

Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples*

The principles in bioethics: sources, proposals and multiple practices

Jaime Escobar Triana**; Chantal Aristizábal Tobler***

Resumen

En medio de debates permanentes y de diversas trayectorias, la bioética ha adquirido un cuerpo de conocimientos teóricos, inspira cada vez más investigaciones y se considera ya una práctica establecida en diversos escenarios, institucionalizada en los comités de bioética. Dentro del proyecto de investigación *Saberes, epistemologías y prácticas en bioética*, se incluyó la presente revisión crítica con el objetivo de caracterizar diferentes perspectivas teóricas y prácticas sobre los antecedentes, las propuestas y las prácticas de los principios en bioética, con miras a aclarar y enriquecer el campo de reflexión, investigación y práctica de la bioética en nuestro medio. Se encontró una pluralidad de principios, provenientes de diversas fuentes históricas, filosóficas y culturales, con diversas interpretaciones, justificaciones y aportes teóricos. Su dimensión práctica se ha comprobado en diversos escenarios: actividades académicas, apoyo en toma de decisiones en casos de problemas éticos en el ámbito clínico y en otros, evaluación de proyectos de investigación y recomendaciones en políticas públicas. La riqueza de los aportes teóricos y prácticos hace parte del dinamismo en la construcción de este novedoso campo y su utilización adecuada dependerá de las situaciones concretas, de las circunstancias específicas y de la *sabiduría práctica* de los actores que participan en la deliberación.

Palabras clave: Bioética, principios de bioética, investigación y desarrollo tecnocientíficos, autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, dignidad, vulnerabilidad, integridad.

Abstract

Among permanent debates and diverse experiences, bioethics has acquired a body of theoretical knowledge, inspires more investigations every time and is now considered a practice established in several settings, institutionalized in the committees of bioethics. Within the research project *Knowledge, epistemologies and practices in bioethics*, the present critical review was included in order to portray different theoretical and practical perspectives about the bioethical backgrounds, proposals and practices in our mean. A plurality of principles, from different historical, philosophical and cultural sources, with several theoretical interpretations, justifications and contributions was found. Its practical dimension has been proven in different settings: academic activities, support in decision making in cases of ethical problems in clinical and other fields, evaluation of research projects, and recommendations in public policies. The richness of the theoretical and practical contributions makes part of the dynamism in the construction of this innovative field and its adequate use will depend on the specific situations, the specific circumstances and the *practical wisdom* of the actors participating in the deliberation.

* Artículo resultado del proyecto de investigación, “Saberes, epistemologías y prácticas en bioética”, Grupo de investigación, “Bioética, ciencias de la vida”, Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque. Documento entregado el 15 de septiembre de 2011 y aceptado el 20 de octubre de 2011.

** Médico cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Cirugía y enfermedades del colon, St. Mark’s Hospital, Londres. Magister en Filosofía, Universidad Javeriana. Magister en Bioética, Universidad de Chile, OPS. Ph.D. en Bioética, Universidad El Bosque. Director de los Programas de Especialización, Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad El Bosque. Correo electrónico: doctoradobioetica@unbosque.edu.co

*** Médica con Especialización en Medicina Interna de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en Bioética de la Universidad El Bosque. En la actualidad es Candidata al Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora Investigadora Departamento de Bioética Universidad El Bosque. Correo electrónico: chantal.aristizabal@gmail.com

Key words: Bioethics, bioethical principles, techno-scientific investigation and development, autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, dignity, vulnerability, integrity.

Introducción

La bioética es un campo apasionante caracterizado por multiplicidades en todas sus dimensiones: sus orígenes, las causas de su emergencia, sus problemas, los abordajes teóricos y prácticos para la investigación y para resolver problemas específicos y los actores involucrados. Si bien al comienzo se encontraban, y aun a veces se encuentran, expresiones para definirla como ética aplicada, ética práctica, ética biomédica, éticas ambientales, ciencia para la supervivencia que buscan delimitarla o discursos dogmáticos que esperan que todos los problemas se analicen y resuelvan a través de una sola lente (la ciencia, la medicina, el derecho, la filosofía, la religión o una religión particular, por ejemplo), o a través del mismo prisma moral predeterminedo (lo que se ha denominado biomoral¹), cada vez se reconoce más que estos diferentes monismos (desde los saberes, los conocimientos, las teorías o las valoraciones) pueden aportar su visión de los hechos, los problemas y las soluciones, pero que no pueden ser asumidos automáticamente como verdaderos ni imponerse a los demás, sino que deben compartir con otras visiones igualmente válidas para participar en una reflexión y deliberación plural e interdisciplinaria.

En medio de debates permanentes y de diversas trayectorias, la bioética ha ido adquiriendo un cuerpo de conocimientos teóricos; las investigaciones aumentan cada día aportando mayores pruebas empíricas; ya es una práctica establecida en diversos escenarios, con su historia, su cultura y sus normas; los comités, comisiones y consejos de bioética, escenarios apropiados para las deliberaciones comprometidas con reflexiones y decisiones éticas en un espacio plural

e interdisciplinario, se han difundido y ganado reconocimiento en ámbitos clínicos y políticos; la actividad académica se fortalece cada vez más con influencia en diversos niveles de educación y con énfasis importante en la formación avanzada en maestrías y doctorados; en todo el mundo existen revistas especializadas y otras revistas incluyen cada vez más tópicos relacionados. Los 40 años de reconocimiento académico han sido muy fructíferos y se celebra la riqueza y diversidad del campo, pero también se hace necesario reflexionar en forma permanente sobre sus fundamentos, sus aplicaciones prácticas, sus perspectivas y sus riesgos. Los principios en la bioética ha sido uno de los temas de controversia continua sobre la teoría y la práctica, con defensores y detractores, pero que, además, se ha ido enriqueciendo en sus propuestas clásicas y en otras nuevas.

Por este motivo en el proyecto de investigación del Programa de Bioética de la Universidad El Bosque, en Bogotá, Colombia, titulado *Saberes, epistemologías y prácticas en bioética*, se incluyó la presente revisión crítica sobre los antecedentes, las propuestas y las prácticas de los principios en bioética. El objetivo principal es caracterizar diferentes perspectivas teóricas y prácticas sobre los principios en bioética, con miras a aclarar y enriquecer el campo de reflexión, investigación y práctica de la bioética en nuestro medio.

Como metodología se empleó la hermenéutica mediante la revisión crítica y analítica de textos y documentos desde diferentes perspectivas acerca de los antecedentes, las propuestas y las prácticas de los principios en bioética. Los textos iniciales de revisión fueron escogidos por conveniencia por los autores con base en su experiencia académica e incluyeron documentos considerados clásicos en bioética, muchos de ellos escritos por los mismos protagonistas de su historia, y de varias regiones

¹ HOTTOIS, Gilbert. Qu'est ce que la bioéthique? Paris: Vrin, 2005. p. 21.

del mundo, entre ellos: Estados Unidos, Canadá, Bélgica, Dinamarca, Reino Unido, España, México, Colombia, Argentina y Brasil. Las revisiones fueron presentadas para deliberación al grupo de investigación, con retroalimentación y sugerencias de nuevos documentos en bola de nieve. En el XVII Seminario Internacional de Bioética de la Universidad El Bosque, el 20 y 21 de agosto de 2011, se realizó una presentación preliminar de estos resultados a la comunidad académica. El presente artículo recopila los resultados de esta revisión sobre los antecedentes y el desarrollo de la bioética para comprender el surgimiento de las diferentes propuestas de principios bioéticos como cuerpo de conocimiento, de fundamentos y de prácticas en la reflexión y la deliberación plural e interdisciplinaria sobre los problemas éticos relacionados, en sentido muy amplio, con la vida y la muerte en las sociedades contemporáneas.

1. Metodología

Para la elaboración del artículo se realizó una revisión crítica de la literatura en bioética con el objetivo de caracterizar diferentes perspectivas teóricas y prácticas sobre los antecedentes, las propuestas y las prácticas de los principios en bioética, con miras a aclarar y enriquecer el campo de reflexión, investigación y práctica de la bioética en nuestro medio.

2. Resultados

La revisión de los antecedentes históricos de surgimiento de la bioética permitió establecer unos elementos importantes para la comprensión de la conformación del complejo campo de la bioética en donde confluyen los desarrollos de las ciencias y las tecnologías, principalmente en la biomedicina y en la biología, con contextos sociales y culturales de pluralidad, multiculturalidad y de inequidad en escenarios globalizados, que motivan reflexiones éticas desde diferentes disciplinas y saberes y que causan conflictos y dilemas éticos que exigen una participación amplia para la toma de

decisiones éticas racionales y razonables en cada circunstancia. De allí, surgen diversas propuestas de principios éticos, fruto de reinterpretaciones de principios tradicionales, de la incorporación de nuevos principios que surgen ante las nuevas situaciones e investigaciones y que plantean un marco de referencia general para el análisis a través de metodologías y procedimientos que aporten a la deliberación acerca de los problemas bioéticos.

2.1 Elementos históricos del surgimiento de la Bioética

Diversos autores ubican el convulsionado periodo después de la segunda guerra mundial con sus profundas transformaciones sociales, económicas, políticas, culturales y científicas a nivel mundial, como la prehistoria de la bioética, desde donde se pueden rastrear muchas raíces para comprender su surgimiento y posterior desarrollo. Sin pretender ser exhaustivos, haremos énfasis en los siguientes aspectos: los desarrollos científicos y tecnológicos iniciados en la segunda mitad del siglo XX; los cuestionamientos éticos a las investigaciones con seres humanos; la consciencia ecológica con sus preocupaciones por la supervivencia; la medicalización de la sociedad y la crisis de la medicina provocada por el cuestionamiento de sus fines, la confrontación de los postulados éticos tradicionales al abordar los nuevos problemas de la medicina y los debates acerca de la justicia y las políticas en salud; la Declaración Universal de los Derechos Humanos con los múltiples movimientos de reivindicación social que despertó; los retos de la multiculturalidad, la pluralidad y la participación en el destino de las sociedades y, por último, la reorganización geopolítica del mundo debida a la globalización.

2.1.1 Desarrollos científicos y tecnológicos

A los grandes proyectos macrocientíficos relacionados con la Segunda Guerra Mundial, tales como el Proyecto Manhattan, sigue la política de Investigación y Desarrollo impulsada por los

Estados Unidos, y seguida por Europa, a partir del informe presentado en 1945 por el Presidente de la Oficina de Investigación Científica, Vannevar Busch, al Presidente Truman de los Estados Unidos en respuesta a la solicitud hecha un año antes por F.D. Roosevelt. Este informe presenta un modelo lineal y moderno de progreso: la investigación básica se realiza en las universidades y debe ser financiada por el Estado, las leyes y teorías descubiertas sirven para la invención de nuevas técnicas y nuevos productos, estos impulsan el desarrollo competitivo de empresas y de allí se deriva una vida mejor para todos (bienestar, empleo, salud, florecimiento humano, desarrollo económico)². Después de la crisis de 1966 a 1976 motivada por las críticas sociales a la macrociencia militarizada (movimientos estudiantiles de mayo de 1968) y la derrota en Vietnam, se produce lo que Javier Echeverría³ ha denominado *revolución tecnocientífica* y Gilbert Hottois⁴ *Investigación y desarrollo tecnocientíficos (I&D, más innovación para la política científica europea adoptada desde 1997)*. Su aparición se relaciona con la crítica social de los ideales y valores de la modernidad, incluida la neutralidad de la ciencia y la privatización progresiva de la investigación que entra al mercado al mismo tiempo que se desarrolla la doctrina neoliberal.

Así, a la finalidad de la ciencia de producir conocimiento, con sus valores clásicos (verdad, neutralidad, objetividad, universalidad, originalidad, desinterés, conocimiento compartido⁵), se agrega y superpone un papel

operatorio y transformador (sobre la vida, el ser humano, la naturaleza y la sociedad) que se formaliza, se expande gracias al desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación y se convierte en un producto muy importante para la industria privada en el mercado internacional. Esta revolución tecnocientífica es, según Echeverría⁶, principalmente, *praxiológica y axiológica*, en donde interactúan, convergen y divergen, múltiples actores (investigadores de diversas disciplinas, técnicos, patrocinadores públicos y privados, financiadores, accionistas, empresarios, juristas, economistas e incluso consumidores) que constituyen el *sujeto plural y conflictivo de la tecnociencia* con sus diversos intereses y valores (*pluralidad axiológica*: valores científicos, tecnológicos, sociales, económicos, éticos, estéticos, militares, etc.). Se pueden nombrar ejemplos en tecnobiología (el Proyecto Genoma Humano es el principal), tecnomedicina, tecnofísica, tecnoquímica, tecnomatemáticas, etc.⁷.

2.1.2 Investigaciones con seres humanos

Al finalizar la guerra, los tremendos abusos cometidos en los campos de concentración nazis en investigaciones realizadas en nombre de la ciencia, suscitaron una enorme indignación. El Juicio de Núremberg estableció que no era permisible la realización de investigaciones en seres humanos sin el consentimiento libre e informado de los sujetos y así quedó plasmado en el Código de Núremberg y en otros documentos posteriores como la Declaración de Helsinki, para convertirse en doctrina. Sin embargo, en los Estados Unidos también se sacaron a la luz numerosos estudios realizados incumpliendo normas éticas de respeto a los participantes, algunos de ellos con escándalos bien conocidos como el estudio de sífilis en Tuskegee, los estudios con sustancias radioactivas y otros que aumentaron la conciencia

² HOTTOIS, Gilbert. La ciencia entre valores modernos y posmodernidad. Bogotá: Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, Vrin, 2007. p. 39–57.

³ ECHEVERRÍA, Javier. La revolución tecnocientífica. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, S. L., 2003. p. 170–174.

⁴ HOTTOIS, Gilbert. La technoscience de l'origine du mot à son usage actuel. En: GOFFI, Jean Yves. Regards sur les technosciences. Paris: Vrin, 2006. p. 21–38.

