

Casullo Mena, "Nuevos
modelos de bioética y de deo"

BIOÉTICA Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE ÉTICA MÉDICA*

Lydia Buisan Espeleta

RESUMEN

La actividad de los profesionales sanitarios ha seguido desde muy antiguo normas éticas y códigos deontológicos; en la actualidad, los principios éticos básicos en las relaciones sanitarias son: respeto a la autonomía de las personas, no hacerles daño innecesariamente, procurar beneficios para su salud y ponderar la actuación a realizar atendiendo a criterios de justicia, los mismos que constituyen los criterios de actuación fundamentales en Bioética.

1. LA TRADICIÓN DE LA ÉTICA MÉDICA Y LA BIOÉTICA

Los principios básicos en Bioética son aquellos criterios generales que sirven como punto de apoyo para justificar los preceptos éticos y la valoración de las acciones humanas en el campo biosanitario.

*En este texto se reflejan las discusiones llevadas a cabo con colegas de distintas disciplinas. Deseo expresar mi agradecimiento a todos ellos, en especial al doctor A. Reyes, por sus valiosas aportaciones.

Uno de los principales objetivos de la Bioética es facilitar al profesional sanitario e investigador la toma de decisiones racionales concretas en la resolución de los conflictos de valores que plantea el ejercicio de su actividad.

Una de las características de la sociedad occidental es el pluralismo moral garantizado en las constituciones democráticas. Cada persona tiene su propia concepción del mundo y de la vida con unos valores asumidos como propios. Este pluralismo moral conlleva que la valoración que de un hecho haga un sujeto moral no tiene porque ser coincidente con la valoración moral que del mismo hecho pudiera hacer otra persona.

En el ámbito de la ética médica, y específicamente en la relación médico-paciente, la toma de decisiones ante una situación clínica dependerá de las valoraciones morales que hagan los componentes de la relación. Estas valoraciones pueden no coincidir, pues intervienen factores de tipo médico-técnico, otros de tipo ético, así como los valores y prioridades que tiene el profesional junto con los del paciente.

Se trata de tomar decisiones en condiciones de incertidumbre, basándonos en un cálculo de lo que es más probable que sea cierto, dado que los procedimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos, que constituyen la práctica médica diaria se realizan en términos de probabilidad y no de certeza. No diagnosticamos ni tratamos enfermedades, sino que diagnosticamos y tratamos a pacientes que presentan esas enfermedades.

Las valoraciones *a posteriori* de lo adecuado o no de una decisión o actitud terapéutica ante una enfermedad concreta sólo sirven de marco de referencia ante situaciones similares; situaciones que nunca son idénticas, porque no hay dos enfermos iguales: son personas distintas aunque padezcan la misma enfermedad.

La tradición médica ha defendido, desde los tiempos de Hipócrates hasta casi nuestros días, una relación médico-paciente basada en el criterio de beneficencia. Criterio que define como objetivo a alcanzar en la actuación médica el bien del paciente. Es decir, lo que se considera—desde el punto de vista de la medicina—que es beneficioso para el paciente, pero sin que éste intervenga, para nada en la decisión.

Este bien o beneficio se ha interpretado de modo paternalista lo que incluso le ha dado nombre a este tipo de relación. La relación médico paciente de tipo paternalista considera como el ideal de relación ética la del padre y la madre con sus hijos menores de edad, negándose al enfermo su carácter de persona adulta que tiene capacidad de tomar decisiones. Quien decide lo que es bueno para el paciente es el propio médico (paternal), teniendo, eso sí, un cuidado exquisito en hacer soportable la enfermedad (característica maternal de la relación), pero el paciente no interviene para nada en la toma de decisiones referentes a su salud. "Todo para el paciente, pero sin el paciente", concretará o resumirá esta actitud.

Los autores clásicos suelen repetir idénticos esquemas: el enfermo es un ser humano carente de autonomía e incapaz por ello de decisión moral. Suele considerarse que con Thomas Percival y su *Medical Ethics* (1803) comienza la era moderna de la ética médica. Con su máxima "condescendencia con autoridad" se mantiene fiel al paterno-maternalismo hipocrático. Siguen en la misma línea el código de la *American Medical Association* de 1847, así como la mayor parte de los códigos nacionales de ética médica posteriores.

