

León Correa, Francisco Javier
FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA, INSTITUCIONAL Y SOCIAL
Acta Bioethica, Vol. XV, Núm. 1, 2009, pp. 70-78
Organización Mundial de la Salud
Chile

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55412255009>



Acta Bioethica

ISSN (Versión impresa): 0717-5906

bioetica@chi.ops-oms.org

Organización Mundial de la Salud

Chile

FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA, INSTITUCIONAL Y SOCIAL

Francisco Javier León Correa*

Resumen: Se intenta fundamentar la necesidad de ampliar el campo de la bioética en Latinoamérica desde la ética clínica a una bioética social, para abordar los dilemas éticos institucionales, de salud pública, políticas y reformas de los sistemas de salud y legislación.

La propuesta es, por una parte, incorporar al debate académico en bioética estos aspectos de su dimensión institucional y social; por otra, desarrollar el sistema de la bioética de principios, fundamentando desde el personalismo y la ética dialógica los preceptos complementarios que puedan ser utilizados en las resoluciones de casos y toma de decisiones.

Palabras clave: bioética, sistemas de salud, políticas de salud, personalismo, ética dialógica

FOUNDATIONS AND PRINCIPLES OF CLINICAL, INSTITUTIONAL AND SOCIAL BIOETHICS

Abstract: This article attempts to base the necessity of widening the field of bioethics in Latin America from clinical ethics to a social bioethics, in order to deal with ethical dilemmas in institutions, public health, healthcare policies and reforms, and legislation. The proposal is, on one hand, to incorporate those aspects of its institutional and social dimensions in the academic debate in bioethics. On the other hand, to develop a system of the bioethics of principles, starting from personalism and dialogical ethics of the complementary precepts that may be utilized in the resolution of cases and in the decision-making process.

Key words: bioethics, healthcare systems, healthcare policies, personalism, dialogical ethics

FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA CLÍNICA, INSTITUCIONAL E SOCIAL

Resumo: O presente artigo procura fundamentar a necessidade de ampliar o campo da bioética na América Latina a partir da ética clínica para uma bioética social, que aborde os dilemas éticos fundamentais de saúde pública, políticas e reformas dos sistemas de saúde e legislação. A proposta é de um lado, incorporar o debate acadêmico na bioética estes aspectos de sua dimensão institucional e social, e de outro, desenvolver o modelo da bioética dos princípios, fundamentando a partir do personalismo e da ética dialógica dos preceptos complementares que possam ser utilizados nas resoluções de casos e tomada de decisões.

Palavras chave: bioética, sistema de saúde, políticas de saúde, personalismo, ética dialógica

* Doctor en Filosofía, Magister en Bioética. Profesor Adjunto, Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

Correspondencia: gibioetica@vtr.net

Introducción

En estos últimos años ha habido un desarrollo importante de la bioética en Latinoamérica. Necesitamos entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos exigirán una mayor dedicación en el futuro, dentro de la situación general de la región(1). Estamos en los comienzos de la difusión y aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el clínico, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud, y la institucionalización de los comités de ética en los hospitales. Pero es necesario desarrollar y promover una bioética institucional y social(2).

Objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes(3), pero muchos de los problemas ético-clínicos no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud. La bioética debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad. Esto puede lograrse dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación complementaria de las visiones éticas, al menos de las que promueven principios universalizables. No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, entendida en muchas ocasiones desde el individualismo liberal dominante, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población.

La ampliación de los campos de estudio y de visión de la bioética

El propio desarrollo de la bioética global de Potter(4), la bioética ecológica(5,6) y las propuestas de una bioética cotidiana(7,8), por un lado; el desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud(9,10), las propuestas de las éticas del desarrollo(11-13) y de la interculturalidad(14,15), y la necesidad de legislar y los debates sociales y en los medios de comunicación, por otro, han llevado a un reciente desarrollo de la bioética como una ética

institucional, social y política en Latinoamérica(16), con estudios sobre justicia e igualdad en salud(17-19) y género y ética en salud(20,21) que van más allá de la bioética general y clínica.

Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales –especialmente el derecho a la vida y a la salud– y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades, para superar defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales(22,23). Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas.