⁵ Robert Merton en 1942 sintetizó las normas científicas en el acrónimo CUDOS (Communalism, Universalism, Desinterestedness, Organized Skepticism)

⁶ ECHEVERRÍA, Javier. Op. cit., p. 61–82

⁷ Ibídem., p. 106–145.

de necesidad de regulación de las investigaciones científicas y médicas y que aumentaron la desconfianza del público^{8, 9, 10, 11}

2.1.3 Conciencia ecológica

La segunda mitad del siglo XX también significó un conocimiento y reconocimiento progresivo de los efectos adversos de las actividades humanas sobre la viabilidad, la resiliencia y la sostenibilidad del ambiente, tanto a nivel local como de la biosfera, en lo referente, por ejemplo, a disminución de recursos agotables, amenaza de la biodiversidad genética, de especies y de ecosistemas así como contaminación con consecuencias en el agua, la atmósfera y el clima. Estos impactos amenazan la viabilidad de la especie humana y la calidad de vida de las próximas generaciones¹². Los avances en biología también han revelado el parentesco genético de todas las formas de vida; se ha cuestionado el antropocentrismo y las nuevas biotecnologías suscitan discusiones acerca de los beneficios y riesgos de los organismos genéticamente modificados y de la responsabilidad humana en todos estos aspectos^{13, 14}

2.1.4 Medicalización de la sociedad y cambios en la medicina

A partir del siglo XIX la medicina se convierte en ciencia experimental (ver por ejemplo, *Tratado de medicina experimental*, Claude Bernard, 1945) y la biología asume un papel central en la construcción del paradigma biomédico, reforzado en forma importante con las tecnociencias en los últimos cincuenta años. Con la investigación genética el ser humano ve la posibilidad de influir directamente en la evolución biológica de la especie a través de técnicas de reproducción asistida, de intervención sobre el genoma e incluso, de perfeccionamiento¹⁵. La medicina interviene en la vida humana, desde el inicio hasta el final, con posibilidades de predicción, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento, de curación, de paliación y transformación (medicina del deseo)^{16, 17}. La posibilidad de utilizar tecnologías médicas de alto costo ha convertido a la salud en un bien suntuoso y muchas veces los médicos se ven enfrentados a solicitudes que no corresponden a la tradicional medicina de la necesidad, sino más bien al deseo o la conveniencia y a cuestionamientos de las posibles intervenciones de mejoramiento o perfeccionamiento (*enhancement*) con los respectivos problemas éticos que esto conlleva¹⁸, entre ellos la pregunta sobre los fines actuales de la medicina.

En los años 1960 surge el concepto de *medicalización de la sociedad* para describir el proceso de ampliación de la esfera de influencia de la medicina a diversos aspectos de la vida social y cotidiana de los seres humanos. El éxito del modelo biomédico convierte a la medicina en institución de control social, que ejerce autoridad en clasificar sanos y enfermos, en definir comportamientos y estilos de vida adecuados

⁸ HOTTOIS, Gilbert. *Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université, 2001. p. 646.

⁹ DURAND, Guy. *Introduction générale à la Bioéthique: histoire, concepts et outils*. Montréal: Éditions Fides, 1999. p. 20–27.

¹⁰ SIMÓN, Pablo y BARRIO, Inés María. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *En*: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. p. 37–71.

¹¹ BEECHER, Henry. Ethics and clinical research. *The New England Journal of Medicine*, volume 274(24):1354–1360, June 1966.

¹² GRACIA, Diego. Planteamiento general de la bioética. *En*: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Op. cit.*, pp. 19–35.

¹³ MEPHAM, Ben. *Bioethics, an introduction for the biosciences*, Second edition. New York: Oxford University Press, 2008. pp. 293–323.

¹⁴ ESCOBAR, Jaime (Editor). *Bioética y Medio Ambiente*. Segunda edición. Bogotá: Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2005. pp. 9–20.

¹⁵ GRACIA, Diego. *Op. cit.*, p. 20–25.

¹⁶ HOTTOIS, Gilbert. 2007. *Op. cit.*, pp. 20–25.

¹⁷ ESCOBAR, Jaime. La medicina entre la necesidad y el deseo. Dignidad humana, cuerpo y tecnología. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 4 (2): 15–51, julio–diciembre de 2009.

¹⁸ *Ibidem.*, p. 18.

y con la autoridad para realizar actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento. Pero, al mismo tiempo, surgen discusiones acerca de la eficacia y seguridad de las intervenciones médicas, así como del incremento de costos con sus respectivos problemas de acceso para individuos y poblaciones^{19,20}. A partir de los años 1970 son frecuentes los casos que plantean múltiples cuestiones éticas en el ámbito clínico y que son difundidos por los medios, causando muy diversas reacciones tanto en el público general, como en los medios académicos y profesionales. Se trata de las limitaciones de esfuerzos terapéuticos, de la eutanasia, del suicidio asistido, del aborto, de los exámenes y las intervenciones prenatales, de los trasplantes de órganos, del sida, de las aplicaciones de la neurociencia, entre otros.

Cambios en la ética médica

La ética médica occidental estuvo dominada durante siglos por la misma profesión, enmarcada en preceptos morales que parecían inmutables desde sus orígenes en la tradición hipocrática, reforzada por el estoicismo y la religión. Se basaba en el principio de beneficencia, la confidencialidad, la prohibición de ciertas prácticas (como aborto, eutanasia o relaciones sexuales con los pacientes). Se exhortaba al médico a llevar una vida virtuosa, regida por la prudencia o juicio práctico para discernir lo bueno y lo correcto. El estoicismo influyó haciendo énfasis en el deber, la compasión e incluso el amor y la amistad del médico hacia sus pacientes. Esta tradición de cerca de 25 siglos se ve sacudida por los múltiples problemas éticos, e incluso legales, que emergieron a partir de los años 1960 en el campo de la medicina, impulsados por el uso creciente y fascinador de tecnologías médicas complejas y costosas que fragmentan (debido a las especializaciones y super-especializaciones),

institucionalizan y despersonalizan la atención en salud²¹, así como por varios cambios sociales, tales como una mejor educación e información del público en general, los movimientos a favor de derechos humanos y las reivindicaciones de las “minorías” (que incluyen a los mismos pacientes que se rebelan contra el poder y el paternalismo médico), la pluralidad moral de la sociedad, la desconfianza hacia las autoridades y las instituciones.

Así, los filósofos morales que se estaban interesando en los temas de ética médica fueron llamados al ámbito clínico para ayudar a abordar los conflictos de valores y los dilemas éticos que se presentaban, y a la academia para revivir la enseñanza de las humanidades y la ética en los currículos de medicina²². Los filósofos aportaban a la ética médica las teorías morales conocidas y el rigor analítico. Pero no fue suficiente, el interés por participar en los asuntos médicos clínicos, de investigación y de políticas, se amplió a otras voces: profesionales de la salud, pacientes, familiares, abogados, administradores, políticos, por solo nombrar algunos. Así empezó la multidisciplinariedad en los asuntos de salud. Estos cambios se vieron inicialmente y principalmente en los Estados Unidos, pero se fue generalizando con particularidades en diferentes contextos^{23, 24, 25, 26}.

La relación entre médicos y pacientes sufrió retos

¹⁹ BALLARD, Karen y ELSTON, Mary Ann. Medicalisation: a multidimensional concept. *Social theory and health*, volume 3 (3): 228–241, 2005.

²⁰ GRACIA, Diego. Op. cit., pp. 20–25.

²¹ Como se expresa en el libro de David Rothman publicado en 1991 y titulado *Extraños a la cabecera de la cama: una historia de cómo la ley y la bioética transformaron la toma de decisiones médicas*.

²² Dan Clouser inició su cátedra de ética médica en la Universidad de Pennsylvania en 1968.

²³ PELLEGRINO, Edmund. La metamorfosis de la ética médica. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). Op. cit., pp. 73–87.

²⁴ PELLEGRINO, Edmund. The Origins and Evolution of Bioethics: some personal reflections. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, volume 9 (1): 73–88, March 1999.

²⁵ DURAND, Guy. Op. cit., pp. 20–27.

²⁶ JONSEN, Albert. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1998. pp. 3–27.

importantes planteando tensiones y conflictos: la participación activa del paciente como agente moral autónomo en las decisiones médicas exigen del médico una relación más horizontal y un cambio en su perspectiva paternalista, pero al mismo tiempo desencadena desconcierto, temores y resistencias; la participación de voces diferentes en lo que el médico consideraba su dominio, le resta poder y cambia el estatus social de la profesión; la participación de terceras partes en las decisiones médicas (abogados, familiares, administradores) lo obligan a tener en cuenta aspectos adicionales en sus decisiones, centradas ya no sólo en su conocimiento, su juicio práctico y en los intereses del paciente, sino sometidas a escrutinio por ellos mismos y por la sociedad en general²⁷.

Cambios en las políticas en salud

Hacia finales de los años 1960, el mundo desarrollado mantenía la confianza en que el crecimiento económico y el desarrollo continuarían, lo que permitió que el Estado de bienestar tuviera un papel activo en proteger las contingencias negativas de la vida a sus ciudadanos: desempleo, vejez, incapacidad, enfermedad y muerte. La atención en salud se centró principalmente en los servicios hospitalarios y de alta tecnología y desatendió la atención primaria. La gran crisis económica de 1970 cuestionó en todo el mundo el papel del Estado en la financiación de los servicios de atención en salud, cada vez más complejos y costosos. Los límites de los recursos en salud para atender las necesidades de todos han motivado en todo el mundo debates públicos permanentes sobre las políticas públicas en salud, los determinantes sociales de la salud, el racionamiento y la racionalización de gastos, con respuestas diversas según las condiciones

económicas y políticas de los países^{28,29}.

Al mismo tiempo, en gran número de países latinoamericanos, incluida Colombia, nunca se logró el estado de bienestar, sino servicios de seguridad social y salud deficientes y de baja cobertura para los trabajadores, servicios privados para quienes tenían los medios económicos para sufragar los gastos y servicios de caridad para los pobres. El llamado Consenso de Washington en 1989 llevó a ajustes estructurales en la región tales como reducción del Estado y privatización de la salud a través del aseguramiento, con dificultades como cobertura, barreras en el acceso, tensión entre eficiencia y calidad e inequidades en salud, lo cual plantea problemas de justicia^{30,31}.

2.1.5 Declaración de los Derechos Humanos

En el escenario histórico de la Modernidad entra el concepto de sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida, sus creencias religiosas y convicciones políticas. Fruto de este giro antropológico de la teoría política es el contractualismo (*El Leviatán* de Hobbes en 1651, *Segundo Tratado del Gobierno Civil* de Locke en 1660, *El Contrato Social* de Rousseau en 1745, *Fundamentos de la Metafísica de las costumbres* de Kant en 1785,). Así, las relaciones sociopolíticas legítimas se basarán en el reconocimiento mutuo de dignidad, libertad, igualdad y competencia comunicativa de los seres humanos³².

²⁸ *Ibidem.*, pp. 20–25

²⁹ DURAND, Guy. *Op. cit.*, pp. 20–27.

³⁰ ESCOBAR TRIANA, Jaime. La ley 100 de seguridad social: implicaciones bioéticas. *En*: ESCOBAR, Jaime (Director). *Bioética y justicia sanitaria*. Colección Bios y Ethos, número 9. Segunda edición. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2001. pp. 19–52.

³¹ DE CURREA-LUGO, Víctor. Salud y neoliberalismo. Colección Bios y Oikos, volumen 9. Bogotá: Xpress Estudio Gráfico y Digital, Universidad El Bosque, 2010. pp. 101–103.

³² SIMÓN, Pablo. El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas. *En*: *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2002. p. 11–62.

²⁷ GRACIA, Diego. La práctica de la medicina. *En*: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Op. cit.*, pp. 95–108.

Los *Derechos del Hombre* promulgados por la República francesa después de la Revolución de 1789, constituyen el precursor inmediato de los “Derechos Humanos”. Se trata de los derechos fundamentales de los ciudadanos franceses y de todos los hombres sin excepción al declarar que “Todos los hombres nacen y permanecen libres e iguales en cuanto a sus derechos” (Artículo 1); son “los derechos naturales, inalienables y sagrados del hombre” a “la libertad, la seguridad, la propiedad y la resistencia a la opresión” declarados por la República Francesa en 1789³³.

La indignación moral encendida por el Holocausto nazi y la necesidad de establecer juicios morales y legales que fueran neutrales y aceptables para todo el mundo, que fueran “transculturales, transnacionales y transtemporales” llevó a las Naciones Unidas a la Declaración Universal de Derechos Humanos. Se reafirma “la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el mérito de la persona humana y los derechos iguales de hombres y mujeres y de naciones grandes y pequeñas” y se establece “el respeto universal y la vigilancia de los derechos y las libertades fundamentales de todos sin distinción de raza, sexo, lenguaje o religión”. Al ratificar los derechos del individuo con base en la dignidad humana y en la libertad de disponer de sí mismo se consagra la autonomía individual en el seno de las sociedades democráticas contra las imposiciones y los poderes abusivos. Surge una nueva mentalidad caracterizada por grados diversos de individualismo, utilitarismo y consumismo^{34,35,36,37}.

2.1.6 Multiculturalidad, pluralidad y participación en la sociedad

Tradicionalmente, las sociedades occidentales habían optado por imponer, incluso a la fuerza, códigos morales únicos. Desde el siglo XIX aparecen progresivamente las diversidades, las libertades y el multipartidismo político. En el siglo XX los movimientos migratorios aumentaron y las comunicaciones se desarrollaron, produciendo Estados cada vez más multiétnicos y multiculturales. El consenso social, jurídico y religioso tradicional en torno a los valores morales ya no es suficiente. La crítica del ideal moderno en la segunda mitad del siglo XX cuestiona el fundamentalismo y el etnocentrismo y se inicia la crisis posmoderna de valorar el pluralismo, como concepción ética y política favorable al florecimiento de sociedades compuestas por individuos y grupos diversos, libres de no compartir las mismas convicciones morales, culturales, religiosas y políticas, pero capaces de vivir juntos bajo ciertas reglas, incluso en coexistencia con los monismos tradicionales^{38,39,40}. A esta pluralidad le corresponde la virtud democrática de la tolerancia o, más bien, el respeto de las diferencias. Se trata, como dice Juliana González⁴¹, citando a Voltaire, de *Defender al mismo tiempo las propias ideas y el derecho de otros a sostener las suyas*. Pero además, los movimientos sociales en defensa de los derechos de los individuos y las protestas contra la Guerra de Vietnam permitieron la entrada del público a las universidades y su participación en los debates suscitados por los avances de la medicina y la ciencia⁴².

³³ BAKER, Robert. Bioethics and Human Rights: a historical perspective. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, volume 10 (3): 241–252, 2001.

³⁴ *Ibidem.*, pp. 241–252.

³⁵ HOTTOIS, Gilbert. 2001. Op. cit., pp. 315–321.

³⁶ JONSEN, Albert. Op. cit., pp. 377–401.

³⁷ DURAND, Guy. Op. cit., pp. 20–27.

³⁸ HOTTOIS, Gilbert. 2001. Op. cit., p. 646.

³⁹ GRACIA, Diego. Fundamentos de Bioética. Madrid: Editorial Triacastela, 2008. pp. 5–19.

⁴⁰ DURAND, Guy. Op. cit., pp. 20–27.

⁴¹ GONZÁLEZ, Juliana. ¿Qué ética para la bioética? *En*: GONZÁLEZ, Juliana (Coordinadora). Perspectivas de bioética. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica, 2008. pp. 9–50.

