

MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

Principios para una bioética social

Principles of social bioethics

DEMANDADO 30-4-2020 **REVISADO** 16-6-2020 **ACEPTADO** 7-7-2020

**Francisco Javier
León Correa**

Bioeticista
Director del
Centro de Bio-
ética de la Uni-
versidad Central
de Chile

Palabras claves
*Bioética social,
ética clínica,
comités de ética
de investigación*

Key Words
*Social bioethics,
clinical ethics,
research ethics
committees*

RESUMEN Se intenta fundamentar la necesidad de ampliar el campo de visión de la bioética en Latinoamérica, desde la ética clínica a una bioética social, que aborde los dilemas éticos institucionales, de la salud pública, políticas y reformas de los sistemas de salud, y legislación. Para ello, es necesario dar contenido a los principios de la bioética, y complementar con la visión de la ética del cuidado, del personalismo y el comunitarismo, la interpretación más estricta del principialismo basada en la ética dialógica. La propuesta es triple. Por una parte, incorporar al debate académico en bioética estos aspectos de su dimensión institucional, con la ética de las organizaciones de salud, y social. Por otra, desarrollar el sistema de la bioética de principios, con principios complementarios que puedan ser utilizados en las resoluciones de casos y toma de decisiones, de forma que incorporen también los aspectos personales, institucionales y sociales. En tercer lugar, emplear los medios que ya están explicitados en las legislaciones de muchos de los países y que forman parte de los objetivos de pro-

mover la ética institucional y social, propuestos para los Comités asistenciales de ética, los Comités de ética de investigación, y las Comisiones nacionales de bioética

ABSTRACT An attempt is made to back up the need to extend the scope of Bioethics in Latin America, from clinical ethics to social bioethics, comprising the institutional ethical dilemmas, as well as those of public health, policies, and reforms of health systems, and legislation. For this purpose, it is necessary to make concrete the principles of bioethics, and supplement them with the perspective of the ethics of care, personalism, and communitarianism, the strictest interpretation of principlism based upon dialogic ethics. The proposal is three-fold. First, incorporate these social dimension aspects in the academic debate of Bioethics. Second, develop a Bioethics system of principles, with supplementary principles that may be used in resolving cases and in decision-making processes, so that they can also incorporate the personal, institutional, and social aspects. Third, use the means clearly stated in the legal regulations of many countries, which are part of the goals of promoting institutional and social ethics, proposed for the Ethics Assistance Committees, Research Ethics Committees, and National Bioethics Commissions.

1 Introducción

En estos últimos años ha habido un desarrollo importante de la bioética en Latinoamérica. Necesitamos entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos van a exigir una mayor dedicación en el futuro (León, 2005a, 19-26 y Anjos et al., 2007), dentro de la situación general de América Latina (León, 2005b: 145152). Estamos en los comienzos de la difusión y aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el clínico, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud y la institucionalización de los Comités de ética en los hospitales. Pero no podemos quedarnos sólo en esto, es necesario ampliar la bioética clínica a la Atención primaria de salud y, también desde los comités, desarrollar y promover la bioética institucional y social.

Objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes (Ministerio de Salud, Chile, 2007), y esto puede ser

tarea de los Comités de ética asistencial en los hospitales, y de los comités de ética que puedan crearse en los Centros de salud. Pero muchos de los problemas ético-clínicos, no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales, y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud.

Para ello, es necesario dar el paso de una bioética centrada casi exclusivamente en los aspectos de ética clínica a una que hemos denominado social, porque debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional, como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad. Esto se puede lograr dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación (Garrafa et al., 2006 y León, 2008a). No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población (Schramm et al., 2005). Esta puede ser una de las herramientas para que desde los Comités asistenciales de ética, los Comités de ética de investigación y desde las Comisiones nacionales de bioética, donde existan y funcionen, se aborden también los aspectos de ética institucional y social (León, 2008b).

2 La recepción de la bioética clínica norteamericana

En los años 80 y comienzos de los 90 comenzaba a enseñarse esta nueva disciplina, la bioética, en algunas universidades de Latinoamérica, después de su andadura inicial en el ámbito norteamericano.