Las sociedades actuales tienen poco que ver con las tradicionales en las cuales los valores morales, las creencias y las pautas de conducta eran impuestas por las clases dominantes que, además, combatían cualquier intento de oposición a las posturas oficialistas. Actualmente, las sociedades de lo que se llama cultura occidental estructuran su convivencia en el pluralismo. El hecho de convivir personas con distinta ideología y, por tanto, con distintos valores morales, hace muy difícil ponerse de acuerdo en compartir los mismos criterios morales que tienen que regir la vida social. El sistema político que mejor puede expresar este pluralismo es el democrático, basado en una ética de mínimos, es decir, en una ética civil caracterizada por el conjunto de valores morales que la mayoría de la sociedad acepta como propios.

En los últimos decenios, y debido al análisis crítico que de los mismos ha venido efectuándose, se está produciendo un cambio muy importante en los principios que han regido la ética médica tradicional. Este cambio, propiciado en su inicio a través de sentencias ju-

diciales en Estados Unidos, obliga a introducir modificaciones, tanto en el fondo como en la forma, en la relación médico-paciente.

Después de los procesos de Nüremberg, que conmovieron la opinión mundial y no sólo la médica por las atrocidades cometidas, se elaboraron los Códigos de Nüremberg 1948, Helsinki 1964, Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989 y sus sucesivas actualizaciones.

El Código de Nüremberg (1946) se refiere en su art. 1 a las características que debe reunir el consentimiento de un individuo para ser incluido en un protocolo de investigación:

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto significa que la persona en cuestión debe tener capacidad legal para dar el consentimiento; debe estar en condiciones que le permitan el libre ejercicio del poder de elección, sin la intervención de ningún elemento de presión, fraude o engaño, coacción, extralimitación de poder o cualquier otra forma de coacción o compulsión; debe tener conocimiento y comprensión suficiente de los elementos en juego en la investigación, que le permitan una decisión lúcida y con conocimiento de causa. Esta última condición requiere que antes de tomar una decisión afirmativa, el potencial sujeto de experimentación ha de conocer la naturaleza, duración y propósito de la misma; el método que va a utilizarse y los medios que se pondrán en práctica; todos los inconvenientes y peligros razonablemente previsibles; y los efectos sobre su salud o persona que posiblemente puedan derivarse de su participación en la investigación. El deber y la responsabilidad de averiguar la calidad del consentimiento lo tiene cada individuo que inicia, dirige o se compromete en el experimento. Es un deber y una responsabilidad personal que no puede ser delegado a otro impunemente.

Los citados códigos sólo aluden a la responsabilidad moral de los investigadores, quienes los han interpretado según su libre albedrío y no han evitado numerosos atropellos de los derechos humanos, denunciados reiteradamente también en la literatura médica. Una de las denuncias de mayor repercusión fue la H.K. Beecher en el *New England Journal of Medicine* (1966) en su artículo "Ethics and Clinical Research" sobre la conducta poco ética de los investigadores que suministraban insuficiente información de los riesgos y be-

neficios de los ensayos clínicos a que se habían sometido los voluntarios en 50 casos. Estas denuncias produjeron un gran impacto tanto en la opinión pública como en las autoridades norteamericanas. De la concientización de la opinión pública surgió y cristalizó el movimiento de los derechos de los pacientes. Las autoridades, a su vez, dactilaron normas estableciendo requisitos para destinar fondos para la investigación, normas que protegían a los pacientes de las instituciones que querían recibir ayudas estatales.

El Congreso de los Estados Unidos creó en 1974 la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* con el mandato de que elaborase directrices éticas para proteger y garantizar los derechos de los seres humanos que participaran en la investigación biomédica. En 1978, esta Comisión redactó el Informe Belmont sobre los "Principios y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación".