⁴² KHUSHF, George (Editor). Handbook of Bioethics: taking stock of bioethics from a philosophical perspective. New

En estos debates, ante la evidente pérdida de la neutralidad de la ciencia con la bomba atómica, las preocupaciones ecológicas, el desencantamiento del mundo, de la historia y la racionalidad humana, el debilitamiento relativo de la influencia de mitos, religiones e ideologías y la mutación de las relaciones sociales causadas por el feminismo, las migraciones, los cambios demográficos, entre otros, se expresa la corriente crítica de ideas según la cual los avances tecnocientíficos no implican automáticamente progreso y desarrollo para la humanidad en general y, por lo tanto, no todo lo tecnocientíficamente posible es éticamente correcto, bueno o permisible^{43, 44, 45}.

2.1.7 Globalización

Sin entrar en las discusiones sobre los diversos términos utilizados para describir las interrelaciones personales, sociales, económicas, políticas y culturales a nivel mundial a partir del siglo XX, es importante mencionar que vivimos al mismo tiempo procesos de homogenización y de diversificación que ponen en evidencia las diferencias culturales y en cosmovisiones de las sociedades y que causan conflictos permanentes. Por ejemplo, Ulrich Beck⁴⁶ diferencia entre globalidad, globalización y globalismo. La *globalidad* indica que vivimos en una sociedad mundial en donde ya no existen espacios geográficos cerrados y aislados. Existe pluralidad, diversidad, sin unidad. La *globalización* incluye procesos mediante los cuales los Estados se entremezclan; se crean espacios sociales transnacionales en interacción con culturas locales. Este proceso se inició con las tecnologías modernas de las comunicaciones y ha seguido con la transnacionalización de la economía. El

York: Kluwer Academic Publishers, 2004. pp. 1–30.

⁴³ HOTTOIS, Gilbert. 2001. Op. cit., pp. 127–129.

⁴⁴ GRACIA, Diego. 2008. Op. cit., pp. 5–19.

⁴⁵ DURAND, Guy. Op. cit., pp. 20–27.

⁴⁶ Citado por: MALIANDI, Ricardo y THÜER, Oscar. Teoría y praxis de los principios bioéticos. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, 2008. pp. 263–264

globalismo se puede entender como la tendencia a que el mercado mundial sustituya el quehacer político. Se ha hablado de capitalismo mundial integrado para referirse a que el pensamiento neoliberal centrado en la competitividad, la rentabilidad y la eficiencia penetran a todas las dimensiones de la vida social⁴⁷.

2.2 Desarrollos múltiples de la Bioética

Para Durand⁴⁸, la bioética no tiene fecha de nacimiento exacta ni causa única, su desarrollo no es homogéneo ni unívoco en los diversos países ni en el interior de cada país; su historia no es lineal, presenta saltos que dependen de azares, de acontecimientos afortunados y desafortunados, en estructuras sociales diversas, con respuestas e intervenciones de diferentes actores individuales y colectivos, de organizaciones nacionales e internacionales. No es sólo saber abstracto, sino un movimiento sociocultural e intelectual, preocupado por diferentes temas.

2.2.1 La Bioética como producto inicial norteamericano

En este contexto, en los Estados Unidos finales del decenio de 1960, médicos y científicos líderes invitaron a teólogos, filósofos y juristas a participar en conferencias y publicaciones sobre los problemas sociales y éticos relacionados con el progreso científico y médico y así se inició un diálogo interdisciplinario. También apareció la iniciativa de crear centros de investigación, educación y publicación sobre estos temas, como el *Hastings Center en Nueva York* (Instituto de Sociedad, Ética y Ciencias de la vida) fundado en 1969 por Dan Callahan (filósofo) y Gaylin (psiquiatra) y el *Instituto Kennedy de Ética en la Universidad de Goergetown en Washington*, fundado en 1971 como Centro de Estudio sobre la Reproducción Humana y la

⁴⁷ MATTELART, Armand. Diversidad cultural y mundialización. Barcelona: Paidós, 2006. pp. 96–97.

⁴⁸ DURAND, Guy. Op. cit., p. 17.

Bioética, bajo la primera dirección del ginecólogo André Hellegers y al cual se incorporaron otros profesionales como LeRoy Walters (teólogo), Tom Beauchamp (filósofo), James Childress (estudios religiosos), Edmund Pellegrino (médico), Robert Veatch (ética médica), Tristram Engelhardt (filósofo). Se fundó una Biblioteca de Bioética, en 1974 se publicó la primera edición de la Enciclopedia de Bioética (editada por Warren Reich) y se iniciaron cursos formales de ética médica en pregrados y posgrados y cursos intensivos a profesionales. El Informe Belmont, publicado en 1978 como resultado de los cuatro años de deliberación plural e interdisciplinaria de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, en el cual se expresan los principios y pautas éticas para la protección de sujetos de investigación y el texto de Beauchamp y Childress aparecido en 1979, *Principios de ética biomédica*, marcaron el inicio de la corriente de resolución de los problemas bioéticos mediante la formulación y aplicación de principios⁴⁹.

El término bioética tuvo un nacimiento simultáneo en dos lugares de los Estados Unidos: por una parte, el bioquímico investigador en cáncer de la Universidad de Wisconsin, Van Rensselaer Potter publicó por primera vez el término en un artículo titulado *Bioethics, the science of survival* en 1970 y en su libro *Bioethics, bridge to the future*, en 1971, con lo cual se ganó la paternidad de la palabra⁵⁰. Potter proponía un puente entre las ciencias biológicas y sociales con el fin de lograr un buen uso de la ciencia y de la tecnología para mejorar la calidad de vida y asegurar la supervivencia humana en el planeta. Proponía construir una ética de la biosfera que incluyera tanto la ecología como la medicina. Su concepción de la bioética

como disciplina científica mantiene el optimismo en la ciencia y en el progreso, con una visión antropocéntrica y etnocéntrica^{51, 52, 53}.

Por otra parte, en 1973, Callahan escribe *Bioethics as a discipline*, en donde afirma que la bioética no es una disciplina completa en el sentido clásico del término, porque carece de aceptación general, estándares disciplinarios, criterios de excelencia y normas pedagógicas y evaluativas claras. Desde el comienzo se entendió que era un mosaico de disciplinas y de discurso público. En efecto, Los problemas prácticos iniciales de la bioética hicieron ver a los teólogos que sus compromisos doctrinales no eran aceptables para todos los participantes del debate, ni para los afectados; en ocasiones el pensamiento abstracto de los filósofos les dificultaba abordar los problemas específicos de la medicina y la ciencia; los médicos y científicos se vieron abocados a reconocer su positivismo epistemológico y escepticismo ético que les impedía ir más allá de su visión subjetiva de los valores. Ante la pregunta de cómo lograr que las disciplinas congeniaran, se realizaron esfuerzos de descentramiento, de proponer teorías para discutir asuntos morales en la práctica, de articular principios morales y formular métodos para tomar decisiones⁵⁴, esfuerzo que aún persiste.

2.2.2 La diversidad de problemas para la bioética

La Bioética surge, pues, del sorprendente desarrollo de las ciencias de la vida, la biotecnología y otras tecnociencias con su gran poder de intervención sobre la vida en general, y humana en particular, y que transforman el universo simbólico y el modo de existencia individual y colectivo, en interacción dinámica y conflictiva

⁴⁹ JONSEN, Albert. Op. cit., pp. 151–158.

⁵⁰ Se debe recordar que el pastor protestante alemán Fritz Jahr ya había utilizado el término *Bio-Ethik* en un artículo publicado en 1927 en la revista *Kosmos* con un título que sintetiza su concepción, *Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas*.

⁵¹ JONSEN, Albert. Op. cit., pp. 26–27.

⁵² DURAND, Guy. Op. cit., pp. 20–27.

⁵³ VIESCA, Carlos. Bioética, conceptos y métodos. En: GONZÁLEZ, Juliana (Coordinadora). Op. cit., pp. 53–89.

⁵⁴ JONSEN, Albert. Op. cit., pp. 377–382.

con los cambios sociales, políticos, económicos, culturales y morales (tanto negativos como positivos) de las sociedades contemporáneas multiculturales, plurales, multiestratificadas, con diferencias y desigualdades en recursos, modos y condiciones de vida. De esta interacción brotan preguntas y problemas éticos (relacionados con confrontación de valores, de normas y de principios éticos, así como de derechos y deberes) ubicados en la coyuntura histórica de la humanidad del presente y del pasado cercano, en donde coexisten valores tradicionales y sus reinterpretaciones con valores nuevos, desconocidos. Se manifiestan con tensión entre las fuerzas que tienden a conservar valores y formas de vida con las que buscan nuevas posibilidades, a pesar de los riesgos e incertidumbres, en la bisagra de la “tradicición y la innovación”⁵⁵, de la “modernidad y la posmodernidad”⁵⁶, en donde se enfrentan la “fundamentación y la crítica”⁵⁷, la “conservación y la realización”⁵⁸, la “unidad y la universalidad”⁵⁹, la “multiplicidad y la particularidad”⁶⁰ y a los cuales la bioética busca responder desde diferentes perspectivas. Los problemas de la bioética son inseparables de los contextos geográficos, sociopolíticos y culturales: se expresan, se reflexionan y se resuelven de diferente forma^{61, 62, 63, 64}.

Los temas visualizados por Potter tuvieron que ver con el control de la población, de la paz, la pobreza, la ecología, la supervivencia de la

especie humana y del planeta, la vida animal y la medicina. Para los autores que se preocupan más por los aspectos médicos, los temas de interés van desde la experimentación con seres humanos, los dilemas de inicio y final de vida, las nociones de muerte, vida, salud y persona hasta los problemas de justicia en salud⁶⁵. Para Hottois⁶⁶ los temas y problemas de la bioética se pueden describir en círculos concéntricos, cuyo centro estaría formado por los asuntos éticos suscitados por la investigación y el desarrollo biomédico y biotecnológico y sus aplicaciones con repercusiones en los vivientes humanos y no humanos insertados y conectados en el biotecnocosmos, alrededor del cual existen otros círculos más o menos alejados. Pero resalta también que se debe entender que los problemas son diferentes cuando uno se ubica en una sociedad llamada “avanzada” o en una sociedad llamada “en vías de desarrollo”⁶⁷.

Onora O’Neil⁶⁸ considera que la bioética debe hacer mayor énfasis en otras áreas además de los campos de ética biomédica y ambiental, tales como la distribución justa de los recursos, la salud pública y la distribución global de la salud. Autores como Giovanni Berlinguer⁶⁹ han llamado la atención en los problemas de *bioética cotidiana* además de los de *bioética de frontera*. Estos últimos se refieren casi exclusivamente a los casos de intervención sobre la vida debido al desarrollo de las ciencias biomédicas mientras que los otros se relacionan con las experiencias de los todos los seres humanos, tales como los problemas de reproducción humana, de demografía, de equidad, de trabajo y salud, del cuerpo humano y el biomercado y de la salud global.

⁵⁵ Paul Ricouer, citado por: DURAND, Guy. Op. cit., p. 25.

⁵⁶ HOTTOIS, Gilbert. 2005. Op. cit., pp. 106–123.

⁵⁷ MALIANDI, Ricardo y THÜER, Oscar. Op. cit., p. 53.

⁵⁸ Ibidem., p. 53.

⁵⁹ HOTTOIS, Gilbert. 2007. p. 99.

⁶⁰ Ibidem., p. 99.

⁶¹ HOTTOIS, Gilbert. 2001. p. 59.

⁶² GONZÁLEZ, Juliana. Op. cit., pp. 9–50.

⁶³ NEIRA, Hernán. América Latina y bioética. En: TEALDI, Juan Carlos (Director). Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO y Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 156.

⁶⁴ MALIANDI, Ricardo y THÜER, Oscar. Op. cit., p. 150–151.

⁶⁵ DURAND, Guy. Op. cit., pp. 20–27.

⁶⁶ HOTTOIS, Gilbert. 2001. Op. cit., pp. 126–127.

⁶⁷ HOTTOIS, Gilbert. 2005. Op. cit., pp. 20–21.

⁶⁸ O’NEIL, Onora. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. pp. 1–3.

⁶⁹ BERLINGUER, Giovanni. *Bioética cotidiana*. México: Siglo XXI Editores, 2002. pp. 15–18.

Algunos autores han señalado que los principales problemas de bioética en América latina tienen que ver con temas ambientales con trasfondo social y repercusiones transnacionales como la amenaza a la biodiversidad, la deforestación, la contaminación por industrias, la construcción de represas, las explotaciones mineras, la falta de consideración por los animales, entre otros⁷⁰. La Declaración de la UNESCO de Bioética y Derechos Humanos de 2005 destaca que los problemas y las controversias bioéticas surgen a partir de los desarrollos científicos y técnicos, pero también debido al multiculturalismo, las desigualdades económicas, las deficiencias de los gobiernos democráticos, las carencias en empleo, educación, salud, entre otros, y por cuestiones ambientales que afectan principalmente la biodiversidad⁷¹.

Otros autores^{72, 73} resaltan la necesidad de abordar el análisis de macroproblemas y conflictos persistentes en países pobres y en desarrollo, desde un enfoque latinoamericano de lo que han llamado Bioética social o Bioética de intervención relacionados con temas de justicia y de exclusión social, de salud y ambientales. También se ha señalado la importancia de la intersección de la bioética con los derechos humanos⁷⁴, con el derecho y las leyes (*bioderecho*), con la política (*biopolítica*)⁷⁵, con la economía y con especializaciones de la medicina (gen-ética, neuro-ética etc)⁷⁶.

2.2.3 La Bioética en América Latina y en Colombia

Jonsen afirma que el nacimiento de la Bioética se entrelaza con la biografía de sus pioneros y esto se comprueba en nuestra región. Los orígenes de la bioética en América Latina se pueden trazar con la influencia de la medicina norte-americana y la introducción de nuevas tecnologías médicas a partir de los años 1960-70. Médicos como Alberto Mainetti en Argentina y Jaime Escobar Triana en Colombia han sido pioneros de la bioética en la región.

El Programa de Bioética de la Universidad El Bosque ha sido liderado desde sus inicios por Escobar Triana, quien reúne sus conocimientos e inquietudes como médico y cirujano enfrentado a la transformación de la medicina en un país como el nuestro, con su convicción de la necesidad de un enfoque integral, biopsicosocial de la medicina y de la reflexión filosófica de la profesión y con su vocación como profesor universitario. Este programa tiene un enfoque laico, plural y multi (inter y trans) disciplinario y tiene un largo recorrido en la formación en Bioética en Colombia (en pregrados, posgrados, Especialización, Maestría y Doctorado y cursos de extensión), en su difusión (a través de capacitación de multiplicadores, de seminarios internacionales realizados cada año desde 1995 sobre diversos temas y problemas relacionados con la realidad nacional e internacional, de varias publicaciones), en los aportes prácticos de la bioética con la asesoría y la participación en diversos Comités, en asesorías a instituciones académicas y gubernamentales y en investigaciones teóricas y empíricas sobre los problemas de bioética del país, en las líneas de Fundamentos de la Bioética, Bioética y salud, Bioética y educación y Bioética y ambiente⁷⁷.