El éxito de la bioética clínica ha sido la elaboración de una eficaz metodología, la implementación de una propuesta de formación de los profesionales y la penetración en el ámbito de la salud a través de los comités de ética de los hospitales. Si queremos una bioética social debemos completar esa metodología y ampliar las funciones de los comités de ética; para ello es primordial la educación en el diálogo social, académico y profesional.

Debemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por Diego Gracia(24) de establecer un primer nivel con los principios de justicia y no maleficencia, y un segundo –importante, pero segundo– con los de autonomía y beneficencia.

Quizás no hemos profundizado lo suficiente en las exigencias que el principio ético (no sólo jurídico) de justicia aporta al análisis bioético. “Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia –como redistribución y reconocimiento– se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía”(25).

También debemos profundizar en los cambios de perspectiva que nos aporta la consideración del principio de beneficencia, no sólo como la complementación del de no-maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad, más allá de la calidad o excelencia de los cuidados del profesional de la salud.

El aporte desde la ética de los bienes básicos y el personalismo

Los estudios que profundizan en la ética de los bienes básicos, la ética personalista y la ética del cuidado aportan mucho al debate. Se debe complementar la ética del discurso con la ética de los bienes básicos y con la visión antropológica y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados sino visiones complementarias y, desde luego, deben estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

La llamada “nueva escuela de derecho natural” parte de la fundamentación de los derechos de las personas en los que John Finnis llama “valores básicos”, referidos a aspectos fundamentales del bienestar humano. Éstos son “...aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar”(26). Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. Gómez-Lobo los llama “bienes humanos básicos”(27) y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos en el ámbito de la vida humana y la bioética. Ellos forman el primer nivel de referencia para analizar las decisiones antes de la aplicación de los principios “*prima facie*”.

El personalismo, en algunos de sus representantes del realismo aristotélico(28), añade al esencialismo la dimensión relacional de la persona, al partir de la existencia personal desde la fenomenología(29). El respeto a la dimensión biológica del hombre en el personalismo(30) está unida esencialmente a su primer principio ético de la “afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor”(31), más allá de no utilizarla como un simple medio. Y esto se aplica a toda vida humana que siempre debe ser tenida en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y pacientes, gerentes de hospitales y usuarios, legisladores y ciudadanos, tanto en su condición de “interlocutor válido” como en la de “presente-ausente”, cuando está en condiciones más vulnerables, con mayor fragilidad, sin poder ejercer su autonomía y especialmente cuando está en juego el bien personal básico de la vida.

Esta es la aportación que desde el personalismo se hace al debate bioético: poner en el centro de la discusión a la persona concreta. No son sólo decisiones clínicas de

profesionales altamente calificados o análisis de sistemas organizativos o políticas de salud, o deliberación sobre la relación entre los principios éticos básicos. Todo esto nos interesa y mucho, porque afecta a las personas concretas, a cada uno de nosotros, a través del modelo de salud elegido, de la formación de nuestros profesionales, de las leyes que se votan en el Parlamento sobre bioética, entre otros aspectos.

Complementación de visiones: ética dialógica, neokantismo y personalismo

La corriente personalista surge frente a la visión individualista y racionalista del hombre, porque al considerarlo como persona lo entiende más que como pura razón individual. La persona es razón, voluntad y corazón, relación *ad intra* y *ad extra* o, en palabras de Buber, el lugar del encuentro yo-tú(29:373). Esto es en parte diferente de la visión kantiana, por ejemplo, pero es complementaria(29:320) y así se entiende en propuestas recientes de establecer una bioética sin adjetivos(32).

Desde la ética dialógica, algunos autores insisten más en el universalismo de los principios y las normas éticas, frente al particularismo de los valores que orientan las preferencias individuales(33). Pero en otros, por ejemplo Adela Cortina, está muy presente la conciencia de los límites de la propia ética dialógica, fundamental en el espacio de la ética pública de sociedades democráticas, pero abierta a la complementación desde el utilitarismo o desde el personalismo(34).