El mencionado informe considera que el reconocimiento de los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia son particularmente relevantes en la cultura occidental y para que la experimentación en seres humanos sea ética. El principio de respeto de las personas presupone tratar a todos los individuos como personas autónomas y proteger a las personas con autonomía disminuida. Según el principio de beneficencia tratar éticamente a una persona supone respetar sus decisiones, evitar causarles daños o perjuicios y asegurar su bienestar. La aplicación de estos principios generales de la conducta que se debe seguir en la experimentación en seres humanos implica una serie de requisitos: 1) consentimiento informado (información adecuada acerca del proceso experimental, comprensión del alcance de esta información y voluntariedad del consentimiento); 2) valoración del riesgo-beneficio; 3) criterios de selección de los sujetos de investigación.

Desde el Informe Belmont, los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia han pasado a considerarse como los principios generales de la Bioética y no únicamente en el ámbito de la experimentación humana, en cuyo marco se habían definido, sino en cualquier ámbito de la biomedicina en el que deben resolverse problemas prácticos concretos en el seno de una sociedad plural.

Precisamente en torno a dichos principios se ha constituido la Bioética como disciplina.

De estos principios, dos resultan fundamentales: el principio de beneficencia, que trata de proporcionar a las personas beneficios y evitar lo que pueda perjudicarles, y el principio de autonomía, que preconiza respetar las decisiones y los actos de cada persona; ello es así porque, hasta que se demuestre lo contrario, debemos considerar que las personas se autogobiernan correctamente, tienen capacidad de obrar. Estos principios ya los describió Ross en su teoría de los deberes *prima facie*, considerándolos como deberes vinculantes que siempre hay que cumplir, a no ser que en un caso concreto entren en conflicto con otro deber igual o más fuerte.

En la vida moral se distinguen dos niveles: el de los principios (tienen carácter absoluto y son percibidos por el sujeto moral como obligatorios; son los llamados deberes *prima facie*), y el nivel de las decisiones concretas (cuando estos deberes *prima facie* entran en conflicto y el sujeto moral está obligado a elegir entre ellos, buscando la optimización del bien y la minimización del mal).

Beauchamp y Childress desarrollaron la teoría de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (deberes *prima facie*) como un marco básico y lenguaje común útil para analizar y resolver los conflictos éticos en el ámbito sanitario; la responsabilidad moral de los médicos se fundamentaría, por consiguiente, en los citados principios.

Algunos autores basan esta responsabilidad moral exclusivamente sobre el principio de autonomía del paciente. Pero es en los principios de beneficencia y de respeto a la autonomía sobre los que fundamentan Beauchamp y McCullough las responsabilidades morales de los médicos, dando lugar a los dos modelos de responsabilidad moral en medicina. Ambos modelos tienen un objetivo moral común: procurar los mejores intereses del paciente, pero se diferencian en que el modelo de beneficencia entiende los mejores intereses del paciente exclusivamente desde el punto de vista de la medicina y el modelo de autonomía los entiende desde el punto de vista exclusivo del paciente. Ambos expresan de forma distinta la exigencia moral de promover los mejores intereses del paciente. Cada uno de ellos ofrece una perspectiva válida pero parcial de las responsa-

bilidades de los médicos. Uno y otro modelo debe aplicarse con justicia, de tal manera que la distribución de bienes sociales (recursos sanitarios), se efectúe entre todas las personas que pudieran precisarlos y no de acuerdo con los "méritos" de las personas implicadas.

El principio de justicia comporta, según J. Rawls, que las desigualdades humanas sólo son éticamente aceptables en tanto que redunden en beneficio de todos y especialmente de los menos favorecidos. Este principio sirve para mediar en situaciones de conflicto entre los otros dos principios, bien mediante una valoración de las consecuencias (punto de vista utilitarista), o bien mediante un orden de prelación de los mismos (punto de vista deontologista). La teoría de la justicia de Rawls concibe la justicia como equidad y parte de la aceptación tanto de los derechos civiles y políticos como de los derechos sociales y económicos. Una sociedad será tanto más justa cuanto más respete ambos conjuntos de derechos. La función de la justicia es proteger los derechos humanos.

El *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina* (aprobado por el Consejo de Ministros de la CE el 19 de noviembre de 1996) adopta las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona, según pone de manifiesto en su preámbulo.

2. LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

2.1. El principio de autonomía

El principio de autonomía, denominado en el Informe Belmont principio de respeto a las personas, establece la exigencia de dicha consideración y constituye un presupuesto de carácter individualista. Se considera autónoma la persona con capacidad para obrar, facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y significado de sus actuaciones y responder de sus consecuencias. La autonomía implica responsabilidad y representa un derecho irrenunciable, derecho que también tiene el individuo enfermo.

En el ámbito de la práctica médica, significa que los valores, criterios y preferencias del enfermo son primordiales desde un punto de vista ético, lo cual supone que el objetivo del médico debe ser respetar el ejercicio de la autonomía del paciente en todo lo que se refiera a su salud.

El consentimiento informado es la expresión máxima del principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente otorgarlo o no, y un deber del médico solicitarlo.

El respeto al ejercicio de la autonomía del paciente tiene numerosas implicaciones para el médico:

- dar al paciente toda la información relevante para que pueda tomar decisiones con conocimiento de causa;
- facilitar la comunicación, utilizando un lenguaje comprensible, sabiendo escuchar al paciente con actitud de querer comprender su situación, deseos y preferencias;
- no engañar sobre el diagnóstico, pronóstico y calidad de vida resultante del tratamiento propuesto a menos que el paciente solicite lo contrario;
- exponer equánimamente las distintas alternativas terapéuticas existentes;
- respetar la confidencialidad, así como las promesas o compromisos contrados con el paciente.

Si la relación médico-paciente fuera una relación interpersonal de igual a igual, entre dos individuos autónomos que se respetan como tales, no hubiera sido necesario introducir este principio. Pero ha sido necesario insistir en ello porque la relación médico-paciente se ha caracterizado tradicionalmente por una fuerte asimetría. El paciente, como consecuencia de su enfermedad, está en una situación de inferioridad o vulnerabilidad y no posee los mismos conocimientos técnico-sanitarios que el médico. Esta asimetría es ventajosa para el médico, pero su utilización es ilegítima ya que, aprovechándose de una pericia técnica, tiende tradicionalmente a asumir en exclusiva la toma de decisiones morales, para las cuales, sin embargo, no tiene por qué estar especialmente cualificado, y aun en el caso de que lo estuviera ello no le autoriza a tomar el solo este tipo de decisiones.

La aplicación del principio de autonomía en el ámbito sanitario tiende a horizontalizar la relación médico paciente, pues protege al paciente de todo aquello que pueda limitar o reducir su autonomía, de posibles abusos de poder (paternalismo puro y duro). ¿Qué condiciones son las que debe poseer un individuo para ser considerado autónomo y, por tanto, para que sus decisiones deban ser respetadas? Hay consenso en las siguientes condiciones:

1º Capacidad para comprender las informaciones relevantes sobre su situación. Esto exige que se le dé la información adecuada y de forma correcta. La falta de información o la información no adecuada convertirían al individuo en un ser incapaz de comprender y por lo tanto de tomar decisiones.

2º Capacidad para comprender las posibles consecuencias de cada una de las decisiones. Habrá consecuencias que dependerán de la propia escala de valores del paciente, pero otras deberán ser explicadas por el médico como parte de la información relevante (por ejemplo la posibilidad de impotencia sexual después de una prostatectomía radical).

3º Capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información relevante y de la propia escala de valores.

4º Capacidad para comunicar la decisión tomada de forma clara y reiterada.

El cumplimiento de estas cuatro condiciones permite considerar que la decisión tomada es suficientemente autónoma como para ser respetada.

Se puede establecer como criterio general que el principio de autonomía debe respetarse como norma, excepto si se dan algunas de las circunstancias que permitan considerar a un individuo no autónomo, siendo en ese caso necesario justificar las situaciones en las que haya disminución o inexistencia de la autonomía. La edad por sí misma no es un factor que implique forzosamente disminución de la autonomía y debe valorarse en cada caso concreto.