⁷⁰ NEIRA, Hernán. Op. cit., p. 156.

⁷¹ HOTTOIS, Gilbert. 2007. p. 103.

⁷² GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. Bioética de Intervención. En: TEALDI, Juan Carlos (Director). Op. cit., p. 161.

⁷³ LEÓN, Francisco Javier. Por una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica*, volumen 11: 19–26, 2005.

⁷⁴ TEALDI, Juan Carlos. Bioética de los derechos humanos. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2008. pp. 52–58.

⁷⁵ PARENTI, Francisco. Bioética y biopolítica desde América Latina. En: ACOSTA, José. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela, 2002. pp. 171–184.

⁷⁶ GONZÁLEZ, Juliana. Op. cit., pp. 9–50.

⁷⁷ OVALLE, Constanza, ESCOBAR, Jaime y ARISTIZÁBAL, Chantal. Educación en bioética: experiencia de un programa. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 5 (2): 83–93, julio-diciembre de 2010.

En el país, debido a una larga tradición católica, también ha habido participación de sacerdotes, teólogos con un enfoque confesional que insisten en la protección de la vida y de la persona humana desde la concepción hasta la muerte, con una clara oposición al aborto, a la eutanasia y otras intervenciones⁷⁸. El interés por la bioética se ha seguido extendiendo en el país, a través de iniciativas académicas de formación de diferentes profesionales de diversas regiones del país, de inclusión de la bioética en los diferentes currículos, de la institucionalización con Comités Hospitalarios de Ética y Comités de Ética en investigación, así como con el Comité Intersectorial de Bioética reemplazado por el Consejo Nacional de Bioética (Ley 1374 de 2010), actualmente en proceso de conformación y reglamentación.

A las diversas iniciativas individuales se ha agregado la participación de organizaciones internacionales que han intentado agrupar y promover la bioética en la región. En 1994 se instala el Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud con la Universidad de Chile y se ofrece un programa de Maestría en bioética para todos los interesados⁷⁹. A partir del año 2000, las oficinas de la UNESCO de México y Uruguay y la oficina de París crean la *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética* –REDBIOÉTICA–⁸⁰. Esta organización promueve una bioética fundamentada en los derechos humanos como principios rectores, desde

una visión política contra-hegemónica y anti-imperialista, comprometida con las inequidades de América latina y en oposición a lo que consideran análisis puntuales y casi asépticos de la bioética convencional⁸¹.

El desarrollo de la bioética en Latinoamérica ha sido muy importante, con programas de formación en pregrados, en formación avanzada en Maestría y en Doctorado, publicaciones especializadas en Bioética, desarrollo progresivo de Comités Hospitalarios de Ética y de Ética en investigación y de Comités Nacionales.

2.3 Pluralidad de principios en las prácticas de Bioética

La bioética no es sólo conocimiento y reflexión teórica y abstracta a partir de los aportes de las diversas disciplinas, de los diversos saberes y de las diferentes morales en torno a los problemas de la *vida* en general en las sociedades tecnocientíficas contemporáneas, sino que desde sus comienzos se ha comprometido con prácticas deliberativas que propicien la participación amplia (interdisciplinaria, plural y de todos los interesados) dirigidas a ayudar en la toma de decisiones éticas en diversos ámbitos. Como campo (de conocimientos, discursos, saberes, investigaciones y prácticas) innovador, conflictivo, dinámico y cambiante en construcción, explora diversos caminos para problemas viejos y nuevos, describe trayectorias variadas en los diferentes contextos, transforma e inventa propuestas.

Como dice Jonsen⁸², la Bioética ha tenido la oportunidad de irse definiendo a ella misma: para definir sus asuntos de interés ha requerido el “rigor de la imaginación desencadenada”, la capacidad de visualizar opciones múltiples y de

⁷⁸ ESCOBAR, Jaime. Historia de la Bioética en Colombia. Bogotá: Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2002. 64p.

⁷⁹ LEÓN, Francisco Javier. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: LOLAS, Fernando (Editor). Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS, 2004. pp. 145–152.

⁸⁰ VIDAL, Susana. Una propuesta educativa de bioética para América Latina. En: HERREROS, Benjamín y BANDRÉS, Fernando (Coordinadores). Educar en Bioética al Profesional de Ciencias de la Salud, una perspectiva internacional. Madrid: ADEMÁS Comunicación Gráfica, 2010. pp. 121–158.

⁸¹ GARRAFA, Volnei. REDBIOÉTICA. Una iniciativa de Unesco para América Latina y el Caribe. *Revista RedBioética/UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*, volumen 1 (1): 4–41, 2010.

⁸² JONSEN, Albert. The history of Bioethics as a discipline. En: KHUSHF, George (Editor). Op. cit., pp. 68–73.

sumergirse en las “agonías éticas de la gente” y en la búsqueda de estrategias metodológicas y procedimientos para la toma de decisiones razonablemente específicas y claras en las diferentes circunstancias ha recurrido a los métodos filosóficos tradicionales (con su lógica, consistencia, uso cuidadoso de los términos y justificaciones racionales) complementados con la sensibilidad por los sentimientos, las emociones y las influencias políticas y sociales sobre los comportamientos, sin dejar de tener en cuenta sus limitaciones.

En el mismo sentido, Glenn MacGee⁸³ se refiere a la bioética como un movimiento intelectual y social que busca satisfacer de manera creativa demandas complejas de múltiples individuos y grupos en un mundo contingente y cambiante, sin recurrir a fundamentalismos, dualismos, esencialismos ni escepticismos, un mundo donde no hay certezas absolutas, pero sí verdades intersubjetivas útiles. Por su parte, Juliana González subraya que la bioética es al mismo tiempo teoría (filosofía moral) y práctica (moral filosófica) con la responsabilidad de deliberar en busca de consensos, afinidades éticas, principios y valores comunes universalizables en medio de las discrepancias y de asumir disensos e investigar y explorar nuevas respuestas éticas ante los conflictos y dilemas. La tradición de la filosofía moral es un legado de conocimiento ético que puede ser “perfectible, repensado, actualizado y renovado según los problemas y parámetros del presente”⁸⁴.

A su vez, Carlos Viesca⁸⁵ subraya que puesto que el campo de conocimientos de la bioética es interdisciplinario se requiere un espacio de discusión y la construcción de *puentes* entre las disciplinas para lograr un lenguaje común, con

pretensión de universalidad a toda la humanidad. El diálogo entre *extraños morales* implica un proceso de intercambio pacífico, capaz de producir transformaciones en los participantes, en un marco de “optimismo moral” y “no de escepticismo moral”.

Hottois^{86, 87} describe la bioética como discurso práctico y práctica discursiva. Los discursos de la bioética (artículos, textos, monografías, ensayos, tesis, etc.) generalmente tienen una orientación práctica, en el sentido de orientar decisiones y acciones de individuos y colectivos. Las prácticas son *simbólicas* (pertenecen al lenguaje), se expresan en la argumentación, las discusiones y los debates y la argumentación y se ejercen en instituciones como comisiones, comités o consejos de bioética, en las funciones en mismas funciones de los diversos profesionales o en forma experticias individuales (consultores de bioética en comités o instituciones). La bioética es un campo complejo de encuentro (y, por supuesto, de desencuentro), más o menos conflictivo, en donde convergen (y divergen): diferentes perspectivas desde y entre las disciplinas, múltiples morales, religiones e ideologías y varios grupos de poder y de interés de la sociedad civil. Exige una interacción comunicativa, en la que se busca enriquecimiento mutuo y evolución de las posiciones respectivas, comprometida con el objetivo ético de aclarar y explicitar las nociones, los conceptos, los valores y los argumentos con miras a formular conclusiones (se expresan en forma de consensos pragmáticos y disensos explícitos). Estas conclusiones oscilan entre el ejercicio práctico de orientar axiológicamente las decisiones en casos específicos de conflicto moral, inventando la mejor solución en cada caso de acuerdo con el contexto particular y la formulación de reglas y principios morales más generales y universalizables, en una sociedad pluralista.

⁸³ MACGEE, Glen. *Pragmatic bioethics*. Second edition. Cambridge: The MIT Press, 2003. p.14.

⁸⁴ GONZÁLEZ, Juliana. Op. cit., p. 9–50.

⁸⁵ VIESCA, Carlos. Op. cit., pp. 71–82.

⁸⁶ HOTTOIS, Gilbert. 2001. Op. cit., pp. 124–125.

⁸⁷ HOTTOIS, Gilbert. 2005. Op. cit., pp. 36–39.

Cuadro No. 1. Principios éticos y aplicaciones en la investigación con seres humanos, Informe Belmont (1978).

Principios éticos	Aplicación práctica
Respeto a las personas; supone dos convicciones éticas: <ul style="list-style-type: none"> - Tratar a las personas como agentes autónomos - Proteger a las personas con autonomía disminuida 	Consentimiento informado: requiere información, comprensión y voluntariedad
Beneficencia; implica: <ul style="list-style-type: none"> - no causar daño, - extremar beneficios - disminuir riesgos 	Valoración sistemática de beneficios y riesgos de la investigación para los individuos, la familia y la sociedad
Justicia: <ul style="list-style-type: none"> - imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios - trato equitativo de los sujetos de investigación 	Selección justa de participantes de la investigación

2.3.1 Los principios de ética biomédica

La teoría basada en principios tiene la ventaja de ser compartida tanto por los defensores de teorías deontológicas como teleológicas, e incluso, en algunos aspectos, por los defensores de las teorías de la virtud. Los principios se encuentran en cualquier sistema ético y en casos concretos, han demostrado ser útiles. La metodología basada en principios en bioética propone principios de nivel medio que buscan que individuos con sistemas normativos diferentes se pongan de acuerdo sobre acciones obligatorias, prohibidas o permisibles en la sociedad⁸⁸. La propuesta inicial de los principios buscaba a ayudar en la identificación, el análisis y la resolución de los conflictos éticos de la investigación con seres humanos y de la práctica de la medicina y logró introducir claridad conceptual en los debates morales que se presentaban, en ocasiones como muy complicados y casi inextricables. En un espacio interdisciplinario, multicultural y plural aportó un lenguaje moral común preciso y accesible al

mundo científico y a la sociedad en general^{89, 90}.

El informe Belmont y el texto de Beauchamp y Childress, Principios de ética biomédica, se escribieron casi simultáneamente y el uno influyó en el otro, a pesar de sus orígenes independientes. Los principios en el Informe Belmont proporcionaron un marco analítico sobre los problemas éticos causados por la investigación en seres humanos. Se propusieron tres principios con sus respectivas aplicaciones prácticas (Ver cuadro 1). Los miembros de la Comisión fueron conscientes de que se requería un proceso práctico de especificación y de interpretación de estos principios a partir de los casos, para reducir su indeterminación y orientar la acción. Las deliberaciones usaron el razonamiento casuístico, pero sin dejar de lado el compromiso con los principios básicos. En el libro los autores también se basaron en el análisis de casos clínicos a la luz de los principios propuestos⁹¹.

⁸⁸ HANSON, Bernard. *En*: HOTTOIS, Gilbert. 2001. *Op. cit.*, pp. 73–76.

⁸⁹ BENAROYO, Lazare. *Principlisme*. *En*: HOTTOIS, Gilbert. 2001. *Op. cit.*, p. 662.

⁹⁰ CALLAHAN, Daniel. *Principlism and communitarism*. *Journal of Medical Ethics*, volume 29 (5): 287–291, october 2003.

⁹¹ BEAUCHAMP, Tom. *Standing on principles*. New York:

Beauchamp y Childress propusieron cuatro principios, *no maleficencia, beneficencia, respeto a la autonomía y justicia*, que incluyeran reinterpretaciones de los principios tradicionales de la ética médica así como los principios emergentes de los cambios socioculturales a partir del siglo XX. En la época premoderna naturalista, el principio rector de la ética médica era la beneficencia paternalista, el cual involucraba la no maleficencia y la justicia, como está consagrado en el Digesto de Ulpiano (Siglo III d. c) en donde la beneficencia involucra las tres obligaciones morales clásicas: no hacer daño, hacer el bien y ser justo. En la modernidad, se conquista el concepto moderno de autonomía (raciocinio, juicio y decisión), el cual llegó, aunque tardíamente, a la relación entre profesionales de la salud y pacientes⁹² y en las últimas décadas se renuevan los conceptos de justicia distributiva en salud.

Los cuatro principios hacen parte de una moralidad común (ética del sentido común) transcultural, construida históricamente; son normas compartidas y reconocidas por todas las personas razonables y comprometidas con los objetivos de la moralidad, con el fin de promover el florecimiento humano y contrarrestar las condiciones que afectan negativamente la calidad de vida de los seres humanos. Los principios son las normas más generales e integrales, mientras que las reglas son más específicas en contenido y más restringidas en su alcance. Los principios y las reglas establecen derechos y obligaciones. Las reglas pueden delinear guías más específicas para la acción, indicar quién puede y debe tomar las decisiones o establecer reglas de procedimiento para la toma de decisiones. La comunidad moral que compartimos actualmente indica que los agentes morales respetemos a las personas, tengamos en cuenta su bienestar y los tratemos justamente; los derechos humanos empiezan a

ser parte de esta moralidad común^{93,94}.

Los principios no se aplican, sino que se explican, se ajustan, se especifican y se equilibran en casos concretos y a tareas específicas para tomar decisiones y desarrollar políticas. La metodología propuesta es la del equilibrio reflexivo (Rawls) en el cual se tienen en cuenta los juicios y los principios morales, los postulados teóricos y otras creencias para hacerlas lo más coherentes posibles y se combina con la teoría de una moralidad común. A través de deliberación se buscan estándares intersubjetivos que se construyen creativamente en el tiempo, a través de acuerdos y consensos^{95,96,97}.

2.3.1.1 Principio de no maleficencia

Se refiere a la obligación de no hacer daño a otros. Desde la ética hipocrática, los médicos han reconocido que están obligados a no hacer daño a sus pacientes y se expresa en la máxima latina *primum non nocere*. Incluye obligaciones de no matar, no causar dolor ni sufrimiento, no incapacitar, no privar a otros de bienes de la vida, no imponer riesgos de daños⁹⁸. En general, coincide con las buenas prácticas médicas, que le exigen al médico darle al paciente los mejores cuidados prescritos según la *lex artis* de la profesión, de realizar intervenciones diagnósticas y terapéuticas indicadas. La vulneración de este

Oxford University Press, Inc., 2010. 291p.