Tenía unas características propias:

- A La interdisciplinariedad: el diálogo entre las ciencias empíricas y las humanísticas.
- B El debate ético en una sociedad plural, basado en la tolerancia.
- C La elaboración de una teoría de fundamentación apoyada en unos principios claros y concretos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

D La aplicación efectiva de esos principios en el ámbito clínico, con dos aspectos prácticos importantes:

120

- a Una metodología de análisis de casos clínicos que ayudaba efectivamente a los profesionales de la salud a la hora de resolver conflictos dilemas éticos en un mundo cada vez más conflictivo, de cambio de rol profesional y social, y de cambio de modelo de relación médico-paciente.
- b La creación de comités de ética asistencial o ética clínica, en el interior de los hospitales, que han difundido el interés por la bioética, su enseñanza, y son hoy día un instrumento “institucionalizado” al servicio de la calidad de atención en salud y de la humanización de la relación clínica, aún con todos los problemas que su puesta en marcha y sus actividades llevan consigo dentro de sistemas de salud bastante burocráticos, rígidos y, en cierto modo, todavía autoritarios.

Estas características explican la gran difusión de la bioética en el ámbito clínico y su efectividad. Como ejemplo, tenemos la multiplicación de los Centros de bioética, ligados en su mayor parte al ámbito académico de la enseñanza universitaria, curso y congresos, asociaciones, publicaciones también en castellano etc. Ha sido sobre todo un desarrollo de la bioética clínica.

3 La difusión de la bioética institucional y social

El propio desarrollo de la bioética global de Potter (cfr. Acosta, 2002), el desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud (Simón, 2005 y García Marzá, 2005), las propuestas de las éticas del desarrollo (Martínez Navarro, 2000; Goulet, 1999; Cortina, 2006 y Conill, 2006) y de la interculturalidad (Salas, 2003 y Lolas et al., 2007) y la necesidad de legislar y los debates sociales y en los medios de comunicación, han llevado a un reciente desarrollo de la bioética como una ética institucional, social y política (León, 2005a y Parenti, 2002: 171-184), con estudios también en España y Latinoamérica sobre justicia e igualdad en salud (Pessini et al, 2007), ética de las instituciones de salud (Simón, 2005 y García Marzá, 2005), y bioética en salud pública (Kottow, 2005; Roland et al., 2001: 949-956; Marques, 2005; Fortes et al, 2003 y Segre, 2006), que van más allá de la

bioética general y clínica.

Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales —especialmente el derecho a la vida y a la salud— y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades. Muchos problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente, sino a defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales (Superintendencia de Salud, Chile, 2007; Chomalí et al., 2006 e Infante, 2006).

Es necesario pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, de las políticas de salud etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas.

4 Propuesta de desarrollo de la bioética como instrumento del debate ético-social y político

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

Como paso previo para esto, debemos definir bien algunas nociones previas al diálogo, que tienen especial importancia en el ámbito de Latinoamérica (Cortina, 1993):

- 1 El debate en bioética debe ser plural, tolerante, sin “fundamentalismos” por un lado, y sin imponer un laicismo militante por el otro. No caben los “despotismos ilustrados” de ningún signo, y por lo tanto, deberemos exigir siempre la presentación pública de las razones, dar razones de cada una de las posiciones respetables o tolerables, o demostrar por otro lado por qué determinadas posiciones no deben ser toleradas o respetadas en nuestras sociedades

democráticas, por traspasar los límites de nuestra ética de mínimos ciudadana consensuada entre todos.

Es preciso después abrir espacios de diálogo. Existen ya algunos espacios de debate que pueden resultar enriquecedores: los comités asistenciales de ética en los hospitales o centros de atención primaria, y las Comisiones nacionales en aquellos países que las han implementado, y no sólo las dedicadas a ética de la investigación biomédica.

2. Deberemos establecer un consenso previo al debate, en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos humanos fundamentales. No importa sólo la referencia teórica y general, constitucional muchas veces, a estos derechos, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia de estas últimas décadas ha aportado a cada país de Latinoamérica sobre el ejercicio, la protección y la promoción de estos derechos.

A la vez, es preciso analizar los valores propios de cada país, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud: conocer previamente la realidad del acceso al sistema de salud, las desigualdades económicas, sociales, étnicas etc., nos ayudará a tener presentes las metas de justicia social antes de estudiar las posibles soluciones.

Es necesario, por ejemplo, realizar un análisis detenido de los problemas éticos que pueden suscitar en cada país las reformas de la salud que se están implementando (Lolas, 1999).