Existen tres grandes grupos de pacientes en los que se exceptúa el principio de autonomía:

- 1) pacientes con disminución transitoria de su autonomía, en cuyo caso las decisiones que no sean urgentes deben aplazarse hasta que el paciente recupere su nivel de autonomía anterior;
- 2) pacientes en cuyo caso no existen esperanzas razonables de que puedan recuperar su autonomía, pero son conocidas sus escalas de valores, preferencias, directivas previas o testamento vital, en cuyo caso es preceptivo seguirlas;
- 3) pacientes que no han sido nunca autónomos y si lo han sido, no se conocen sus escalas de valores, sus preferencias; aquí habrá que tener en cuenta a los familiares que se consideren depositarios de la autonomía del paciente (valgan como ejemplo los recién nacidos), y que deberán elegir lo que consideren que es mejor para el paciente y no mejor para ellos mismos.

2.2. El principio de no maleficencia

Obliga a no perjudicar a los demás. *Primum, non nocere*—en su expresión clásica— constituye un principio válido y prioritario para todos, que debe observarse por razones de justicia en todos los ámbitos de la sociedad y no sólo en el biosanitario.

No causar perjuicios es algo distinto a no producir beneficios: siempre estamos obligados a no perjudicar a los otros, pero no siempre estaremos obligados a beneficiarlos. En medicina este principio requiere alguna matización pues, si se aplicara de forma absoluta no podrían realizarse muchos procedimientos terapéuticos, por lo que debe entenderse como principio que obliga a no perjudicar innecesariamente a las personas.

En general, el análisis del principio de no maleficencia debe realizarse conjuntamente con el de beneficencia, con el fin de que en las decisiones prevalezca siempre la utilidad sobre el perjuicio, dando como resultado un claro beneficio neto para el paciente. Para los profesionales de la sanidad la exigencia de no maleficencia presenta abundantes implicaciones pues obliga a:

- tener una formación, teórica y práctica, rigurosa y continuamente actualizada para dedicarse al ejercicio profesional;

- buscar o investigar procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos y mejorar los existentes para que sean menos cruentos y dolorosos para el paciente;
- avanzar en el tratamiento del dolor;
- evitar la llamada medicina defensiva, no multiplicando innecesariamente los procedimientos diagnósticos;
- cultivar una actitud favorable para una correcta relación con el paciente.

2.3. El principio de beneficencia

Lo constituye el deber, impuesto por la tradición médica, de los profesionales sanitarios de proporcionar beneficios para la salud de otros, lo cual exige de aquéllos la necesaria competencia técnica.

Supone la obligación ética principal de proporcionar beneficios suprimiendo perjuicios.

No está claro en qué podría fundamentarse la exigencia de este deber ético, pues expresa valores que dependen del grado de progreso de una sociedad. Sin embargo, los profesionales sanitarios asumen la responsabilidad del encargo social de procurar beneficios en el ámbito de la salud de los ciudadanos porque es una necesidad social prioritaria. Uno es libre de aceptar o no este encargo social, o "contrato tácito", pero quien lo acepta asume las obligaciones que del mismo derivan y, a su vez, la sociedad debe corresponder aportando los recursos económicos necesarios para que ello sea posible.

El primer obstáculo que surge al analizar este principio deriva de las diferentes concepciones de las que parte cada uno a la hora de estimar lo que considera beneficio o perjuicio. Las divergencias entre dichas estimaciones pueden poner en cuestión que éste sea un criterio que se pueda imponer como prioritario si los pacientes no lo aceptan de forma voluntaria.

Reanimar a un paciente en parada cardio-pulmonar a pesar de que hubiere solicitado lo contrario, o alimentarlo en contra de su voluntad, son ejemplos paradigmáticos de la tradición médica basada en este principio: hacer siempre todo aquello que técnicamente es posible hacer por un enfermo (imperativo tecnológico).

Las decisiones basadas exclusivamente en el principio de beneficencia son muy discutibles cuando se introducen en la reflexión los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia.

4.2. *El principio de justicia*

El principio de justicia, deber *prima facie* para W. D. Ross, se fundamenta en la posibilidad de que la distribución de los bienes sociales no se realice según los méritos de las personas implicadas sino según sus necesidades.