⁹² SIMÓN, Pablo. Op. cit., pp. 11–62.

⁹³ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principles of biomedical ethics. Sixth edition. New York: Oxford University Press, 2009. pp. 2–5.

⁹⁴ BEAUCHAMP, Tom y DeGRAZIA, David. Principles and Principlism. En: KHUSHF, George (Editor). Op. cit., 55–74.

⁹⁵ BEAUCHAMP, Tom. Op. cit., pp. 35–49.

⁹⁶ EBBESEN, Mette. Two different approaches to principles of biomedical ethics: a philosophical analysis and discussion of the theories of the american ethicists Tom L. Beauchamp and James F. Childress and the Danish philosophers Jakob Redtorff and Peter Kemp. En: PACE, Tyler. Bioethics: Issues and dilemmas. New York: Nova Science Publishers, 2010. pp. 95–111.

⁹⁷ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Op. cit., pp. 381–386.

⁹⁸ *Ibidem.*, pp. 149–154.

principio conduce a actos de mala práctica como negligencia, imprudencia o impericia⁹⁹.

2.3.1.2 Principio de respeto a la autonomía

El principio de respeto a la autonomía tiene raíces en filosofía moral y en pensamiento político liberal. En filosofía moral, inspirada en Kant, la autonomía se refiere a autogobierno libre de interferencias controladoras y de limitaciones personales que impidan decisiones racionales. John Stuart Mill desde el empirismo introduce la libertad de actuar en la esfera privada. Por lo tanto, la autonomía requiere capacidades mentales como comprensión e intencionalidad y toma de decisiones voluntarias sin coacciones. Respetar a un agente autónomo es reconocer las capacidades y perspectivas de las personas y su derecho a tener opiniones, los cuales les permiten tomar decisiones y realizar acciones con base en los valores y creencias personales. El principio de respeto a la autonomía establece una obligación negativa de que otros no impongan restricciones controladoras a las acciones autónomas y una obligación positiva que requiere trato respetuoso a través de intercambios de información y otras acciones que estimulen la toma de decisiones autónomas. El respeto a la autonomía obliga a los profesionales de la salud y a los investigadores con sujetos humanos a revelar la información necesaria y suficiente y asegurar la comprensión y la voluntariedad de las decisiones. El verdadero respeto exige no sólo no interferir en los asuntos de los demás, sino construir y fortalecer las capacidades de las personas para la elección autónoma y alejar temores y otras condiciones que impidan la toma de decisiones^{100, 101}.

Engelhardt¹⁰² resalta que vivimos en una sociedad

en la que los grandes relatos de la fe y la razón fracasaron en su pretensión universal y en donde debemos convivir tanto con amigos como extraños morales, en la cual se requiere la elaboración de una bioética y de una biopolítica laicas, desprovistas de contenido, que aporten un procedimiento con el fin de llegar a una solución pacífica de los problemas éticos. En las sociedades pluralistas, propone el *principio de permiso* (que sustituyó al principio de autonomía de la primera edición) como fundamento de la ética laica y regulador de las relaciones entre extraños morales. Se trata simplemente del deber negativo de respeto mutuo y de no interferencia en las decisiones y acciones de las personas autónomas.

El principio de respeto a la autonomía introduce los valores del paciente en la deliberación ética, algo que no tenían en cuenta la ética de la virtud (deber de desarrollar ciertas cualidades y actuar de acuerdo con ellas), ni la de la convicción (plantea realizar actos buenos en sí y evitar los malos en sí mismos, sin tener en cuenta las consecuencias) ni la ética de la responsabilidad (plantear los actos en términos de las consecuencias). Este principio permite la coexistencia pacífica de personas con creencias y valores diferentes; implica respeto mutuo de las personas y es importante para contrarrestar la autoridad profesional y el paternalismo médico. Este principio es una amalgama de doctrina teológica de sacralidad del individuo (gracia de Dios, libre albedrío, responsabilidad personal, ser único e irreplicable) interpretada secularmente como autonomía de la voluntad y autolegislación y libertad, de énfasis psicológico que resalta la creatividad del individuo y de la importancia del individuo en el *ethos* norteamericano¹⁰³.

Beauchamp y Childress¹⁰⁴ afirman que los requisitos mínimos para ejercer la autonomía son la libertad

⁹⁹ Ibidem., pp. 149–154.

¹⁰⁰ HANSON, Bernard. Op. cit., pp. 73–76.

¹⁰¹ HOTTOIS, Gilbert. 2005. Op. cit., p. 48.

¹⁰² ENGELHARDT, Hugo Tristram. The Foundations of Bioethics. Second Edition. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 3–31.

¹⁰³ JONSEN, Albert. 1998. p. 337.

¹⁰⁴ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Op. cit., pp. 149–196.

(independencia de influencias controladora externas e internas) y la agencia (capacidad de acción intencional). Las capacidades de autogobierno son entendimiento, razonamiento, deliberación y elección independiente. En sus últimas ediciones han aceptado el aporte de las feministas a las concepciones individualistas y atomistas de autonomía hacia ideas de autonomía relacional con base en que las personas están socialmente incrustadas y que las identidades de los agentes se forman en el contextos de relaciones sociales y son moldeadas por un complejo de determinantes sociales en intersección con raza, sexo y etnia. Las relaciones sociales opresivas pueden afectar el desarrollo de las capacidades y competencias esenciales para la autonomía y producir limitaciones de las opciones para actuar. El respeto de la autonomía en el ámbito médico es una obligación de los profesionales de la salud para asegurar que los pacientes tengan derecho a escoger. Para que el profesional de la salud pueda afirmar que las decisiones de los pacientes son autónomas debe estar seguro que son informadas, libres, voluntarias y auténticas. Esta última característica ha sido resaltada en el concepto de identidades prácticas de Christine Korsgaard y se refiere, además de la agencia, a la capacidad de los seres humanos de tener motivaciones y dar razones para sus decisiones y de construir la vida de acuerdo con creencias y valores. La autenticidad se da en el tiempo, a través de los proyectos de vida de proyectos auténticos; es histórica pero no inmutable^{105, 106}.

Los problemas controversiales de este principio surgen, al igual que con los otros principios, cuando se trata de interpretar su significado en contextos particulares, determinar los límites precisos de su aplicación y decidir la manera de

manejar las situaciones de conflicto con otros principios¹⁰⁷. Se han planteado dificultades con el principio de autonomía: su visión liberal e individualista, el desconocimiento, en ocasiones, de que las personas están construidas por su red de relaciones en un contexto particular, la presencia de actitudes paternalistas entre los profesionales de la salud, el que algunos pacientes no desean participar en las decisiones médicas y dificultades en la consideración de todos sus aspectos en los encuentros clínicos de la práctica real¹⁰⁸. Por ejemplo, la investigación de estudio de casos de Ovalle¹⁰⁹ sobre el significado y la práctica del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile, le permite concluir que este todavía es considerado muchas veces como un mero requisito legalista y, con frecuencia, los profesionales de la salud no entienden su importancia ética. Puesto que la autonomía se fundamenta en los valores de dignidad y libertad de los seres humanos, al no respetarla también se vulneran estos dos valores. Resalta la autora que el proceso de consentimiento informado es una obligación legal, pero sobre todo ética, de los profesionales de la salud y un derecho de los pacientes que sólo es posible en una relación que conciba el respeto de la autonomía de los pacientes y se despoje del paternalismo médico tradicional.

2.3.1.3 Principio de beneficencia

Se refiere en general a la obligación de realizar el bien (no solo de desearlo), que coincide con el principio cardinal de utilidad de las éticas teleológicas y consecuencialistas, destinada a prevenir y eliminar el daño y a promover el bien así como lograr un balance positivo entre

¹⁰⁵ BRUDNEY, D and LANTOS, J. Agency and authenticity: which values ground patient choice? *Theor Med Bioeth*, volume 32: 217–227, 2011.

¹⁰⁶ RICHMAN, Kenneth. Ethics and the metaphysics of medicine. Reflections on health and beneficence. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 2004. pp. 87–112.

¹⁰⁷ BEAUCHAMP, Tom. Op. cit., pp. 35–49.

¹⁰⁸ RICHMAN, Kenneth. Op. cit., pp. 87–112.

¹⁰⁹ OVALLE, Constanza. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Estudio de casos. Bogotá: Policromía Digital, Universidad El Bosque, 2009. pp. 151, 192.

beneficios y daños¹¹⁰. En medicina implica realizar un balance positivo entre bienes y daños, maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. Las intervenciones y las investigaciones médicas tienen riesgos pero deben sopesarse con los beneficios para los pacientes, los sujetos de investigación y el público. Reglas morales más específicas de obligación del principio son: proteger y defender los derechos de los otros; prevenir el daño causado por otros; retirar las condiciones que puedan causar daños a otros; ayudar a personas con discapacidades y auxiliar a personas en peligro¹¹¹. Las acciones de atención en salud deben propender por el beneficio del paciente, su bienestar y sus intereses¹¹².

En ocasiones, la beneficencia se ve en competencia con el principio de respeto a autonomía y en otros se considera que el principio de beneficencia incorpora tener en cuenta las elecciones autónomas del paciente autónomo al considerar que la mejor forma de hacer el bien a los demás es permitirles realizar su propio proyecto de felicidad, es decir “promover su autonomía”, de lo contrario, puede ser maleficencia¹¹³. Como existen múltiples concepciones del bien que dependen de los individuos y de las comunidades; por eso se debe reformular la tradicional “regla de oro” en los siguientes términos “haz a los demás solo lo que ellos quieren que les hagas”¹¹⁴.

2.3.1.4 Principio de Justicia

Con el principio de justicia se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados para satisfacer las necesidades y solicitudes. Las respuestas en términos de justicia

distributiva recurren a criterios múltiples como edad, gravedad de la enfermedad, esperanza de vida, recursos económicos y oscilan entre tendencias liberales, utilitaristas y socialistas¹¹⁵.

El principio de justicia expresa la exigencia de una regulación ética de las relaciones entre seres humanos que viven en sociedad. Existen diversas interpretaciones, pero es un principio muy importante en bioética porque tiene en cuenta las dimensiones sociales y políticas de los problemas. Cada sociedad civilizada es una empresa cooperativa estructurada por principios morales, legales y culturales que definen los términos de cooperación. Una persona de cualquier sociedad ha sido tratada justamente si es tratada de acuerdo con lo que es justo, debido o merecido¹¹⁶.

Las inequidades en el acceso a la atención en salud junto con el incremento de los costos de atención han alimentado los debates sobre justicia social. La justicia distributiva se refiere a la distribución de derechos y responsabilidades en la sociedad y que se espera que sea equitativa y apropiada en términos de cooperación social. Existen diversos principios formales de justicia:

- Aristóteles: los iguales deben ser tratados con igualdad y los desiguales deben ser tratados de forma desigual.
- Utilitarismo: utiliza una mezcla de criterios con el propósito de maximizar la utilidad pública. Los derechos son contingentes a los arreglos sociales, y tienen poco en cuenta derechos individuales como el derecho a la salud.
- Libertarias: defienden derechos a libertad social y económica. Plantean la idea de la distribución de la atención en salud en el mercado libre. Opera con un principio

¹¹⁰ ENGELHARDT, Tristram. *Bienfaisance*. En: HOTTOIS, Gilbert. 2001. Op. cit., pp. 96–97.

¹¹¹ BEAUCHAMP; Tom and CHILDRESS, James. Op. cit., pp. 197–199.

¹¹² BEAUCHAMP, Tom. Op. cit., pp. 35–49.

¹¹³ SIMON, Pablo. Op. cit., pp. 11–62.

¹¹⁴ HOTTOIS, Gilbert. 2007. Op. cit., p. 48.

¹¹⁵ *Ibidem.*, p. 49.

¹¹⁶ ZALVI, Mauricio. *Justice (Principe de)*. En: HOTTOIS, Gilbert. 2001. Op. cit., p. 555.

material de capacidad de pago, directa o indirecta a través de seguro. Una sociedad justa protege derechos de propiedad y libertad. La atención en salud no se considera un derecho y el sistema ideal es privado. Así, Robert Nozick defiende la existencia de solo tres principios de justicia: justicia en adquisición, en transferencia y en rectificación. No hay derechos de bienestar ni de atención en salud y no se pueden reclamar.

- Comunitaristas: prácticas de justicia que evolucionan a través de prácticas y tradiciones en la comunidad. Los principios de justicia son pluralistas, se derivan de diversas concepciones de bien en las diversas comunidades morales. Enfatizan responsabilidad de la comunidad con el individuo y la responsabilidad del individuo hacia la comunidad. Algunos usan el lenguaje de la solidaridad.

Igualitaristas: acceso equitativo a los bienes que cada persona valora (invoca criterios materiales de necesidad y equidad). Aboga por distribución igual de ciertos bienes, como la atención en salud. Las inequidades sólo se aceptan cuando benefician a los más necesitados (Rawls). En palabras de Norman Daniels, un sistema de salud justo se traduce como “igualdad justa de oportunidades”, garantiza el acceso equitativo a un nivel de atención adecuado, aunque no máximo. Daniels y otros han usado la teoría rawlsiana de justicia más allá del acceso a los servicios de salud hacia los determinantes sociales de la salud. La justicia social permitiría mejorar la salud global y reducir las inequidades en salud. Para Rawls, se trata de superar las desventajas inmerecidas desde lo biológico hasta lo social, mediante compensaciones. Algunas desventajas pueden ser desafortunadas, pero otras son injustas¹¹⁷.

2.3.1.5 Ponderación y especificación de los principios para orientar la toma de decisiones

¹¹⁷ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Op. cit., pp. 240–287.

A partir de los cuatro principios se pueden establecer reglas más específicas para la atención en salud. Los principios están incrustados en la moralidad común universal y son presupuestos en la formulación de políticas públicas e institucionales. Beauchamp y Childress llaman principios a las normas básicas más generales de la moralidad común; las reglas son guías más precisas y se pueden especificar a partir de los principios. Para estos autores no existe una jerarquización *a priori* de los principios. Cada uno de los principios tiene su propio valor y la ponderación se realiza en cada caso específico, de acuerdo con el contexto. Pero, tanto los principios como las reglas, los derechos y los deberes universales son *prima facie* (o condicionales), es decir que son obligatorios siempre y cuando no entren en conflicto. Cuando existe conflicto entre ellos se debe tomar la decisión de cual prevalece más a través de sopesar y balancear, es decir, encontrar razones para justificar cuales normas deben prevalecer, a partir de la intuición, los sentimientos, la argumentación, la deliberación y el juicio acerca de los pesos relativos de las normas. Las condiciones necesarias para justificar la vulneración de un principio o regla *prima facie* son:

- existe posibilidad realista de lograr el objetivo moral que justifica la vulneración .
- la vulneración del principio o regla debe ser necesaria en las circunstancias específicas y no se encuentran alternativas moralmente preferibles.
- la vulneración es la mínima posible para lograr el objetivo deseado.
- se han minimizado los efectos de la vulneración.
- El agente debe actuar imparcialmente con

respecto a todas las partes afectadas^{118, 119, 120}.

