la atención de las personas en salud, lo cual debe ser ponderado. Su definición de costos se hace en términos económicos, es decir, con base en los recursos requeridos para alcanzar un beneficio. El riesgo es concebido como el daño que se puede causar a futuro y así entorpecer el bienestar, la salud o la vida de las personas (2009, p. 221).

El beneficio se refiere a valores como la salud o la vida que puede tener una acción, pero también a la disminución y prevención de riesgos. Su postura se basa en el principio de utilidad y la proposición de tres herramientas usuales dentro de las políticas en salud, la investigación y el uso de tecnología médica: el análisis de costo beneficio, o riesgo beneficio (Beauchamp & Childress, 2009, p. 222).

## 9. PRINCIPIO DE JUSTICIA

La justicia es el conjunto de normas que garantizan la distribución justa de beneficios, riesgos

y costos. La justicia es un principio que se sale del ámbito individual para introducirse a nivel social y aunque tiene que ver con los derechos de las personas, implica la protección de estos en diferentes escenarios (Beauchamp & Childress, 2009, p. 224).

Beauchamp y Childress la interpretan como “imparcialidad, equidad y adecuado tratamiento a la luz de lo que es debido o deber para las personas” (2009, p. 241). Estos mismos autores refieren el término “justicia distributiva”, para reconocer “la imparcial, equitativa y adecuada repartición, determinada por normas justificadas que se estructuran en los términos de la cooperación social” (2009, p. 241).

Además, expresan que su aplicación involucra las políticas de asignación de recursos o limitaciones sobre estos en la propiedad, los impuestos, los beneficios, privilegios u oportunidades. Es decir, conciben la justicia distributiva como la asignación de todos los derechos políticos o civiles y responsabilidades de una sociedad. Un aspecto importante del planteamiento de Beauchamp y Childress, son los principios de justicia; por un lado, se propone el formal y, por otro, el material. Entre estos debe existir un equilibrio, especialmente cuando las condiciones que existen en un contexto son insuficientes para atender las necesidades de todos los miembros de un grupo social. En ese sentido, el ejercicio de los principios de justicia puede ser alterado, modificado o disminuido (véase Beauchamp & Childress, 2009, p. 241).

El principio material de justicia, en un sentido no filosófico, especifica las características en las que debe haber igual tratamiento en la atención sanitaria, de acuerdo con las necesidades fundamentales y es el criterio que prima en la distribución (Beauchamp & Childress, 2009, p. 241).

La justicia distributiva ha sido un tema sobre el cual se han buscado recursos teóricos que contribuyan a la definición de las formas de repartición que se puedan hacer. Entre ellas están consideradas: la teoría utilitarista, que busca que se maximice el bienestar social y los derechos de los individuos están considerados con base a esta premisa. Su sentido, por tanto, es la búsqueda de la mayor utilidad pública y el sentido de justicia se dará con base en ello (Beauchamp & Childress, 2009, p. 248).

Las repercusiones de este principio son muy importantes en relación con las políticas de salud y su equitativo acceso y distribución. El derecho a la salud, para Beauchamp y Childress, está fundamentada en dos argumentos. Por un lado, existe la protección social colectiva, referida a la consideración del cuidado de la salud de manera prioritaria dentro de la agenda política de un gobierno, que ofrece a los ciudadanos servicios básicos y el retorno de la inversión social que se hace en la formación del personal de salud y el desarrollo tecnológico (2009, pp. 244-249). También incluye la consideración de la “regla de la oportunidad justa”. Su idea es que las personas no deberían tener ventajas sociales a causa de propiedades personales no controlables, como tampoco pueden ser negadas a quienes no las poseen (2009, p. 249).

Todos los médicos que utilizan la biotecnología deben tener en cuenta que los presupuestos dedicados a la salud generalmente se quedan cortos y no pueden saciar las demandas que tanto enfermos como profesionales de la salud requieren de la biotecnología moderna. Las aspiraciones, justas o no, de estos, deben tener sus límites, ya que están regulados por el Estado, y es ahí donde nacen las discriminaciones, las desigualdades y las inequidades. Estas, en los Estados democráticos, tratan de evitarse cumpliendo el mandato de los derechos humanos, pero paradójicamente, estos mismos Estados

manejan economías de mercado que utilizan el dinero como instrumento importante de discriminación legítima. Por lo tanto, el dinero se ha convertido en la fuente dominante legal de todas las discriminaciones y desigualdades sociales (véase Hottois, 2007).

## REFLEXIÓN FINAL

Muchos dilemas y conflictos en los implantes cocleares pueden afectar diferentes principios analizados. También los dilemas, además de ser médicos, a su vez pueden ser bioéticos. En el caso de los implantes cocleares, los otorrinolaringólogos deben contemplar a fondo las consideraciones descritas en cada principio, analizarlas con el debido cuidado, antes de tomar cualesquier decisión, ya que esta tendrá una repercusión positiva o negativa en el paciente sordo. La indicación médica no necesariamente implica indicación bioética.