Por otra parte, el mismo Habermas ha insistido recientemente en la posibilidad de complementar desde el universalismo filosófico los tres momentos de evaluación ética que establece: el pragmático (desde el utilitarismo individual o social), el normativo (desde la deontología kantiana y la ética del discurso) y el valorativo o moral (desde el pluralismo y la libertad como valores universalizables, entre otros)(35). Se puede ser pluralista como individuo, como grupo social o como sociedad respecto de distintos tipos de valor o a su jerarquización por influencia social, cultural o religiosa –como ocurre, por ejemplo, con la justicia en Latinoamérica o con la autonomía en Estados Unidos–, y no serlo en valores morales y políticos que asumimos como normativos para todos. Con esto Habermas rechaza el contextualismo de Rorty u otros autores e insiste en la objetividad de lo normativo y de lo valórico, al igual que Putnam: no cabe sólo “una solidaridad

pragmática dentro de un escepticismo contextual”, pues existen razones que sostiene objetivamente un agente implicado en ciertos contextos prácticos, racionales y por tanto universalizables(35:38).

Putnam agrega además una propuesta de pluralismo más allá de la tolerancia, con una naturalización de los valores, compatible con Aristóteles y Kant(35:73), y propone una suma de las propuestas de Levinas, Kant, Aristóteles y Dewey. Habla de la compatibilidad (y complejidad del encaje) entre todos, porque la ética no descansa en un único fin o preocupación humana, ni se identifica con un único conjunto de reglas o sistema de principios, sino con una pluralidad de intereses y valores humanos, conclusión a la que también se llega desde la ética de los bienes básicos o desde el personalismo(35: 40).

Estas posiciones son un puente entre la ética dialógica actual y las corrientes que hablan de la racionalidad del bien o los bienes básicos “conocidos por sí mismos por todos”, y también desde luego con la visión del personalismo de una experiencia moral de los valores universalizables, en la línea de Max Scheler(36).

Principios bioéticos: propuesta de articulación desde la ética

La ética tiene dos caras: la que apunta al bien que anhelamos realizar y que llamamos felicidad, y la que nos muestra el deber o la norma que debemos cumplir. En Aristóteles y las éticas teleológicas la atracción por el bien y el ideal de felicidad nos llevan a obrar con la ayuda de las virtudes. En Kant y las éticas deontológicas descubrimos en nosotros mismos los imperativos universales que norman nuestro actuar. La ética se vive en plenitud cuando se articulan las dos caras, teleológica y deontológica.

Analizaré la relación entre ética y principios bioéticos desde la propuesta de “intención ética” de Paul Ricoeur, definida como: “...anhelo de vida realizada –y, como tal, feliz– con y para los otros, en instituciones justas”(37). En este análisis el sujeto moral no es sólo el paciente sino también el médico.

Primer nivel ético: anhelo de una vida realizada; autonomía y no maleficencia

Lo primero es “desear eficazmente una vida lograda”. La ética es ese deseo antes que una mera normativa. Deseamos ser felices, disfrutar de una vida que valga la pena de ser vivida en un proyecto de autorrealiza-

ción. La libertad está en la raíz del deseo: es el medio para lograr la felicidad. El enfermo, el paciente, debe explorar sus potencialidades y no renunciar a ese deseo. Y también el médico.

Acorde con ese deseo está la estima de sí mismo, psicológica (autoestima) y moral: la autoconfianza que no consiste sólo en constatar nuestras capacidades sino en tener una conciencia lúcida de las propias limitaciones. Todos somos sujetos de dignidad e iguales. Ricoeur comenta que “...la estima de sí es moral cuando no es ególatra, reconoce a los otros como sujetos de autoestima dignos”.

Todos ejercemos nuestra libertad en el horizonte de una vida buena que pretendemos realizar, en el horizonte que nos dan los ideales. Pero, ¿qué es una vida plena, lograda, realizada? Podemos decir que es aquella que alcanza unos niveles de excelencia externos al sujeto: el genio científico, el rico empresario, el médico exitoso, el deportista de elite realizan plenamente su vida en ese aspecto de su actividad, lo que no quiere decir que sea realizada en todo, vida familiar, afectos, ideales, etc. En los enfermos, este nivel de excelencia externa puede estar muy afectado, con una plenitud a medias.

Pero quizás una mejor respuesta, desde un sentido propiamente moral, sería que es aquella en la que hay concordancia entre lo que acabamos haciendo y siendo y los ideales que nos marcamos desde nuestras potencialidades, incluyendo las personales y las sociales, exigibles desde la justicia para todos. Esta sería una vida lograda con niveles de excelencia internos, y a la que estamos todos llamados, también los enfermos y los médicos.

