

BIOETICA Y SOCIEDAD

La **movilidad y desarrollo** de la población en América Latina, (**GRAFICA 1**) como el progreso y la adopción de las nuevas tecnologías, constituyen nuevos retos para nuestras clases y estructuras sociales, especialmente en los ámbitos **éticos, morales, culturales, biológicos y médicos**, situaciones que han determinado la **aparición y ampliación del campo de la Bioética** y la **Bioética Social** como ciencias o disciplinas de reciente y compleja creación.

En este sentido (**GRAFICA 2**), es necesario **otorgarles** un contenido claro, **incorporándoles** principios esenciales de la Ética; **desarrollando** un amplio y elevado debate académico sobre sus áreas de competencia; **definiendo** los principios complementarios y la instrumentación adecuados para la solución de los problemas planteados; **otorgándoles** la posibilidad de incorporar a su contenido aspectos particulares de nuestros países, y **promoviendo** la creación de los **Comités de Bioética** y de una **legislación moderna** acorde y de apoyo a las mismas.

El desarrollo de la Bioética en Latinoamérica (**GRAFICA 3**), ha representado, por consiguiente, un reto en el que se enfrentan la **difusión y aplicación** de su modalidad clínica tanto en el ámbito académico como del ejercicio médico diario, y donde crece la demanda de **posiciones legislativas** en relación con los derechos y deberes de los usuarios, y con la creación y fortalecimiento de los **Comités Nacionales y Hospitalarios de Bioética**.

En nuestro **caso dominicano**, por ejemplo, **el** nuevo Sistema Nacional de Salud y de Seguridad Social **muestran graves y profundas inequidades y distorsiones**, por lo que debemos aplicar sin dilaciones no sólo la **Bioética Clínica** desde el primer Nivel de la Atención Primaria hasta otros de mayor complejidad, sino procurar y alcanzar el **desarrollo y la promoción de la Bioética Institucional y Social**.

En este sentido, nuestras instituciones de salud estarían en la **obligación de promover y vigilar** el respeto a los derechos de los pacientes y el cumplimiento de sus obligaciones, mediante actividades de los **Comités de Ética Asistencial** tanto en los hospitales como en los centros oficiales de salud, ya que gran parte de los problemas relativos a la **Bioética Médica no provienen de la relación salud – médico – paciente**, sino de los **errores, debilidades y carencias de las políticas y estrategias nacionales y del propio sistema de salud**.

Conviene aclarar que para lograr tales objetivos **(GRAFICA 4)** es necesario **transformar y ampliar** la **Bioética Médica** en una **Bioética Social**, en la que se afronte la **promoción de la Ética** institucional, se **controlen y supervisen** las políticas públicas de Salud, se **observe y corrija la operación y evolución** de los sistemas de Salud y Seguridad Social, y se **procure la adecuación** de dichos sistemas a las necesidades y exigencias de los usuarios y de la sociedad, a diferencia de la **Bioética Médica o Clínica** en que sólo se procura su aplicación predominante y casi exclusiva en **temas de moralidad profesional**.

En cuanto a la **Ética Social (GRAFICA 5)**, se debe considerar que el surgimiento y enseñanza de la Bioética en la Región durante los años 80, se caracterizó por cuatro (4) grandes características: Un **Estilo Interdisciplinario**, al establecer un diálogo entre las ciencias empíricas y las humanísticas; el **Debate Ético** en una sociedad plural basado en la tolerancia; la **Teoría de la Fundamentación**, al apoyarse sobre criterios claros y concretos, y la **Aplicación de tales principios** en el ámbito clínico.

Tal escenario continental **(GRAFICA 6)** facilitó la implementación de una **metodología** para el **análisis de los casos clínicos**, la **ayuda a los profesionales de la salud** para resolver sus problemas éticos, la **orientación** en la **transferencia** de su papel personal hacia un rol social, el **cambio del modelo** asistencial y de la relación médico – paciente, la **creación** de los Comités de Ética Asistencial o Clínica, la **enseñanza** de la Bioética en los hospitales y academias, su **aplicación** en la mejoría

de la calidad de los servicios de salud, y una relativa **humanización** de la Medicina a pesar de su **creciente carácter lucrativo y burocrático**.