Para analizar y resolver el conflicto moral, se lleva a cabo un proceso de especificación en el contexto particular para reducir lo indeterminado de las normas abstractas, de manera que se les confiera contenido que permita guiar la acción. Los principios son sólo el comienzo del trabajo práctico.

La especificación, como dice Richardson, implica explicar cuándo, dónde, por qué, cómo, por qué medios, a quién y por quién la acción debe ser realizada, evitada o permitida. La especificación puede continuar progresivamente, reduciendo gradualmente los conflictos, y llegando a moralidades particulares en los contextos específicos.

En la vida moral plural, las especificaciones pueden ser diversas (e incluso conflictivas) según las personas y los grupos y pueden crear múltiples moralidades particulares, pero con base en un compromiso con la moralidad común. Los agentes morales conscientes y razonables pueden estar en desacuerdo con otros acerca de los pesos morales y las prioridades en circunstancias contingentes de conflicto de las normas morales. Las especificaciones de los cuatro principios se justifican a través del proceso llamado equilibrio reflexivo, es decir si se logra coherencia entre las creencias justificadas, asegurando consistencia (evitando contradicciones), plausibilidad intuitiva y compatibilidad con otras creencias razonables, no morales^{121, 122, 123}.

¹¹⁸ EBBESEN, Mette. Op. cit., pp. 95–111.

¹¹⁹ BEAUCHAMP, Tom y DeGRAZIA, David. Op. cit., pp. 35–55.

¹²⁰ BEAUCHAMP, Tom and CHILDRESS, James. Op. cit., p. 23.

¹²¹ BEAUCHAMP, Tom. Op. cit., pp. 35–49.

¹²² EBBESEN, Mette. Op. cit., pp. 95–111.

¹²³ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Op. cit., pp. 2–25.

2.3.1.6 Propuestas de jerarquización de los principios biomédicos

Diego Gracia^{124, 125} considera que los cuatro principios de Beauchamp y Childress son el mejor esbozo moral para la bioética y propone un orden lexicográfico que ayude en la toma de decisiones:

- principios de mayor peso moral, deberes de obligación perfecta, que corresponden a derechos intersubjetivamente reconocidos como tales, de exigencia ético-jurídica, de nivel 1 o de ética de mínimos: No maleficencia y Justicia.
- principios de menor peso moral, deberes de obligación imperfecta, que corresponden al ámbito de la moralidad, de la excelencia, de nivel 2 o de ética de máximos: Autonomía y Beneficencia.

La metodología que propone para las decisiones en bioética es similar a la de la toma de decisiones clínicas: incluyen deliberación, prudencia, término medio, razonamiento con base en probabilidades y en situaciones de incertidumbre. La deliberación permite examinar los problemas en toda su complejidad, describir los hechos desde las diferentes disciplinas, ponderar los principios y los valores implicados así como las circunstancias y consecuencias de los casos e identificar los cursos de acción posibles. El curso óptimo de acción no suele ubicarse en los extremos, sino en el medio o cercano a él (en la escala de grises entre el blanco y el negro)¹²⁶.

Pablo Simón¹²⁷ reinterpreta este orden de los principios con base en el argumento de que la

¹²⁴ GRACIA, Diego. 2008. Op. cit., pp. 395–505.

¹²⁵ GRACIA, Diego. 1999. Op. cit., pp. 201–222.

¹²⁶ SIMÓN, Pablo, COUCEIRO, Azucena, BARRIO, Inés. Una metodología de análisis de los problemas bioéticos. *En*: COUCEIRO, Azucena (Editora). Op. cit., pp. 233–238.

¹²⁷ SIMÓN, Pablo. Op. cit., pp. 11–62.

autonomía es una conquista de la modernidad que considera a las personas como seres intelectuales y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión. Por lo tanto, la autonomía se convierte en la antropología moderna en un atributo de los seres humanos que obliga a principios de no maleficencia, beneficencia y justicia. Así, él propone otro esbozo moral con dos niveles y tres principios de los cuales se derivan reglas, mandatos y consejos:

- Nivel 1. Deberes de obligación perfecta, correlativos a derechos reconocidos y codificados en normas jurídicas:
 - Principio de *no maleficencia*: “trata a todas las personas con la misma consideración y respeto en su vida biológica, psicológica y moral” y “respeta las decisiones autónomas de las personas”.
 - Principio de *justicia*: “trata a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden social, político, económico y cultural”.
- Nivel 2. Deberes de obligación imperfecta, no exigibles legalmente sino asumidos voluntariamente por sujetos morales, son deberes morales:
 - Principio de *beneficencia*: “haz el bien al otro procurando que realice autónomamente su propio proyecto de felicidad”.

2.3.2 Los principios europeos de bioética y derecho^{128, 129, 130, 131}

De 1995 a 1998, la Comisión Europea apoyó el proyecto de investigación sobre los Principios éticos básicos en bioética y bioley europea, con la cooperación de 22 participantes de la mayoría de países de la Unión Europea. Se realizaron cuatro reuniones y debates permanentes. Se fundamentan conceptual y empíricamente en el concepto antropológico del ser humano encarnado y de la experiencia fenomenológica de la subjetividad. Se basan en la cultura de derechos humanos del siglo XX y en las teorías de filósofos europeos contemporáneos como Paul Ricoeur (1990, 1995), Emmanuel Lévinas (1961), Jürgen Habermas (1992). Se proponen los principios de *Dignidad*, *Integridad*, *Vulnerabilidad* y *Autonomía* que expresan la convicción de tratar a los seres humanos como fines en sí mismo; no son principios ontológicos absolutos sino referentes para guiar la toma de decisiones acerca de problemas de bioética y del desarrollo biotecnológico en relación con la ley y las políticas públicas, en la modernidad tardía. Se presenta un marco normativo para la protección de los seres humanos en varias dimensiones (no sólo la autonomía del enfoque norteamericano) con respecto al desarrollo biomédico y biotecnológico que se deduce de estándares universales, pero también se obtienen de un proceso inductivo de situaciones particulares de aplicación. Estos principios también se pueden aplicar a animales

¹²⁸ RENDTORFF Jakob and KEMP, Peter. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw. *Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética, 2000. 428p.

¹²⁹ RENDTORFF Jakob. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health care and philosophy*, volume 5: 235–244, 2002.

¹³⁰ KEMP, Peter and RENDTORFF, Jakob. The Barcelona Declaration. *Synthesis philosophica*, volume 46: 239–251, 2008.

¹³¹ EBBESEN, Mette. Op. cit., pp. 95–111.

y otros organismos vivos.

2.3.2.1 Principio de dignidad

El *principio de dignidad humana* representa la igualdad fundamental de los seres humanos y la inviolabilidad de la vida humana individual, expresa la responsabilidad moral humana y la obligación de respeto mutuo de la agencia moral en las relaciones intersubjetivas en el reino de los fines. Significa el valor intrínseco del ser humano en la comunidad o la sociedad y que le confiere derechos y deberes. También indica la posición no determinada de los seres humanos en el universo y su capacidad de crear su propio destino.

2.3.2.2 Principio de integridad

El *principio de integridad* se refiere a la totalidad de la vida que no debe ser destruida; representa la coherencia narrativa de la vida de las personas (historias de vida) o la unidad narrativa (histórica) de la cultura humana. Tiene cuatro significados: totalidad narrativa, esfera personal de auto-determinación, virtud de honestidad y buen carácter, sentido legal de integridad como centro intocable de la esfera personal, no susceptible de intervención externa. El respeto de este principio es indispensable en la medicina para edificar la confianza entre médico y paciente, para estrechar el vínculo a través de la narrativa personal que refleja el contexto de vida del individuo y su coherencia en tiempo y espacio. Implica respeto de la privacidad y de la comprensión particular que tiene el paciente de su vida y su enfermedad y exige que el médico escuche atentamente a su paciente mientras narra su historia acerca de su vida y enfermedad.

2.3.2.3 Principio de vulnerabilidad

El *principio de vulnerabilidad* es básico para el respeto y la protección de la vida humana y no humana. Expresa la fragilidad de la vida y la posibilidad de ser dañada, herida o de causarle la muerte. Se refiere tanto a los animales y la

vida auto-organizadora en el mundo como a la comunidad humana. La idea de protección de la vulnerabilidad puede crear puentes entre extraños morales en la sociedad pluralista y el respeto de ella debería ser esencial en diseño de políticas de bienestar. Este principio implica nociones de cuidado, responsabilidad y empatía. Kottow propone distinguir la vulnerabilidad como fragilidad humana de los casos de individuos y poblaciones ya vulnerados, disminuidos, predispuestos a mayor daño debido a la pobreza, la enfermedad y el sufrimiento y cuyo principio ya no es el respeto, sino la protección con acciones positivas para reducir la vulnerabilidad y compensar y prevenir los daños¹³².

2.3.2.4 Principio de autonomía

El *principio de autonomía* se concibe no solo como el principio de permiso liberal, sino en el sentido republicano en la visión de Ricoeur (2002): “buena vida para y con los otros en instituciones justas”. La libertad existencial es una condición para la identidad personal y el autodesarrollo; para la autonomía es esencial el concepto de Sartre de libertad humana que hace que el ser humano escoja su propia existencia y vida como ejemplo del proceso de autocreación y elección personal como esencial para el concepto de autonomía. Incluye nociones de privacidad, confidencialidad y consentimiento informado. Implica reconocer la persona humana como sujeto situado. La autonomía incluye varias capacidades: de crear ideas y objetivos de vida; de introspección moral, autolegislación y privacidad; de decisión y acción racionales sin coerción; de compromiso político y responsabilidad personal y de otorgar consentimiento informado. Es importante reconocer que la autonomía no es suficiente concepto normativo para asegurar la protección ética y legal de menores, pacientes en coma, enfermos mentales y no aplica en muchas

¹³² KOTTOW, Miguel. Vulnerability: what kind of principle is it? *Medicine, Health Care and Philosophy*, volume 7: 281–287, 2004.

situaciones de bioética y derecho como embriones, fetos, cuerpos humanos y sus partes, cadáveres, órganos y tejidos (ver cuadro No. 2).

Cuadro No. 2. Comparación y discusión de los principios de Beauchamp–Childress y de Rendtorff–Kemp¹³³

	Principios de Beauchamp–Childress	Principios de Rendtorff–Kemp
Tradiciones filosóficas subyacentes.	Tradición analítica anglo-sajona. Énfasis en el ser humano racional y libre.	Tradición en filosofía francesa y marco fenomenológico y hermenéutico Énfasis en el ser humano como sujeto frágil, situado en relaciones intersubjetivas.
Fundamento de los principios.	Distinguen 4 principios <i>prima facie</i> (condicionales) complementarios y con valor propio.	El principio de no maleficencia es el fundamento de los otros 4 principios. Los principios se integran en marco de justicia social fundada en solidaridad y responsabilidad.
Procedimiento para toma de decisiones.	De cada uno de los principios se derivan reglas, mediante ponderación, equilibrio y especificación.	Más que principios se trata de conceptos éticos sobre los seres humanos y se podría derivar de cada uno de ellos y en forma global la regla de respeto a los seres humanos (respetar la dignidad, la integridad, la vulnerabilidad y la autonomía).
Concepto del respeto de la autonomía.	El concepto del respeto de la autonomía es más amplio, incluye obligaciones negativas de no interferencia y obligaciones positivas de información, de garantizar comprensión y voluntariedad y de fomentar la toma de decisiones adecuadas.	El concepto del respeto de la autonomía no hace énfasis en las obligaciones positivas de respeto a la autonomía.
Concepto de dignidad.	No incluyen la dignidad humana en forma separada. Se expresa en los otros principios: la autonomía hace parte de la dignidad humana; el principio de no maleficencia reconoce la dignidad de la vida humana; los principios de respeto a la autonomía y a la justicia descartan la objetivación y la instrumentalización del ser humano.	El principio de autonomía se complementa con los de dignidad, integridad, vulnerabilidad para agregar otras dimensiones de los seres humanos que deben ser tenidas en cuenta y respetadas.
Concepto de vulnerabilidad.	En esta teoría la vulnerabilidad está incluida dentro del principio de justicia.	El principio de vulnerabilidad es definido en la tradición fenomenológica; se refiere al ser humano moderno y no es sólo un principio descriptivo sino normativo que obliga a respetarla.
Concepto de integridad.	Algunas de las dimensiones morales del principio de integridad se encuentran inmersos en el de autonomía: respetar agentes autónomos es reconocer sus derechos a tener visiones, a tomar decisiones y realizar acciones de acuerdo con sus valores y creencias.	La integridad es una esfera personal para experiencias, creatividad y autodeterminación.
Concepto de beneficencia.	Principio de beneficencia: no solo prevenir y eliminar el daño, sino promover el bien.	No incluye deber de beneficencia positiva.

¹³³ EBBESEN, Mette. Op. cit., pp. 95–111.

2.3.3 Matriz ética para la deliberación acerca de problemas bioéticos planteados por las biociencias

Ben Mepham¹³⁴, profesor de Bioética de la Universidad de Nottingham en el Reino Unido, ha propuesto una matriz ética que puede ayudar a las deliberaciones plurales e interdisciplinarias de los problemas éticos planteados por los procedimientos y las tecnologías de las biociencias, teniendo en cuenta diversos principios y las consecuencias e impactos de estas tecnologías sobre la comunidad biótica. Cuando se consideran las nuevas biotecnologías, los afectados pueden ser humanos de diferentes categorías (con frecuencia llamados grupos de partes interesadas) y no humanos como animales, plantas, ecosistemas, es decir la comunidad biótica, cuyos intereses deben considerarse en forma separada en cualquier análisis ético y que han ido ganando posición moral (estatuto moral o éticamente considerables) en la moralidad común. Las discusiones éticas cada vez tienen más en cuenta principios como la vulnerabilidad de la vida, la integridad del ambiente y los intereses (e incluso derechos) de los animales.