El implante coclear es un procedimiento de alta tecnología con excelentes resultados en los pacientes sordos que lo requieran y que cumplan los requisitos de los protocolos. Para obtener un resultado óptimo, que debe ser el deseo de todo médico que ordena o ejecuta el implante, se debe tener en cuenta que los procedimientos biomédicos *per se*, no van ser las únicas causas del éxito o fracaso del proceso. Si no se acude y se tiene como especial prioridad escudriñar la intimidad de la persona sorda y su entorno viviente, como también sus aspectos personales, sociales, económicos, familiares, culturales y demás, dentro de los conceptos analizados, posiblemente el resultado del implante coclear no alcanzará los fines propuestos, cuando no, el fracaso. Lo ideal es buscar que los sueños de oír y hablar del paciente, de la familia, de la sociedad y el del médico se vean recompensados.

## Referencias

1. ARNESON, R. (2005). Feinberg, Joel and the justification of hard paternalism. *Legal Theory*, 11(3), 259–284.
2. BATTÁN, A. (2008). Entre inocencia y conocimiento: la experiencia de la enfermedad en G. Canguilhem y M. Merleau-Ponty. *A Parte Rei*, 55, 1-8. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/battan55.pdf>
3. BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J. (2008). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
4. CANALES (s.f.). Los derechos del sordo. Disponible en: [www.fenascol.org.colindex.php?option=com.content](http://www.fenascol.org.colindex.php?option=com.content).
5. CANGILHEM, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
6. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2008). Guía de práctica Clínica. Implante Coclear. Rehabilitación de personas en situación de discapacidad por hipoacusia sensorineural severa a profunda bilateral. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bd81c4d96853dd14e040010165014b19.pdf>
7. EMPRESARIOS MODELO, FILOSOFÍA Y ÉTICA EMPRESARIAL. (s.f.) Dilemas éticos [Entrada de blog]. Disponible en: <https://empresariosmodelo.jimdo.com/4-proceso/4-1-c%C3%B3mo-deber%C3%ADamos-aplicar-el-c%C3%B3digo-de-%C3%A9tica-en-los-negocios/4-1-1-dilemas-eticos/>
8. ESCOBAR, J. (2001). *Bioética y Justicia Sanitaria*. Bogotá: Universidad El Bosque.
9. ESCOBAR, J. (2009). La medicina entre la necesidad y el deseo. Dignidad humana, cuerpo y tecnología. *Revista Colombiana de Bioética*, 4(2), 15 – 51.
10. FOUCAULT, M. (1999). *Los Anormales. Curso en Collège de France (1974 – 1975)*, V. Marchetti y A. Salomoni (trads.). México: Fondo de Cultura Económica.
11. GARZÓN, F. (2009). Fritz Jahr, ¿el padre de la bioética?. *Revista Latinoamericana de bioética*, 4(2), 6-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v9n2/v9n2a01.pdf>
12. HYDE, M. & POWER, D. (2006). Some Ethical Dimensions of Cochlear Implantation for Deaf Children and Their Families. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(1), 102-111.

13. HOTTOIS, G. (2007). *La Ciencia entre valores modernos y la post modernidad*, Ch. Aristizábal (trad). Bogotá: Universidad El Bosque.
14. HOTTOIS, G. (2007a). La diversité sans discrimination: entre modernité et postmodernité. *Revista Colombiana de Bioética*, 2(2), 45 -76.
15. LOLAS, F. (2008). Bioethics and Animal Research: A Personal Perspective and a Note on the Contribution of Fritz Jahr. *Biological Research*, 41(1), 119-123.
16. MANETTI, J. (1990). La medicalización de la vida. *Bioética fundamental, la crisis bioética* (pp. 57-69). La Plata: Quirón.
17. MAINETTI, J. (2000). *Compendio Bioético*. La Plata: Quirón.
18. MANRIQUE, M., et al. (2006). Analysis of the Cochlear Implant as a Treatment Technique for Profound Hearing Loss in Pre and Postlocutive Patients. *Acta de Otorrinolaringología*, 57(1), 2-23.
19. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2010). *Guía de práctica clínica. Hipoacusia neurosensorial bilateral e implante coclear. Evidencias y recomendaciones*. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/396\\_IMSS\\_10\\_hipoacusia\\_neurosensorial/EyR\\_IMSS\\_396\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/396_IMSS_10_hipoacusia_neurosensorial/EyR_IMSS_396_10.pdf)
20. MILLER, B. (1995). Autonomy. En Post, S. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Gale Group. Disponible en: <http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826202224001.pdf>
21. MORALES, E. (2004). La genética y la comunidad de sordos. *Elementos ciencia y cultura*, 11(53), 19 -23.
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (s.f.). Sordera y pérdida de la audición [en línea]. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/)
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (s.f.). La declaración universal de los Derechos Humanos [en línea]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
24. PABÓN, S. (2009). La discapacidad auditiva. ¿Cómo es el niño sordo? *Innovación y experiencias educativas*, 16. [en línea] Disponible en: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_16/SABINA\\_PABON\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/SABINA_PABON_2.pdf)
25. PFEIFFER, M. L. (s.f.). Módulo II, unidad 2, Toma de decisión clínica I, III. Programa de Educación Permanente en Bioética Clínica y Social [en línea]. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>
26. POTTER, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. New Jersey: Prentice Hall.
27. RODRÍGUEZ, S. & FERREIRA, M. A. (2010). Diversidad funcional. Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. *Cuaderno de relaciones laborales*, 28(1), 151-171.
28. SASS, M. H. (2007). Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Institute Ethics Journal*, 17(4), 279-295.
29. SASS, M. H. (2011). El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934. *Aesthetika*, 6 (2), 20-33.