En **República Dominicana**, tales características poseen una **connotación y aplicación parciales** y, en los centros de salud y sectores sociales donde se propone su vigencia o crean los Comités Clínicos de Bioética, son el **resultado de la gestión y logro de grupos minoritarios** con vocación social, de otros que están **comprometidos** con funciones oficiales ante determinadas coyunturas, de grupos no gubernamentales frecuentemente críticos, o de quienes muestran **creciente interés** en el cumplimiento de la Bioética a través de eventos académicos, o mediante **programas similares** pero de menor calidad y alcances.

Predominan en nuestro país igual que en Latinoamérica, **(GRAFICA 7)**, la **falta** de criterios generales sobre la **Bioética Institucional y Social**; la pobre **gestión para lograr** mejoría en la calidad de los servicios de salud; **dificultad para definir y asegurar** los derechos de los usuarios; **imposibilidad** para alcanzar su satisfacción personal o familiar, y la **demora para** afirmar la **humanización** del ejercicio profesional y de la relación **salud - médico – paciente**.

Prevalecen, de la misma manera, **la falta de supervisión y fortaleza de** los mecanismos y acciones de control para la aplicación del **salarios justos** de los trabajadores de la salud y de sus **niveles adecuados** para el pago de las tarifas, los honorarios y los costos asistenciales, **y la evasiva para alcanzar la orientación, el análisis** y las **propuestas de solución** de los conflictos éticos en el ejercicio de nuestras diversas profesiones médicas.

A pesar de tales comportamientos nacionales y extranjeros, la **Bioética** y la **Ética Médica o Clínica** han alcanzado **niveles** progresivos de **desarrollo y divulgación** en Norteamérica, América Latina y Europa, particularmente en los centros académicos y de enseñanza universitaria **forjadores de licenciaturas y postgrados**, diversificando los **cursos y congresos o seminarios** diseñados para grupos

profesionales de áreas definidas de la población, y **logrando la ampliación** de su ámbito de análisis y aplicación, lo mismo que su divulgación por diferentes medios e idiomas.

Desde la propuesta original de Van Rensselaer Potter al designarla como “**La Ciencia de la Supervivencia**” hasta la fecha (**GRAFICA 8**), reconocidas autoridades internacionales en **Bioética**, **reclaman** su desarrollo y diversificación en el **área de la salud** para incluir las nuevas reglas sobre la **Ética Institucional y Empresarial**. Más recientemente **demandan** su carácter **institucional, social y político** sobre bases de **justicia e igualdad** particularmente en el área de la **Salud Pública** y en otras disciplinas de connotación social en nuestros países.

Para otros **pensadores**, esta Ciencia debe **apegarse** a propuestas para **definir su propia** ética del desarrollo, para **facilitar** la inclusión cultural mediante el diálogo, **alcanzar** nuevas y novedosas legislaciones, y **producir** amplios debates sociales en todos los medios de comunicación de los países de América Latina. **Otorgándole** una competencia que rebasa a las instituciones de salud y a la Bioética general y clínica, **proponen** de manera enfática una **Bioética de la Salud Pública** sobre bases de **justicia y equidad**, llegando a calificarla como una “**apuesta ética**”, con limitaciones y proposiciones concretas y con injerencia en el mercado de la salud.

En este sentido, en **República Dominicana y en otros países de la Región**, (**GRAFICA 9**) el desarrollo de las nuevas empresas **intermediarias** para la venta de **servicios de salud (ARS)**, han derivado en repetidas confrontaciones con las reales **prestadoras** de los mismos (**PSS**), produciendo el consiguiente **encarecimiento** de los costos generales del sistema, la **insatisfacción** creciente de los usuarios, la **reducción** de la calidad de dichos servicios y del acceso a todos sus niveles, y la **confusión general** aún de las propias **autoridades reguladoras** de nuestros Sistemas Nacionales de Salud, **sin que exista la participación** ni el control de los Comités Institucionales de Bioética.