La matriz incluye principios *prima facie* adaptados de los principios propuestos por Beauchamp y Childress y una lista de agentes que tienen “intereses” en el problema planteado: diferentes grupos de intereses humanos (consumidores, pacientes, productores, etc), animales, plantas, ecosistemas, la biota, la biosfera. Esta matriz busca ser un marco práctico para el análisis ético comprometido con varios requisitos: basarse en teoría ética establecida que le brinda autenticidad, lo suficientemente comprensiva para capturar las principales preocupaciones éticas y emplear un lenguaje amigable. Este marco ético se ha usado desde hace varios años en programas de investigación y de educación.

Se emplean tres principios escogidos porque representan las principales teorías éticas y que reconocen la pluralidad de perspectivas que personas sinceras llevan al análisis ético:

- el respeto del bienestar representa el principal principio utilitarista y combina no maleficencia y beneficencia
- el respeto de la autonomía representa el principal principio deontológico. Se puede interpretar como libertad responsable para los humanos, como capacidad de expresar comportamientos normales de la especie cuando se refiere a animales y como protección a la biodiversidad.
- el respeto de la imparcialidad es importante para ambas tradiciones éticas y además tiene en cuenta la teoría moderna del contrato social en las sociedades democráticas. El principio de justicia para los animales se refiere a respetarlos como seres sintientes y para la biota (conjunto completo de animales y plantas) implica respetar su existencia saludable en el futuro y no ponerla en riesgo por nuestras acciones irreflexivas y negligentes.

Al ordenar estos tres principios y los diferentes grupos de interés en una tabla se dibuja una malla regular en cuyas celdas los principios se especifican en lenguaje adecuado (ver cuadro No. 3). La matriz facilita el desarrollo de un análisis ético razonado en busca de toma de decisiones razonable, pero no determina ninguna decisión particular. Podría verse más como un mapa, que como un marco, como una herramienta pluralista que busca identificar todo el paisaje de la sociedad para un problema determinado y permitir la expresión de todas las perspectivas. Para contrarrestar los sesgos, se sugiere ponerse en los zapatos de cada uno de los grupos de interés (velo de la ignorancia de Rawls), lo cual implica desarrollar un concepto imaginativo de los problemas de otro o empatía. Permite explicar y justificar diferentes posiciones éticas

¹³⁴ MEPHAM, Ben. Op. cit., pp. 45–66.

y facilita la identificación de áreas de acuerdo y desacuerdo para iniciar el proceso de deliberación o equilibrio reflexivo en el cual se retira el velo de la ignorancia y se toma la decisión teniendo todo en consideración.

Matthias Kaiser y Ellen–Marie Forsberg han usado la matriz en consultas públicas acerca del futuro de la industria pesquera en Noruega. Los ejercicios se organizan para incluir representación de los principales grupos de interés o, si se trata de no humanos, aquellos con experticia o compromiso con su causa, como grupos de bienestar animal o ambientalistas. Se busca solución óptima a la luz de los conflictos. También puede servir en diseño de políticas. La matriz busca ser un enfoque coherente y consistente que presta atención a hechos objetivos y valores humanos; busca pensamiento conjunto; no es prescriptiva; está diseñada para facilitar el procedimiento de toma de decisiones éticas al hacer explícitas las preocupaciones éticas y al proporcionar justificaciones razonadas.

2.3.4 Principios cardinales y ética convergente

Ricardo Maliandi y Oscar Thüer¹³⁵ proponen una fundamentación apriorística de la ética con

base en la ética pragmático-trascendental de Karl Otto Apel en convergencia con la conflictividad a priori de la ética de los valores de Nicolai Hartman. La percepción de lo conflictivo se encuentra en la bidimensionalidad de razón que se expresa en la fundamentación y en la crítica. La pragmática es la base de la teoría de la comunicación o del discurso propuesta por Habermas y Apel. Lo trascendental se refiere a las condiciones de posibilidad de la argumentación. Se presupone una comunidad de interlocutores que interpretan los signos del lenguaje mediante la argumentación, la intersubjetividad y la razón dialógica. La fundamentación ética para Apel consiste en el descubrimiento (o explicitación o reconstrucción) de un principio ético-normativo. Propone la reconstrucción reflexiva de los principios o normas éticos subyacentes a toda argumentación. En caso de conflicto, la solución se debe buscar a través del diálogo y nunca de la violencia; se trata de la ética del discurso. El discurso es una forma de diálogo en la cual se cuestionan las pretensiones de validez y se emplean argumentos y contra-argumentos racionales. El criterio de solución es el consenso. Es necesario tener en cuenta a todos los posibles afectados por las consecuencias previsibles de la aplicación de la norma cuya validez se discute. Se trata de una metodología ética *a priori* y

Cuadro No. 3. Matriz ética para las biociencias

Respeto por:	Bienestar (conservación)	Autonomía (comportamiento normal de la especie) (protección de la biodiversidad)	Justicia
Productores			
Consumidores			
Animales involucrados			
Biota			

¹³⁵ MALIANDI, Ricardo y THÜER, Oscar. Op. cit., pp. 13–60 / 115–148.

procedimental, pero supone una ética de la responsabilidad preocupada por las consecuencias del desarrollo científico–tecnológico.

La ética convergente apoya una pluralidad de principios que incluye los cuatro principios cardinales ordenados en pares: *universalidad–individualidad* que expresan la conflictividad sincrónica y *conservación–realización* que expresan la conflictividad diacrónica. Además, los principios de *universalidad* y *conservación* son propios de la dimensión de fundamentación y los principios de *individualidad* y *realización* lo son de la dimensión crítica. Estos principios ayudan a guiar las decisiones y acciones moralmente calificables y se fundamentan en los casos específicos por la vía de la reflexión y la deliberación pragmática–trascendental. Al tomar el concepto de antinomia ética fundamental, los cuatro principios pueden entrar en conflicto y el procedimiento para minimizar el conflicto se realiza a través del llamado metaprincipio de convergencia que busca armonizar al máximo las exigencias entre los principios y reconoce que la no–transgresión de un principio es más deseable que la observancia plena de otro. La convergencia se hace en dos niveles: entre la conflictividad *a priori* de la ética material de los valores y la ética del discurso; en la búsqueda de todos los actores de la máxima armonía de los principios cardinales para todos los posibles afectados.

Para la evaluación de los problemas éticos relacionados con los desarrollos biomédicos y sus consecuencias en los seres humanos y en la atención en salud, los principios cardinales se pueden especificar con los principios biomédicos de Beauchamp y Childress: el principio de *no maleficencia* corresponde al principio cardinal de *conservación*; el principio de *justicia* corresponde al principio cardinal de *universalidad*; el principio de *beneficencia* corresponde al principio cardinal de *realización* y el principio de *respeto a la autonomía* corresponde al principio cardinal de *individualidad*. Para la evaluación de problemas

éticos relacionados con las biotecnologías y su impacto sobre lo viviente y su ambiente a partir del debate interdisciplinario y plural de la bioética, los autores proponen los principios bio–tecnológicos: el principio de *precaución* corresponde al principio cardinal de *conservación*; el principio de *no discriminación* corresponde al principio cardinal de *universalidad*; el principio de *exploración* corresponde al principio cardinal de *realización* y el principio de *respeto a la diversidad* corresponde al principio cardinal de *individualidad*¹³⁶. Ver Cuadro No. 4.

Los conflictos concretos, situacionales, empíricos tienen como condiciones de posibilidad en sentido trascendental, la conflictividad *a priori* entre principios. Reconocer esto equivale a reconocer los principios cardinales. Cuando alguien en el discurso práctico defiende mediante argumentos sus propios intereses, o los de otro potencialmente afectado por las consecuencias de una acción, apela, por lo menos tácitamente, a los cuatro principios cardinales. Los argumentos en las discusiones hacen referencia a la universalidad (por ejemplo, igualdad de derechos), la individualidad (por ejemplo, una diferencia específica que debe tenerse en cuenta), la conservación (por ejemplo, evitar riesgos) o la realización (por ejemplo, transformar el estado de las cosas)¹³⁷.

2.3.5 Los principios de la Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética de la UNESCO

En esta Declaración de la Unesco en 2005 se observa un gran esfuerzo por incluir una gran cantidad de principios que se han invocado en la bioética desde diferentes perspectivas y en diferentes escenarios.

¹³⁶ MALIANDI, Ricardo y THÜER, Oscar. Op. cit., pp. 233–238.

¹³⁷ MALIANDI, Ricardo. La tarea de fundamentar la ética en Karl–Otto Apel y en la ética convergente. *Acta Bioethica*, 15 (1): 21–34, 2009.

Cuadro No. 4. Principios cardinales propuestos por Maliandi y Thuer. Tomado y adaptado de: MALIANDI, Ricardo y THÜER, Oscar. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, 2008.

BIDIMENSIONALIDAD DE LA RAZÓN				
	Fundamentación		Crítica	
CONFLICTIVIDAD A PRIORI (Antinomia ética fundamental, Hartmann)				
Principios cardinales	Universalidad	Conservación	Individualidad	Realización
Principios de ética biomédica	<i>Justicia</i>	<i>No maleficencia</i>	<i>Respeto de la autonomía</i>	<i>Beneficencia</i>
Principios bio-tecno-éticos	<i>No discriminación</i>	<i>Precaución</i>	<i>Respeto de la diversidad</i>	<i>Exploración</i>
ÉTICA PROCEDIMENTAL PRAGMÁTICA TRANSCENDENTAL (Apel)				
Metaprincipio de convergencia				
ÉTICA CONVERGENTE (Maliandi)				

Así encontramos: respeto de la dignidad humana, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales; maximizar beneficios y reducir efectos nocivos; respetar autonomía; responsabilidad de los agentes; protección de intereses de quienes no tienen capacidad para ejercer autonomía, consentimiento libre e informado en intervenciones médicas y en investigación; en investigación en comunidades acuerdo colectivo o consentimiento del líder además del consentimiento individual; respeto a la integridad, protección de la vulnerabilidad, respeto a la privacidad y la confidencialidad; igualdad, justicia y equidad; no discriminación ni estigmatización; respeto de la diversidad cultural y del pluralismo; solidaridad y cooperación; responsabilidad social; promoción y derecho a la salud; promover acceso a atención en salud, a alimentación, agua, condiciones de vida, ambiente sano; reducir la pobreza y el analfabetismo; compartir los beneficios de la investigación científica; en las decisiones bioéticas se debe promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad, la transparencia, la declaración de conflictos de interés, compartir el conocimiento, utilizar los mejores conocimientos científicos disponibles, promover diálogo y debate público pluralista; protección del medioambiente, la biosfera y la biodiversidad...

Estos principios pueden servir de guías generales y universalizables, como ya lo hemos visto, para el análisis específico de situaciones concretas en donde requerirían ser ponderados y justificados. Plantean la pluralidad y la creatividad necesarias para la bioética.

2.4 Los principios como un elemento de las prácticas en bioética

Además de las diversas propuestas de principios, la bioética recurre a actualizaciones y reinversiones de éticas teóricas y prácticas de la historia de la filosofía y, especialmente, en la ética procedimental que asocia la preocupación moral y metodológica de la deliberación bioética, entre ellas: nuevas versiones del aristotelismo, ética de la virtud y del cuidado, éticas kantianas y deontológicas, casuismo, corrientes utilitaristas, ética narrativa, corrientes feministas y comunitaristas, enfoque de derechos humanos, éticas del discurso^{138, 139}.

A pesar de las críticas, los principios se encuentran en cualquier sistema ético y, además, las teorías alternativas, también tienen limitaciones¹⁴⁰. En casos concretos, los principios han demostrado

¹³⁸ HOTTOIS, Gilbert. 2005. Op. cit., 42–58.

¹³⁹ KHUSHF, George. Op. cit., pp. 55–204.

¹⁴⁰ PELLEGRINO, Edmund. Op. cit., pp. 73–87

su utilidad. Los principios de bioética no son absolutos, pero sí normas que guían las acciones, se consideran la “moneda común” del discurso moral¹⁴¹. Los cuatro principios se han aplicado en todas las latitudes para resolver problemas de bioética y no solo de ética biomédica, se han constituido en núcleo inseparable de ella¹⁴². Además, los principios y su manera de emplearlos en la práctica evolucionan y pueden seguirlo haciendo. Beauchamp y Childress son una prueba de esto en la reformulación que han hecho en las seis ediciones de su texto, a partir de la reflexión de las críticas que se les ha planteado. Beauchamp¹⁴³ refiere que los principales cambios han sido en los fundamentos de los principios y en su significado práctico. Así desarrollaron su tesis de que los cuatro principios están insertados en la moralidad pública, moralidad común universal y sus propuestas de justificación moral a través del equilibrio reflexivo, teniendo en cuenta un método coherente entre inductivismo y deductivismo, y en el cual los principios se ponderan, se equilibran y se especifican progresivamente en un proceso deliberativo.

De acuerdo con nuestra revisión, los principios de bioética se presentan como múltiples, provenientes de diversas fuentes históricas, filosóficas y culturales, tienen diversas interpretaciones y aportes teóricos. Pero, sobre todo, tienen una dimensión práctica muy importante que se ha comprobado en diversos escenarios. Los principios de ética biomédica se han utilizado en la enseñanza de la bioética en ejercicios académicos facilitando su difusión y su apropiación por estudiantes y profesionales de diversas áreas, pero también para la capacitación de personas con diferentes niveles de educación, como por ejemplo los representantes de la comunidad en los comités de bioética o en otros escenarios de discusión, o con los mismos

pacientes y los participantes en investigaciones. En ensayos, artículos o trabajos de formación avanzada, así como en proyectos de investigación han servido de marco teórico o conceptual para su desarrollo, contribuyendo al enriquecimiento teórico y empírico de los principios.

También han hecho parte de las metodologías empleadas para la toma de decisiones racionales y razonables, en condiciones de incertidumbre, en casos clínicos en los cuales se presentan conflictos o dilemas éticos y para la evaluación de proyectos de investigación. Además, se han complementado con los pasos metodológicos y las matrices propuestas por otros autores para apoyar la toma de decisiones en casos específicos.

A manera de ejemplos, quisiéramos citar algunas experiencias en la Universidad El Bosque. A partir de 1995, la Universidad El Bosque¹⁴⁴ realizó una labor de formación en bioética general dirigidos a más de 20.000 maestros de varias regiones del país en búsqueda de la construcción de una ética civil con el objetivo de difundir los conocimientos de la bioética, para abordar otros problemas fuera del ámbito médico, como en el educativo, el ambiental y el social. Se pretendía aportar herramientas para la resolución de conflictos y para lograr acuerdos y consensos sociales. Muchos de los ejercicios se realizaron con problemas expuestos por los mismos maestros y discutidos y analizados de acuerdo con metodologías principialistas.