La autonomía sería “la cara deontológica de la estima de sí que se concreta en un horizonte de realización”. Se hace pasar al deseo de felicidad por la criba de la norma. No es un mero deseo, porque también debe tenerse presente la ley, pero tampoco hay una negación de la estima de sí, porque la ley que debemos obedecer nos la damos a nosotros mismos, guiados por la universalidad razonable de la misma. Planteada así, la autonomía está centrada por un lado en el sujeto, permite hablar de deberes para consigo mismo, no sólo hacia los demás, de modo que pudiéramos realizar con nosotros lo que queramos; por otro, se da siempre en una perspectiva relacional: debemos siempre considerar al otro como sujeto, con estima de sí, con autonomía.

Todos estamos convocados a vivir nuestra vida con una autonomía desde la que nos hacemos cargo de nosotros mismos, con responsabilidad.

Segundo nivel ético: autonomía con y para los otros. Articular beneficencia y autonomía

Nuestros proyectos autónomos de realización no son estrictamente individuales o individualistas. La apertura a los otros es precisamente lo que nos construye moralmente y posibilita la realización personal. La acogida equilibrada, la solicitud, la compasión, el respeto y el reconocimiento del otro son fundamentales en nuestra propia construcción moral. En la relación clínica es importante el respeto a la autonomía de la persona a la que se dirige la acción benefactora. Entre otras consecuencias, podemos mencionar:

- No se puede hacer el bien sin contar con aquel a quien se le hace. En la base de toda relación humana está el respeto a la dignidad de la persona.
- El paternalismo sólo se justifica si responde a carencias reales de autonomía, si se expresa sólo en el ámbito de esas carencias y en proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que el otro pueda superarlas en la medida de lo posible.
- La beneficencia debe prolongarse todo lo posible en autonomía y ser sustitutiva de ésta sólo en lo inevitable.
- En aquellos ámbitos en los que las personas tienen suficiente capacidad, tienen derecho al respeto a su autonomía frente a cualquier paternalismo, aunque después desde ella les toque discernir lo que es su bien y tenerlo presente en su relación con el benefactor (el médico), esa es su responsabilidad.
- Por lo tanto, es la autonomía la que debe abrirse lúcida y libremente a la beneficencia en la decisión del paciente responsable.
- Dentro de su responsabilidad, el enfermo puede pedir ciertas ayudas del médico y de los demás profesionales de la salud. Autonomía no se identifica con autosuficiencia en sentido duro, aunque sí con la gestión de las propias insuficiencias.
- La acción benefactora no sólo debe respetar la autonomía; debe acogerla desde las demandas del beneficiario, que son un factor de discernimiento para el médico.

Tercer nivel ético: articular autonomía, beneficencia y justicia

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional y en el marco de una institución. El médico es

un agente que interviene en lo que Ricoeur denomina el “tercer nivel de la intención ética”: el de la justicia(38). Pero a la vez debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda.

Por tanto, debemos construir también desde el principio de justicia, base de los principios de autonomía y beneficencia. Aquí es donde deben unirse la bioética y el derecho sanitario, pues ambos buscan el mismo fin: la atención de salud justa y una relación interpersonal que lleve a una vida lograda al paciente y al médico.

Propuesta de desarrollo del modelo de los principios desde la complementación de visiones bioéticas

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, en el cual la no-maleficencia y beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética, el de justicia sería el de no-discriminación genética y la autonomía el de respeto por la diversidad genética(39).

Es necesario desarrollar los principios secundarios o intermedios que necesitamos para delimitar y concretar en la práctica los cuatro grandes principios generales. ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser respeto a un derecho, protección de un paciente vulnerable o no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos.

Además, diferenciar estos principios que salvaguardan los derechos y los deberes –y nos muestran las virtudes necesarias para la acción y decisión ético-clínica– de aquellos que son instrumentales en la toma de decisiones: los principios de proporcionalidad, totalidad, subsidiariedad, doble efecto, imparcialidad (el “observador imparcial”), buscar el mejor interés del paciente, subrogación de la autonomía, mediación –que nos lleva a buscar siempre una solución de consenso racional político en lugar de la imposición en casos de conflicto– son importantes para los modelos de toma de decisiones o análisis de casos ético-clínicos, pero no tienen que ver directamente con la protección de los derechos, promoción de los deberes y virtudes necesarias en el ámbito biomédico.