Refiriéndose a esta situación (**GRAFICA 10**), connotados autores e importantes publicaciones, señalan la **desconfianza** de los usuarios llamados “impacientes”, las **quejas** médicas y la **insatisfacción** de los pacientes frente a la calidad de los servicios de salud, al tiempo que proponen **realizar reflexiones** sobre el cuidado médico y la calidad de sus servicios mediante la existencia y **acción de los Comités Institucionales y Clínicos de Bioética** a nivel de los hospitales y centros de salud de la sociedad. Otros autores llegan a señalar acervas críticas contra los sistemas sanitarios de América Latina, y sobre la Ética aplicada en nuestras particulares democracias.

A este nivel del tema, vale señalar que según los autores internacionales, los principios básicos y operativos del Sistema de **Bioética** definen tres grandes **modalidades** o áreas (**GRAFICA 11**): la **Bioética Clínica** o del **Médico – Paciente**, la **Bioética Institucional** que relaciona los establecimientos y patronatos de salud con los médicos y los usuarios, y la **Bioética Social** cuya competencia está definida para niveles correspondientes de los Ministerios de Salud y la Sociedad.

En otros ensayos (**GRAFICA 12**), se ha propuesto el desarrollo de los principios éticos para el área de la biotecnología, citando entre ellos: la **no maleficencia y la beneficencia** en el caso de la exploración genética, **la justicia** para la no discriminación genética, y la **autonomía** como elemento esencial de respeto a la diversidad genética. Para otros reconocidos autores, se considera necesario agregar a estos criterios los denominados **principios secundarios** o **intermedios** que delimiten y sintetizen en la práctica diaria los citados principios generales.

Para apoyar tales propuestas, se establecen **diferencias** entre los principios que **salvaguardan los derechos y deberes** de los pacientes, de aquellos que son importantes para **la toma de decisiones**, evitando de esta manera la **confusión** que pudiera crearse cuando se enjuician los criterios de proporcionalidad, totalidad, subsidiariedad, el doble efecto, la imparcialidad, el mejor interés, la subrogación, la

mediación y la **imposición del consenso político** en lugar de la **solución real** de los conflictos éticos de la práctica profesional.

Aceptando como válida y de utilidad para nuestra exposición la clasificación que incluye las tres formas de Bioética, es decir, la **Clínica**, la **Institucional** y la **Bioética Social**, así como la referencia de sus llamados principios biotecnológicos primarios y secundarios, podríamos señalar las características de cada una de ellas utilizando como referencia la **No Maleficencia**, la **Justicia**, **Autonomía** y la **Beneficencia**.

En este sentido, la **No Maleficencia (GRAFICA 13)** significaría **no hacer ningún daño** a los pacientes, evitándoles el **dolor físico** y **sufrimiento moral** en términos del profesional de la salud; no **abandonarlo** como sujeto de los servicios, tanto por parte de los médicos, como de la familia o la comunidad; **evadiendo** con un **criterio de precaución** la mala práctica a nivel del equipo clínico como de la institución de salud, y **haciéndose responsable** de las consecuencias de las decisiones que a la luz de la Ética Profesional se adoptaran en el ejercicio privado o institucional público, incluyendo la participación de la comunidad y la propia familia.

La **Justicia (GRAFICA 14)** consiste en dar a cada paciente a lo que tiene derecho, respetando la legalidad vigente que asegure el ejercicio de su condición natural como persona humana, y a la luz de los deberes mutuos que se establezcan entre los pacientes y los profesionales de la salud. En cuanto a este principio primario de **Justicia** deben considerarse como **elementos secundarios**: la **equidad** sin discriminaciones y con igual posibilidad de acceso a los servicios de salud, la **protección** del paciente en la investigación y la atención en salud, la **eficiencia** a nivel profesional, y la **continuidad** de la atención tanto a nivel institucional como privado.