En los cursos de pregrados, posgrados, especialización, maestría y doctorado, se han realizado siempre ejercicios de discusión de diferentes casos conflictivos con las metodologías propuestas en la bioética y con especificación de los principios a las situaciones concretas. Entre muchos otros ejemplos, en el año 2010, después de discusión del libro *Teoría y praxis de los principios bioéticos* de Maliandi y Thüer en

¹⁴¹ JONSEN, Albert. Op. cit., pp. 35–49.

¹⁴² VIESCA, Carlos. Op. cit., p. 64

¹⁴³ BEAUCHAMP, Tom. Op. cit., pp. 42–43.

¹⁴⁴ ESCOBAR-TRIANA, Jaime. Editorial. *Revista Colombiana de Bioética*, Volumen 3 (edición especial): 5–9, noviembre 2008.

un Seminario de Investigación en la Maestría en Bioética, dos estudiantes realizaron sus trabajos de grado con base en la reflexión sobre problemas bioéticos específicos a partir de la propuesta de los principios cardinales y de la ética convergente: *Principios bioéticos y discapacidad: la perspectiva de su inclusión en las políticas públicas* (Claudia Marcela Rozo) y *Apropiación del recurso forestal en la amazonia colombiana: una mirada desde la ética convergente* (Angela Landínez).

3. Conclusiones

En el transcurso de la investigación se realizaron las siguientes reflexiones de acuerdo con los hallazgos que sirven como base para las conclusiones y para complementar estos resultados con investigaciones posteriores:

- ✓ La bioética es un campo de conocimientos, investigaciones, discursos, saberes y prácticas; es laica; es plural; es multi(inter y trans) cultural; es multi(inter y trans)disciplinaria; favorece la participación amplia, transparente y abierta de las sociedades. Es un campo en construcción, dinámico, comprometido con la moralidad en búsqueda de la excelencia en las interacciones entre los seres humanos en todas sus experiencias, individuales, familiares, comunitarias, sociales, locales y globales y en las interacciones de los seres humanos con los otros vivientes, con los sistemas ecológicos y con la biosfera.
- ✓ La bioética busca fundamentar normas mínimas, universalizables para el cuidado de la vida y que trasciendan los particularismos tradicionales o religiosos.
- ✓ Al mismo tiempo, la práctica de la bioética requiere el ejercicio inverso de traer estas normas morales a los contextos específicos, con el respeto de las diversidades y particularidades para tomas de decisiones moralmente adecuadas
- ✓ La práctica de la bioética exige interacción comunicativa, deliberación amplia, con el recurso de diferentes corrientes teóricas y prácticas, en busca de acuerdos, consensos y sin temor de expresar los disensos
- ✓ La cultura latinoamericana es diversa, mestiza y dinámica. La bioética en la región ha podido y puede beber de diferentes fuentes europeas y norteamericanas, así como de las propias, para procesarlas, modificarlas, reinventarlas y puede ofrecer sus aportes a la comunidad internacional.
- ✓ El principialismo hace parte de las metodologías y herramientas propuestas para el análisis, la discusión y la resolución de problemas de bioética y se pueden complementar con otras, no es excluyente.
- ✓ Si bien los principios clásicos de ética biomédica surgieron en los Estados Unidos, sus fundamentos vienen de la tradición ética occidental y de los logros socio-históricos de los derechos humanos. Además han sido complementados y modificados por distintos autores en contextos diferentes y adaptados para responder a otros problemas, por ejemplo relacionados con el ambiente, con la aplicación de biotecnologías, en ambientes educativos o en escenarios políticos. Los principios son guías para las discusiones éticas, pero requieren justificaciones, ponderaciones, jerarquizaciones, priorizaciones, especificaciones y balances en cada caso particular. Metafóricamente podríamos decir que son faros alrededor del campo de reflexión y de la deliberación bioética, cuya luz se puede encender e intensificar en la medida en que son útiles y pertinentes para aclarar las valoraciones, los argumentos, el diálogo, los acuerdos y los desacuerdos.

Así, la bioética ha recurrido a múltiples enfoques teóricos y prácticos para responder a los asuntos de su interés y preocupación y esta pluralidad

de metodologías y enfoques hace parte de su riqueza y de sus retos en la construcción permanente de su campo. Las teorías y prácticas basadas en principios son, entonces, solo una de ellas que pueden apoyar esta labor. La elección y la utilización adecuada de cada una de ellas dependerán de la situación concreta, de las circunstancias específicas y de la *sabiduría práctica* de los actores en la deliberación.

La abundancia y la complejidad de las propuestas en bioética no se ven siempre como contradictorias, sino como complementarias. Los principios vienen desde reinterpretaciones de los pensadores de la antigüedad, pero también emergen otros, lo cual indica que el campo de la bioética es dinámico, complejo, que aparecen nuevos problemas y que exige creatividad e imaginación. La bioética es precisamente ambigua, borrosa, ambivalente y evolutiva, por ello requiere de investigación, reflexión y prácticas permanentes.

Los resultados de la revisión nos muestran el escenario complejo y conflictivo de la bioética en torno a problemas éticos donde concurren multiplicidad de valores, principios, normas, derechos y deberes y que plantean dilemas acerca de las decisiones acciones correctas y adecuadas en situaciones específicas. Se trata problemas que se relacionan con la vida en general, y humana en particular suscitados por los desarrollos tecnocientíficos, entre ellos los biomédicos y biotecnológicos, pero también por los arreglos sociales locales y globales que generan tensiones, problemas ambientales e inequidades y que requieren un abordaje amplio con participación de diferentes disciplinas, saberes y aportes de las inquietudes y percepciones de la sociedad civil en un proceso deliberativo comprometido con la moralidad, para la construcción de decisiones éticas consensuadas y adecuadas a cada contexto, en busca de la utopía de un mundo mejor.

Bibliografía

1. BAKER, Robert. Bioethics and Human Rights: a historical perspective. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, volume 10 (3): 241–252, 2001.
2. BALLARD, Karen y ELSTON, Mary Ann. Medicalisation: a multidimensional concept. *Social theory and health*, volume 3 (3): 228–241, 2005.
3. BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principles of biomedical ethics. Sixth edition. New York: Oxford University Press, 2009. 417p.
4. BEAUCHAMP, Tom. Standing on principles. New York: Oxford University Press, Inc., 2010. 291p.
5. BEECHER, Henry. Ethics and clinical research. *The New England Journal of Medicine*, volume 274(24):1354–1360, junio de 1966.
6. BENAROYO, Lazare. Principlisme. En: HOTTOIS, Gilbert. Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique. Bruxelles: Éditions De Boeck Université, 2001. 922p.
7. BERLINGUER, Giovanni. Bioética cotidiana. México: Siglo XXI Editores, 2002. 231p.
8. CALLAHAN, Daniel. Principlism and communitarism. *Journal of Medical Ethics*, volume 29 (5): 287–291, October 2003.
9. COUCEIRO, Azucena (Editora). Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. 362 p.
10. DE CURREA-LUGO, Víctor. Salud y neoliberalismo. Colección Bios y Oikos, volumen 9. Bogotá: Xpress Estudio Gráfico y Digital, Universidad El Bosque, 2010. 183 p.
11. DURAND, Guy. Introduction générale à la Bioéthique: histoire, concepts et outils. Montréal : Éditions Fides, 1999. 565p.
12. EBBESEN, Mette. Two different approaches to principles of biomedical ethics: a philosophical analysis and discussion of the theories of the american ethicists Tom L. Beauchamp and James F. Childress and the Danish philosophers Jakob Redtorff and Peter Kemp. En: PACE, Tyler. Bioethics: Issues and dilemmas. New York: Nova Science Publishers, 2010. 143p.
13. ECHEVERRÍA, Javier. La revolución tecnocientífica. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, S.

- L., 2003. 280p.
14. ENGELHARDT, Hugo Tristram. *The Foundations of Bioethics*, Second Edition. New York: Oxford University Press, 1996. 446 p.
 15. _____. Bienfaisance. En: HOTTOIS, Gilbert. *Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université, 2001. 922p.
 16. ESCOBAR TRIANA, Jaime. La medicina entre la necesidad y el deseo. Dignidad humana, cuerpo y tecnología. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 4 (2): 15–51, julio–diciembre de 2009.
 17. ESCOBAR TRIANA, Jaime; SARMIENTO, Yolanda y GORDILLO, María del Pilar. La enseñanza de la bioética general como aporte en la construcción de un pensamiento bioético en los maestros. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 3 (edición especial): 11–80, noviembre 2008.
 18. ESCOBAR TRIANA, Jaime (Editor). *Bioética y Medio Ambiente*. Segunda edición. Bogotá: Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2005. 276 p.
 19. _____. *Historia de la Bioética en Colombia*. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002. 60p.
 20. _____. La ley 100 de seguridad social: implicaciones bioéticas. En: ESCOBAR, Jaime (Director). *Bioética y justicia sanitaria*. Colección Bios y Ethos, número 9. Segunda edición. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2001.
 21. _____. *Bioética y justicia sanitaria*. Colección Bios y Ethos, número 9. Segunda edición. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 2001. 216 p.
 22. GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. *Bioética de Intervención*. En: TEALDI, Juan Carlos (Director). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: UNESCO y Universidad Nacional de Colombia, 2008. 657p.
 23. GARRAFA, Volnei. REDBIOÉTICA. Una iniciativa de Unesco para América Latina y el Caribe. *Revista RedBioética/UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*, volumen 1 (1): 4–41, 2010.
 24. GONZÁLEZ, Juliana. ¿Qué ética para la bioética? En: GONZÁLEZ, Juliana (Coordinadora). *Perspectivas de bioética*. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica, 2008. pp. 9–50.
 25. _____. *Perspectivas de bioética*. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica, 2008. 380p.
 26. GRACIA, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Editorial Triacastela, 2008. 605p.
 27. _____. *La práctica de la medicina*. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. 362 p.
 28. _____. *Planteamiento general de la bioética*. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. 362p.
 29. _____. *Principios y metodología de la bioética*. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. 362 p.
 30. HANSON, Bernard. *Autonomie (Principe d')*. En: HOTTOIS, Gilbert. *Nouvelle Encyclopédie de Bioétique*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université, 2001. 922p.
 31. HOTTOIS, Gilbert. *¿Qué es la bioética?* Bogotá: Vrin, Universidad El Bosque, 2007. 61p.
 32. _____. *La ciencia entre valores modernos y posmodernidad*. Bogotá: Vrin, Universidad El Bosque, 2007. 118p.
 33. _____. *La technoscience de l'origine du mot à son usage actuel*. En: GOFFI, Jean Yves. *Regards sur les technosciences*. Paris: Vrin, 2006. 219p.
 34. _____. *Qu' est-ce que la bioétique?*. Vrin: Paris, 2005. 127 p.
 35. _____. *Nouvelle Encyclopedie de Bioetique*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université, 2001. 922p.
 36. JONSEN, Albert. *The history of Bioethics as a discipline*. En: KHUSHF, George (Editor). *Handbook of Bioethics: taking stock of bioethics from a philosophical perspective*. New York: Kluwer Academic Publishers, 2004. 584p.
 37. KEMP, Peter and RENDTORFF, Jakob. *The Barcelona Declaration*. *Synthesis philosophica*, volume 46: 239-

- 251, 2008.
38. KHUSHF, George (Editor). *Handbook of Bioethics: taking stock of bioethics from a philosophical perspective*. New York: Kluwer Academic Publishers, 2004. 584p.
39. KOTTOW, Miguel. Vulnerability: what kind of principle is it? *Medicine, Health Care and Philosophy*, volume 7: 281–287, 2004.
40. LEÓN, Francisco Javier. Por una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica*, volumen 11: 19–26, 2005.
41. _____. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: LOLAS, Fernando (Editor). *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS, 2004. pp. 145–152.
42. LOLAS, Fernando (Editor). *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS, 2004.
43. MAcGEE, Glen. *Pragmatic bioethics*. Second edition. Cambridge: The MIT Press, 2003. 293p.
44. MALIANDI, Ricardo y THÜER, Oscar. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, 2008. 310p.
45. MALIANDI, Ricardo. La tarea de fundamentar la ética en Karl-Otto Apel y en la ética convergente. *Acta Bioethica*, 15 (1): 21–34, 2009.
46. MATTELART, Armand. *Diversidad cultural y mundialización*. Barcelona: Paidós, 2006. pp. 96–97.
47. MEPHAM, Ben. *Bioethics, an introduction for the biosciences*. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2008. 418p.
48. NEIRA, Hernán. América Latina y bioética. En: TEALDI, Juan Carlos (Director). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: UNESCO y Universidad Nacional de Colombia, 2008. 657p.
49. O'NEIL, Onora. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. 213p.
50. OVALLE, Constanza, ESCOBAR, Jaime y ARISTIZÁBAL, Chantal. Educación en bioética: experiencia de un programa. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 5 (2): 83–93, julio–diciembre de 2010.
51. OVALLE, Constanza. *Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Estudio de casos*. Bogotá: Universidad El Bosque, Policromía digital, 2009. 228 p.
52. PARENTI, Francisco. Bioética y biopolítica desde América Latina. En: ACOSTA, José. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela, 2002. 742p.
53. PELLEGRINO, Edmund. La metamorfosis de la ética médica. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. p. 73–87.
54. _____. The Origins and Evolution of Bioethics: Some Personal Reflections. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, volume 9 (1): 73–88, march 1999.
55. RENDTORFF Jakob. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health care and philosophy*, volume 5: 235–244, 2002.
56. RENDTORFF Jakob and KEMP, Peter. *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw. Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética, 2000. 428p.
57. RICHMAN, Kenneth. *Ethics and the metaphysics of medicine. Reflections on health and beneficence*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 2004. 222 p.
58. SIMÓN, Pablo y BARRIO, Inés María. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. 362p.
59. SIMÓN, Pablo, COUCEIRO, Azucena, BARRIO, Inés. Una metodología de análisis de los problemas bioéticos. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. 362 p.
60. SIMÓN, Pablo. El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas. En: *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2002. 206 p.
61. TEALDI, Juan Carlos. *Bioética de los derechos*

- humanos. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2008. 352p.
62. VIDAL, Susana. Una propuesta educativa de bioética para América Latina. En: HERREROS, Benjamín y BANDRÉS, Fernando (Coordinadores). Educar en Bioética al Profesional de Ciencias de la Salud, una perspectiva internacional. Madrid: ADEMÁS Comunicación Gráfica, 2010. 191p.
63. VIESCA, Carlos. Bioética, conceptos y métodos. En: GONZÁLEZ, Juliana (Coordinadora). Perspectivas de bioética. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica, 2008. 380p.
64. ZALVI, Mauricio. Justice (Principe de). En: HOTTOIS, Gilbert. Nouvelle Encyclopedie de Bioetique. Bruxelles: Éditions De Boeck Université, 2001. 922p.