3. Debemos estudiar y proponer un nuevo modelo de relación médico-paciente, o profesional de la salud y persona atendida en salud, o prestador de servicios en salud y usuario. No cabe una aceptación acrítica de modelos externos, y tampoco una especie de indiferencia o abstinencia ante la evolución rápida que están teniendo nuestra sociedad en este punto, desde un paternalismo a formas de un contractualismo más o menos individualista, o esquemas neoliberales poco concordes con la experiencia clínica de nuestros países.

Es necesario, en definitiva, analizar qué modelo queremos para cada uno de nuestros países:

- Cómo incorporar plenamente la teoría y la práctica del consentimiento informado, que tenga en cuenta el papel

- de la autonomía individual;
- Cómo proporcionar la mejor información al paciente, una información que necesariamente en nuestros países será también parte de la educación en salud, y por tanto deberá unir su carácter instructivo con un delicado respeto por la objetividad y los valores del propio paciente.
 - Cómo establecer una buena relación de ayuda, no sólo a nivel individual entre el profesional de la salud y el paciente, sino también comunitaria, con la familia y la comunidad social.
- 4 Finalmente, en la asimilación de los contenidos de la bioética norteamericana y europea, deberemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por Diego Gracia de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel –importante, pero segundo– con los principios de autonomía y beneficencia (Gracia, 1999). Que ocupen estos últimos el segundo puesto no quiere decir que sean secundarios y prescindibles, pero sí que debe tenerse en cuenta la posición primordial en el debate bioético de la no maleficencia y de la justicia. Y pienso también que quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente– de justicia aporta al análisis bioético, y en los cambios de perspectiva que nos aporta también la consideración de principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad y cualificación de los cuidados del profesional de la salud.

5 La aportación desde la ética de los bienes básicos y el personalismo

En este sentido, pienso que aportan mucho también al debate los estudios que profundizan en la ética personalista, del cuidado y de la solidaridad (Torralba, 2002 y De Velasco, 2003). Pienso que se debe complementar la ética del discurso con la ética de los bienes básicos, y con la visión antropológica y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados, sino visiones complementarias, y desde luego,

deben estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

La llamada “nueva escuela de derecho natural” parte de la fundamentación de los derechos de las personas en los que John Finnis llama “basic values” o valores básicos, que se refieren a aspectos fundamentales del bienestar humano. Estos bienes humanos básicos son, para Finnis, “aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar” (cfr. Saldaña, 2005: 51-54). Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. En este mismo sentido escribe Gómez-Lobo sobre los que llama “bienes humanos básicos” (Gómez-Lobo, 2006) y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos en el ámbito de la vida humana y la bioética. Estos bienes humanos básicos forman el primer nivel de referencia, para analizar las decisiones antes de la aplicación de los principios “prima facie”.

El respeto a la dimensión biológica del hombre –en el personalismo (Chalmeta, 2007: 15-26)– está unida esencialmente a su primer principio de la “afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor” (Wojtyla, 1997), más allá de no utilizarla como un simple medio. Y esto se aplica a toda vida humana, que siempre debe ser tenida en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y pacientes, gerentes de hospitales y usuarios, legisladores y ciudadanos, tanto en su condición de “interlocutor válido”, como en la de “presente-ausente”, cuando está en condiciones más vulnerables, con mayor fragilidad, sin poder ejercer su autonomía, y especialmente cuando está en juego el bien personal básico de la vida.

Esta es la aportación clave que, desde el personalismo, se hace al debate bioético: poner en el centro de la discusión un “cable a tierra”, centrar todo en la persona concreta, del médico o del profesional de la salud, del paciente y del usuario. No son sólo decisiones clínicas de profesionales altamente cualificados, o análisis de sistemas organizativos o políticas de salud, o deliberación sobre la relación entre los principios

éticos básicos. Todo esto nos interesa, y mucho, porque afecta a las personas concretas, a cada uno de nosotros, a través del modelo de salud elegido, de la formación de nuestros profesionales, de las leyes que se votan en el parlamento sobre bioética, etc.

Por eso, debemos tenerlo en cuenta también a la hora de elaborar modelos de toma de decisiones y de aplicar los principios éticos que propone a la bioética. Y también quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente– de justicia aporta al análisis bioético.

Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y frente a la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia –como redistribución y reconocimiento– se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía (Guerra, 2004: 15-33),

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

6 Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una bioética institucional y social

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente desde Argentina un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, donde la no maleficencia y beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética; el de justicia, la no discriminación genética; y la autonomía, el principio de respeto por la diversidad genética (Maliandi, 2006). Pienso que es necesario desarrollar los principios secundarios o intermedios que necesitamos para delimitar y concretar en la práctica los grandes principios generales: ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser respeto a un derecho, puede ser protección de un paciente vulnerable, puede ser no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos.

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

6.1 Principios de bioética clínica, institucional y social

Se realiza una propuesta inicial en el cuadro 1.

Cuadro 1. Sistema de principios en bioética

Principios de bioética clínica, institucional y social		
Bioética clínica (médico-paciente)	Bioética institucional (institución)	Bioética social (Ministerio Salud-sociedad)
No maleficencia		
Deber de no abandono	No abandono institucional	No abandono social
Precaución	Precaución: sistemas	Prevención salud
Responsabilidad prof.	Responsabilidad institucional	Responsabilidad política
Responsabilidad familiar		
Justicia		
Respeto derechos	Respeto derechos	Promoción derechos
Equidad: no discriminación	Equidad acceso atención	Priorización salud
Equidad reparto recursos	Equidad en recursos	Seguimiento inequidades
Protección más débil	Protección población	Discriminación positiva
Eficiencia profes.	Eficiencia institucional	Control, acreditación
Continuidad-atención	Sostenibilidad	Sostenibilidad sistema

Autonomía		
Respeto autonomía	Participación pa- cientes	Control social salud
Promover compe- tencia	Participación fami- liar	Participación comuni- dad
Promover libertad	Educación en salud	Prevención/educación
Confidencialidad	Custodia informa- ción	Asegurar confidencialidad
Beneficiencia		
Calidad vida: fin clínica	Calidad asistencial	Calidad sistema
Excelencia profes- ional	Excelencia institu- cional	Acreditación
Humanización cui- dado	Plan humanización institucional	Acreditación
Solidaridad: com- pasión	Solidaridad institu- cional	Subsidiariedad
Ética del cuidado		

Fuente: Elaboración propia

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

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

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

El de justicia es primariamente dar a cada uno lo suyo, lo debido, a lo que tiene derecho, pero contiene otros varios:

- Principio del respeto a los derechos o a la legalidad vigente; ver en el paciente o usuario también un sujeto de derechos legítimos, y claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y los pacientes y entre ellos y el sistema.

- Principio de equidad, que es distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Primero consiste en no realizar discriminaciones injustas (cabén las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes etc.) y segundo en la igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta.
- Más allá de esto, el principio de protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica (Schramm et al, 2005 y Roland et al, 2001: 949-956).
- También pertenece a la justicia el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. Es “la relación entre los servicios prestados y los recursos empleados para su realización... es una exigencia moral puesto que todos estamos obligados a optimizar los recursos –que son limitados– sacando de ellos el mayor beneficio posible” (García Marzá, 2005). Es exigible la eficiencia a los profesionales que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestionada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema– por encima del fin económico, importante pero secundario.
- Es de justicia finalmente asegurar la continuidad de la atención, tanto entre Centros de salud y hospitales, como del médico tratante, en lo posible. A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos.

En cuanto a la autonomía, no es solamente el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado. Existe también más allá el deber ético de los profesionales de promover la competencia, y de ayudar –sin paternalismos– a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable.

Más allá de la subrogación de la autonomía desde el punto de

vista legal –muchas veces confundido con el ético– en los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, está buscar al representante mejor de los intereses del paciente, y el papel de la familia en nuestra cultura. No se trata de una autonomía individualista, en muchos casos, sino del individuo en el ámbito familiar, y a veces comunitario, más amplio. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos– como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

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

Por último, el principio de beneficencia, que es hoy en día mucho más que hacer al paciente el mayor bien posible según su propia escala de valores (Tauber, 2005).

En primer lugar, la beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no solamente curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida se entiende así como un bien del paciente, y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento.