La **Autonomía (GRAFICA 15)** representa el **respeto** a las decisiones **libres**, **voluntarias** y **adecuadamente informadas** de los pacientes, **rebasando** el deber de los profesionales de ejercer entre ellos la competencia, el paternalismo y la subrogación de las decisiones aun tuviesen un soporte legal. Deberá procurarse,

asimismo, la defensa y promoción de los **intereses** de los pacientes y el **rol de las familias**, considerando como elementos secundarios la **participación** de los ciudadanos en el diseño de políticas de salud y de la investigación biomédica, y la **delimitación** de los valores éticos dentro del sistema de salud.

La **Beneficencia (GRAFICA 16)** consiste en **hacerle** al paciente el mayor bien posible según sus necesidades y requerimientos, **atendiéndolo** con la mejor disposición profesional y técnica, **cuidando** su nivel óptimo y duración de vida como su bien inapreciable, y con la **convicción** de que el paciente procura una atención de calidad y excelencia al más bajo costo posible para **satisfacer** sus expectativas justas. La **Beneficencia** requiere una relación más **personal y humanizada** del médico hacia el paciente, y la **observancia** de todos los **principios éticos** primarios y secundarios mencionados.

Aplicando tales **principios primarios** a cada uno de los diferentes tipos de Bioética, podríamos señalar que para la **Bioética Clínica** el elemento fundamental consiste en el desarrollo de la relación **Médico – Paciente**; para la **Bioética Institucional** el eje normativo reside en la relación **Institución – Médico – Usuario**, y en la **Bioética Social** dicha referencia se establece contando con los **Ministerios de Salud y las Sociedades especializadas** de nuestros países, aplicándose en las tres modalidades o tipos los criterios de la **No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia**.

En forma comparativa (**GRAFICA 17**), la **No Maleficencia** en la **Bioética Clínica** incluye los criterios secundarios del Deber de **No Abandono**, la **Precaución**, la **Responsabilidad Profesional** y la Familiar; en la **Bioética Institucional** este criterio compromete a las **Instituciones**, los **Sistemas de Seguridad** y la **Responsabilidad** en todos sus niveles Institucionales, mientras que en la **Bioética Social** el **No Abandono** se refiere a su **Dimensión Social**, a los aspectos **Preventivos de Salud**, y a la **Responsabilidad Política** del área.

En cuanto al principio primario de **Justicia (GRAFICA 18)**, sus componentes complementarios aplicados a la **Bioética Clínica** serían el **Respeto al Derecho** de los pacientes, la **Equidad** sin ningún tipo de Discriminaciones o Injusticias igual que el Reparto de los Recursos, la **Protección** de los más débiles, la **Eficiencia Profesional**, y la **Continuidad de la Atención en Salud**.

La **Justicia** en la **Bioética Institucional** contiene los elementos citados agregándose en ella el **Acceso** a los Servicios y Uso de los Recursos, la **Protección** de la Población Vulnerable y la **Sostenibilidad** de la Gestión. En la **Bioética Social** esta norma se cumple mediante la **Promoción** de los Derechos del paciente, la **Priorización** de la Salud, el **Seguimiento y Solución** de las Inequidades, la **Discriminación** en sentido positivo, la **Acreditación** de los Profesionales y Centros de Salud, y la real **Sostenibilidad** del Sistema.

La **Autonomía (GRAFICA 19)** en la **Bioética Clínica** se refiere al **Respeto del Consentimiento** y las Decisiones del paciente, la **Promoción Ética** frente a la Competencia y a la Libertad Responsable, y el Acatamiento de la Confidencialidad. Este criterio primario requiere en la **Bioética Institucional** la **Participación** de los Pacientes y sus Familiares, la **Educación Institucional** para la Salud, y la **Custodia** de la Informática y la Confidencialidad de los casos. En la **Bioética Social**, tal concepto obliga al **Control Social** de la Salud, la activa **Participación de la Comunidad**, la **Prevención y Educación** en cuanto a los temas de Salud, e igual **Respeto** y mantenimiento de la Confidencialidad.