Diversos criterios sociales entran en la reflexión ética en relación con este principio: por ejemplo, la asignación y distribución de recursos escasos, o los derechos de terceros, en consonancia con una serie de datos constatables:

- La desigualdad entre todos los hombres, por lo que la igualdad es sólo una aspiración: que los hombres sean menos desiguales.
- La Ley de los Presupuestos Generales del Estado determina % de los recursos globales que nuestra sociedad asigna anualmente a la asistencia sanitaria, por lo que la cuantía de esta asignación es una decisión política, pues dicha decisión la toman los diferentes Parlamentos.
- La distribución y priorización de estos recursos a pacientes concretos es una decisión de política sanitaria.
- Son menores los recursos asignados que los gastos que comporta la demanda de asistencia sanitaria de la población.

La asignación y distribución de recursos en el ámbito sanitario puede contribuir a incrementar o a disminuir las desigualdades. Tratar de igual manera a los iguales y desigual a los desiguales, constituye un conocido criterio de justicia. Pero, para excluir cualquier posible arbitrariedad, debe determinarse previamente qué igualdades o desigualdades se van a tener en cuenta a fin de determinar el tratamiento que va a recibir cada paciente.

La determinación de los criterios a aplicar en la asignación y distribución de recursos sanitarios para conseguir minimizar las des-

igualdades está condicionada a valoraciones, que a su vez están subordinadas a opciones políticas básicas. Así, en la sociedad liberal el criterio lo determinará la libre competencia; en la sociedad socialista el trabajo y las necesidades de cada uno. La problemática derivada de la priorización en la asignación de los recursos sanitarios constituye una cuestión previa y determinante que tiene importantes implicaciones para la Bioética.

En España, por ejemplo, ya existe cierta contribución de los usuarios en la prestación farmacéutica; así, las personas en activo y sus familiares han de abonar 40%, si son pacientes crónicos 10%, los afiliados a las mutuas de funcionarios 30% y están exentos de pago los pensionistas. Es bien sabido que la factura farmacéutica pública va incrementándose año tras año (en junio de 2004 ascendió a 807 millones de euros, 10,04% superior al de junio de 2003), pero también se conocen los grandes beneficios que obtiene la industria farmacéutica, y si además tenemos en cuenta que muchos medicamentos tienen una relación costo-efectividad baja, resulta necesario adoptar medidas políticas al respecto.

La actual propuesta de contribución del usuario al gasto sanitario —mediante una tasa por receta o por visita médica— con la finalidad de contención del gasto y control del fraude, es una elección política basada en planteamientos liberales que puede incrementar, si se aplica, las desigualdades entre los españoles, siendo dudoso que evite el fraude. Es una propuesta política de marcado carácter antisocial que va en detrimento de los más desfavorecidos y penaliza a los pacientes crónicos; más aún si tenemos en cuenta que tanto la asignación y distribución de los recursos sanitarios, que siempre son escasos, como su gestión (marcada por las directrices políticas), dista mucho de ser adecuada y eficiente.

En este contexto, tal vez deberíamos preguntarnos: ¿cómo se gestiona?, ¿quién y cómo se deciden las prioridades en la asignación de recursos?, ¿qué responsabilidades tienen los gestores?, ¿a cuánto ascienden sus salarios? Los ciudadanos no participamos en la priorización de las prestaciones sanitarias y desconocemos, además, el costo real de dichas prestaciones y en qué criterios se sustenta la distribución del gasto de este dinero público.

Asimismo, habría que determinar cuáles van a ser los criterios de medida de las igualdades o desigualdades que se van a tener en cuenta. Parece que esta medida sólo representa el inicio de una determinada línea de actuación política, pues con el copago de las prestaciones (a los políticos les gusta más llamarlo corresponsabilidad en el costo sanitario), se intuye que cada vez se impondrán más límites a las prestaciones sanitarias por motivos económicos. Dado que, en España, la asistencia sanitaria es universal y gratuita y que la salud supone una necesidad básica del hombre, todos los miembros de la sociedad deben tener igualdad de oportunidades para acceder al máximo nivel de salud posible. Eso implica una clara determinación de recursos a nivel individual según criterios exclusivamente médicos y no de beneficio.