Sistema de principios en bioética. Principios de bioética clínica, institucional y social

BIOÉTICA CLÍNICA	BIOÉTICA INSTITUCIONAL	BIOÉTICA SOCIAL
Médico-paciente	Institución-médico-usuario	M. Salud-sociedad
	<i>no-maleficencia</i>	
deber de no abandono	no abandono institucional	no abandono social
precaución	precaución: sistemas seguridad	prevención salud
responsabilidad profesional	responsabilidad institucional	responsabilidad política
responsabilidad familiar		
	<i>Justicia</i>	
respeto de derechos paciente	respeto de derechos pacientes	promoción de derechos
equidad	equidad acceso atención salud	priorización salud
	no discriminación injusta	
equidad en reparto de recursos	equidad en recursos escasos	seguimiento inequidades
protección del más débil	protección de población vulnerable	discriminación positiva
eficiencia profesional	eficiencia institucional	control, acreditación
continuidad de atención	sostenibilidad de atención	sostenibilidad del sistema
	<i>Autonomía</i>	
respeto a la autonomía	participación de pacientes	control social de salud
	consentimiento informado	
promoción de competencia	participación familiar	participación de la comunidad
responsabilidad: deberes	educación en salud institucional	prevención/educación
confidencialidad	custodia de información y confidencialidad	control de confidencialidad
	<i>Beneficencia</i>	
calidad de vida: fin de la clínica	calidad asistencial	calidad del sistema
excelencia profesional	excelencia institucional	acreditación
humanización del cuidado	plan de humanización institucional	acreditación
solidaridad: compasión	solidaridad institucional	subsidiariedad
ética del cuidado		

La no maleficencia es primariamente no dañar física o psíquicamente, evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico y puede concretarse en tres principios:

- deber de no abandono del paciente o sujeto de investigación;
- principio de precaución, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis en el equipo clínico y en la institución;
- principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en una institución o en salud pública.

Pero también existe el abandono, no sólo por parte del equipo profesional de salud, sino de la familia y la comunidad: están los deberes de responsabilidad familiar (no abandono familiar del paciente) y responsabilidad comunitaria (no abandono institucional y social).

El principio de justicia es primariamente dar a cada uno lo suyo, lo debido, aquello a lo que tiene derecho. Pero contiene, a su vez los principios de:

- Respeto a los derechos o a la legalidad vigente; ver en el paciente o usuario también un sujeto de derechos legítimos, y claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y

los pacientes y entre ellos y el sistema.

- Equidad: distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. No realizar discriminaciones injustas (cabén las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes, entre otros) y proporcionar igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta.
- Protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica(40,41).
- Eficiencia profesional, institucional o del propio sistema de salud: "...la relación entre los servicios prestados y los recursos empleados para su realización (...) es una exigencia moral, puesto que estamos obligados a optimizar los recursos –que son limitados– sacando de ellos el mayor beneficio posible”(10:72). Es exigible la eficiencia a los profesionales del sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas en una medicina que debe

racionalizar el gasto. Es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema– por encima del fin económico, importante pero secundario.

- Continuidad de la atención, tanto entre centros de salud y hospitales como de médico tratante, en lo posible. Institucionalmente, es un deber asegurar la continuidad de la atención al usuario y la sostenibilidad del sistema y de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos.

La autonomía no es sólo el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado, sino también el deber ético de los profesionales de promover la competencia y de ayudar –sin paternalismos– a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable. En los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, buscar al mejor representante de los intereses del paciente. No se trata de una autonomía individualista, sino del individuo en el ámbito familiar y a veces comunitario. En nuestros países coexisten dos modelos de salud, pero no podemos mantener la idea de que la salud privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública el de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

También corresponde al principio de autonomía la participación de todos los ciudadanos en el control social y en la elaboración de las políticas de salud públicas, o en las líneas de investigación biomédica. En la medida en que todos seamos más autónomos, deberíamos participar también en mayor grado en la delimitación de los valores éticos presentes en el sistema de salud y en las políticas de salud.

Por último, el principio de beneficencia, mucho más que hacer al paciente el mayor bien posible según su propia escala de valores(42). En primer lugar, la beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no sólo curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida se entiende como un bien del paciente y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento.

La calidad de la atención conlleva: excelencia en cuanto a obtener los mejores resultados, valor en cuanto al costo de los servicios ofrecidos, ajuste a unas determinadas especificaciones o estándares, y satisfacción de las expectativas de los usuarios(10:93). Esto se puede conseguir mediante compromisos explícitos de las instituciones –con cartas de servicios, por ejemplo– y a través de procesos de acreditación de las instituciones de salud.