La **Beneficencia (GRAFICA 20)** constituye, finalmente, el último de los criterios primarios que obliga al **cuidado** de la Calidad de Vida, la **Excelencia Profesional**, la **Humanización** en el Cuidado de las personas, el **ejercicio** de la Solidaridad y la Compasión, y el **cumplimiento** de la Ética en dichas atenciones. En la **Bioética Institucional** tales principios complementarios deben adquirir niveles elevados de **Satisfacción** de los Usuarios, y en la **Bioética Social** asegurar sin titubeos la **Calidad del Sistema**, las debidas **Acreditaciones**, y los elementos de **Subsidiariedad**.

Comparando estos criterios con la realidad de nuestros países, llegamos a la conclusión de que en los **Sistemas de Salud y de Seguridad Social** se advierten profundas **inequidades y distorsiones**, conflictos de **autoridad y duplicidades** entre sus áreas ejecutivas, **sustitución** de los programas básicos asistenciales por otros planes de evidente **corte económico**, y graves **reemplazos de los principios esenciales** de la Salud y Seguridad Social por **estrategias y políticas** privatizantes.

La **preeminencia** de objetivos comerciales en las instituciones que manejan el riesgo de salud, la **reducida calidad** de los prestadores de servicios, la **confusión** existente en la población y en instituciones profesionales, y la **falta de aplicación** de la **Ética y la Bioética** en la Medicina y la Biotecnología, han contribuido al **deterioro** de los sistemas sociales, la **profunda insatisfacción** de los usuarios, el **creciente encarecimiento** de los servicios de salud, y la **privatización** de áreas destinadas a la **función social y participación** de la comunidad.

Se puede afirmar, finalmente (**GRAFICA 21**), que los criterios de **No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia, no tienen aplicación** o son de **poca significación** en las modalidades de la **Bioética** en América Latina y, de la misma forma, que la existencia y operación de sus **Comités** a nivel de nuestros hospitales, academias e instituciones públicas y privadas, no han logrado incidir de manera efectiva en las **conductas éticas, morales, culturales o sociales** de las profesiones de la Salud, en las instancias y organismos reguladores del área y de los gobiernos, ni en la población general de la Región.

Para alcanzar los objetivos deseables señalados, es necesario que nuestras instituciones de Salud de la Región logren el respeto para los derechos de los pacientes y el cumplimiento de sus obligaciones; que se instalen y operen los **Comités de Ética Asistencial** a nivel de los hospitales y centros oficiales de salud; que se definan y establezcan sus políticas y estrategias correspondientes, y que se transforme y amplíe la **Bioética Médica** hasta convertirse en una **Bioética Institucional y Social**.

Es necesario, asimismo, que se **controlen y supervisen** las políticas públicas de Salud, que se **observe y corrija la instalación, certificación y operación** de los sistemas de Salud y Seguridad Social, y que se **procure su adecuación** a la calidad, necesidades, costos razonables, exigencias y necesidades de los usuarios y de la sociedad, diferenciando la **Bioética Médica o Clínica**, con sus temas **de moralidad profesional**, de las nuevas ciencias **bioéticas Institucionales y Sociales**.

Debemos promover, finalmente, el diseño, surgimiento y enseñanza de la **Bioética Médica**, de la **Institucional** y **Social** tanto a nivel de las instancias oficiales y públicas del Sector, como en los centros de enseñanza formal media y superior, y en el contexto de las disciplinas sociales del postgrado. Desarrollar un estilo de **Análisis Interdisciplinario** mediante el diálogo entre las ciencias empíricas y las humanísticas, promover el **Debate Ético** dentro de una sociedad plural basado en la tolerancia, y **llevar sus criterios** claros y concretos hacia una **sociedad nueva** para ser aplicados en **los ámbitos profesional, clínico y social** de nuestros países.

Muchas Gracias

DR. BERNARDO. A. DEFILLO MARTINEZ

CIS – VII Conferencia. Punta Cana, Rep. Dom. 26 y 27 Octubre 2012.