Dado que cada individuo, en función de su autonomía, asume riesgos potencialmente peligrosos para su propia salud (esquí, escalada, consumo de tabaco, alcohol, drogas...), podría considerarse la necesidad de añadir a la atención sanitaria con fondos públicos algún mecanismo de previsión particular que atendiese ciertos riesgos voluntariamente aceptados para que no fuese la sanidad pública la que los asumiera en exclusiva. No pueden sin embargo considerarse riesgos voluntarios los laborales: por ejemplo, el del minero que contrae silicosis aunque al entrar en la mina ya supiera a qué se arriesgaba; en este caso quien tendría que asumir el riesgo sería la empresa minera por cuya cuenta trabaja.

El enfermo espera que el médico haga todo lo posible por su salud, pero también debe conocer la existencia de posibles limitaciones que le son impuestas al médico en función de intereses de terceras partes. Es de todos conocida la dificultad de accesibilidad a las prestaciones sanitarias no urgentes, las llamadas listas de espera. El principio de justicia insiste en la necesidad de que todos los pacientes tengan acceso a un tratamiento igual al de los otros pacientes, teniendo como único criterio prioritario los más desvalidos médicamente hablando y no los más reivindicativos o conflictivos.

En resumen, las decisiones adoptadas en política sanitaria se justifican con base en el principio de justicia. La relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y

autonomía, pero cuando éstos entran en conflicto es el principio de justicia el que interviene para mediar entre ellos.

6. CONCLUSIÓN

La necesidad de someter la actuación profesional a cánones éticos es actualmente una reivindicación constante en las más diversas actividades. Abogados, periodistas, enfermeras, científicos que desarrollan su actividad en los más diversos campos, buscan en la actualidad ceñir su labor a códigos éticos o a normas deontológicas. Algunas profesiones, como la de medicina, tienen en esta línea una tradición de siglos de antigüedad, otras se hallan en proceso de elaboración de normas de ética profesional. Sin entrar aquí en la discusión de si las normas de la profesión médica poseen el carácter de normas deontológicas o son normas de ética, e incluso si cabe hacer esta distinción, en cualquier caso deben estar imbuidas de los citados principios de ética médica y deben adaptarse a los valores de la sociedad actual desechando los vestigios de corporativismo y paternalismo que existían en los anteriores códigos, afirmando el respeto a la autonomía individual y a los derechos humanos.

Es del todo necesario poner en práctica una gestión ética de los recursos sanitarios encaminada a la contención del costo y a la racionalización de la asignación de los recursos públicos en el ámbito de la salud, orientada a satisfacer las necesidades sanitarias de los más desprotegidos, con lo que se pone de manifiesto la necesidad de que el ejercicio de las actividades profesionales, sanitarias y de cualquier tipo, se adapten a normas consensuadas de buena práctica profesional, respeten la autonomía de los individuos que resulten afectados por dichas prácticas, velen por su salud cuidando de no causar daño y atendándose a criterios de trato equitativo: es decir, que estén de acuerdo con los principios básicos de la Bioética.

BIBLIOGRAFÍA

- Beauchamp T.L. y J.F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 3ª ed., Nueva York. Oxford University Press, 1989.
- Beauchamp T.L. y L.B. McCullough, *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, Labor, 1987.
- Beecher H.K., "Ethics and Clinical Research", *New England Journal of Medicine*, 274, 1966.
- Gracia D., *Fundamentos de Bioética*, Eudema, 1989.
- Guillon, R., "Medical ethics: Four Principles plus Attention to Scope", *British Medical Journal*, vol. 309, julio, 1994.
- Kieffer, G.H., *Bioética*, Madrid, Alhambra, 1983.
- Informe Belmont*, DHEW Publication núm. (08)78-0012.
- Rawls, J., *Teoría de la justicia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1979.
- Ross, W.D., *Fundamentos de ética*, Buenos Aires, Eudeba, 1972.
- Vitardell, F. *et al.*, *Ética y Medicina*, Madrid, Espasa Universidad 1988.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de documentación e información clínica.
- Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996). Consejo de Europa.