Se requiere también una medicina mucho más cercana al paciente, con una relación más personal, más humanizada, por parte del médico y demás profesionales de la salud y por parte de la institución; por ejemplo, con planes concretos de humanización de la atención que se presta.

El médico debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible.

También es imprescindible el principio de solidaridad, tanto social como individual. Una sociedad puede implementar un sistema que generalice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante y no acogedor, y dar lugar a un aumento de las quejas o a una mala percepción de la atención recibida. Mientras que, por el contrario, un sistema con menos recursos económicos y humanos, como el sector de salud pública, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad benéfica desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todos los ciudadanos comprometidos con la justicia y por parte de las instituciones públicas en todos los niveles, que para un Estado solidario se convierte en deber de subsidiariedad allí donde no llegue la iniciativa particular de los ciudadanos(42).

Referencias

1. León FJ. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: Lolas F, (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Programa regional de Bioética OPS-OMS; 2004: 145-152.
2. León FJ. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. *Revista Médica de Chile* 2008; 136: 1084-1088.
3. Ministerio de Salud. *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2007.
4. Acosta JR. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
5. Cely G. *Ecología humana, una propuesta bioética*. Bogotá: CEJA; 1998.
6. Cely G. *Bioética global*. Bogotá: Universidad Javeriana; 2007.
7. Berlinguer G. *Ética, salud pública y medicina*. Montevideo: Nordan-Comunidad; 1994.
8. Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. México DF: Siglo XXI; 2002.
9. Simon P, (ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias*. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Triacastela; 2005.
10. García Marzá D, (dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón: Universitat Jaume I; 2005.
11. Martínez Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000.
12. Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.
13. Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008.
14. Lolas F, Martín D, Quezada A, (eds.) *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago de Chile: CIEB Universidad de Chile; 2007.
15. Salas R. *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*. Santiago de Chile: Ediciones UCSH; 2003.
16. Kottow M. Salud pública, genética y ética. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(5): 537-544.
17. Kliksberg B. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 121-186.
18. Parenti F. Bioética y biopolítica en América Latina. En: Acosta JR *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002:171-184.
19. Lolas F, (ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000.
20. Valdebenito C, Lama A, Lolas F. Relación mujer y biotecnología: aproximación al impacto de la Bioética. *Acta Bioethica* 2006; 12(2): 145-150.
21. López de la Vieja T. *La mitad del mundo, ética y crítica feminista*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2004.
22. Superintendencia de Salud. *Estudio de Satisfacción de Usuarios*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2007.
23. Chomalí M, Mañalich J. *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006.
24. Gracia D. Prólogo. En: Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
25. Guerra MJ. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito L, (ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.
26. Saldaña J. El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En: Da Silva IG, (ed.) *Direito Fundamental a Vida*. Sao Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54.
27. Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006.
28. Burgos M. *El personalismo*. Madrid: Palabra; 2000:168-180.
29. Torralba F. *¿Qué es la Dignidad humana?* Barcelona: Herder; 2005: 361-380.
30. Chalmeta G. La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético. *Medicina y Ética* 2007; 18: 15-26
31. Wojtyla K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra; 1997.

32. Guerra R. Por una bioética sin adjetivos. *Bioética, interdisciplinariedad y sociedad plural. Medicina y Ética* 2008; 19(3): 245-257.
33. Guariglia O. *Una ética para el siglo XXI. Ética y derechos humanos en un tiempo postmetafísico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006: 79-95.
34. Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993: 236-240.
35. Putnam J, Habermas J. *Normas y valores*. Madrid: Trotta; 2008.
36. Burgos JM. *Repensar la naturaleza humana*. Madrid: EIUNSA; 2007.
37. Ricoeur P. *Soi Même Comme un Autre*. París: Editions du Seuil; 1990.
38. Ricoeur P. *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta; 2008.
39. Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006.
40. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saude Pública* 2001; 17(4): 949-956.
41. Roland F, Rego S, Braz M, Palacios M. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz; 2005.
42. Tauber A. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.
43. Pérez Tapias JA. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Trotta; 2007.

Recibido: 21 de enero de 2009

Aceptado: 9 de febrero de 2009