Se entiende que el paciente desea una atención de calidad y excelencia, y éstas son valores que deben incorporar los equipos y profesionales de la salud. La calidad de la atención conlleva varios aspectos: excelencia en cuanto a obtener los mejores resultados, valor en cuanto al precio de los servicios ofrecidos, ajuste a unas determinadas especificaciones o estándares, y satisfacción de las expectativas de los usuarios (García Marzá, 2005). Esto se puede conseguir mediante los compromisos explícitos de las instituciones a través de las

Cartas de servicios, por ejemplo, y mediante los procesos de acreditación institucionales de las instituciones de salud.

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

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, el médico un agente que interviene en lo que denominamos con Paul Ricoeur el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia. Pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros” (Ricoeur, 1990). No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible (León, 2006). Y aquí son básicos los postulados de la ética del cuidado (Torralba, 2002 y 1998), que acerca la decisión al paciente concreto, con atención a lo singular, circunstancial, y no sólo al universalismo racional de los principios.

También es imprescindible el principio de solidaridad, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual (De Velasco, 2003). Una sociedad puede implementar un sistema que generalice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante, no acogedor, por parte de los usuarios, y puede dar lugar a un aumento de las quejas o a una mala percepción de la atención recibida. Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos —económicos y humanos— como el sector de salud público chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad beneficiante desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todas las instituciones públicas a todos los niveles, que para el estado se convierte en deber de subsidiariedad allí donde no llegue la iniciativa particular de los ciudadanos.

Bibliografía

- Acosta, JR. (2002) *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Centro Félix Varela.
- Anjos MF., Siqueira JE. (organizadores) (2007) *Bioética no Brasil. Tendências e perspectivas*, São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Idéias e Letras.
- Chalmeta, G. (2007) "La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético", *Medicina y ética*, México, No. 18, 15-26.
- Chomalí, M., Mañalich. J. (2006) *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*, Santiago de Chile, Mediterráneo.
- Conill, J. (2006) *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*, Madrid, Tecnos.
- Cortina, A. (2006) *Ética para el desarrollo: un camino hacia la paz*, Madrid, Sistema.
- Cortina, A. (1993) *Ética aplicada y democracia radical*, Madrid, Tecnos.
- De Velasco, JM. (2003) *La Bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Fortes, PAC., Zoboli, ELCP. (organizadores) (2003) *Bioética e saúde pública*, São Paulo, Centro Universitário São Camilo/Loyola.
- García Marzá, D. (coordinador) (2005) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*, Castellón, España, Universitat Jaume I.
- Garrafa V., Kottow M., Saada A. (organizadores) (2006) *Bases conceituais da bioética. Enfoque latino-americano*, São Paulo, Gaia.
- Gómez-Lobo, A. (2006) *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*, Santiago de Chile, Mediterráneo.
- Goulet, D. (1999) *Ética del desarrollo. Guía teórica y práctica*, Madrid, Iepala.
- Gracia, D. (1999) "Prólogo". Principios de ética biomédica, T. Beauchamp, JF. Childress, Barcelona, Masson.
- Guerra, MJ. (2004) "Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural", *Bioética: la cuestión de la dignidad*, L. Feito (editor), Madrid, Universidad de Comillas, 15-33.

- Infante, C. (2006) *Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*, México, Editores de Textos Mexicanos.
- Kottow, M. (2005) *Bioética en salud pública, Santiago de Chile, Puerto de Pablos*.
- León, FJ. (2008a) "De los principios de la Bioética clínica a una Bioética social para Chile", *Revista Médica de Chile*, 136(8).
- (coordinador) (2008b) *Comisiones nacionales de bioética. Libro de Actas VIII Jornada nacional de bioética*, Santiago, Sociedad Chilena de Bioética.
 - (2006) *Autonomía y beneficencia en ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva*, Montevideo, Biomedicina.
 - (2005a) "Por una Bioética social para Latinoamérica", *Agora Philosophica*, 11(1), 19-26.
 - (2005b) "Diez años de bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales", *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, Fernando Lolas (editor), Santiago de Chile, Pan American Health Organization, 145-152.
- Lolas, F. (1999) "La Bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe", *III Congreso nacional, latinoamericano y del caribe de bioética*, México, Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética.
- Lolas, F, Martín, DK., Quezada, A. (editores) (2007) *Prioridades en salud y salud intercultural*, Santiago de Chile, CIEB Universidad de Chile.
- Maliandi, R. (2006) *Ética: dilemas y convergencias*, Buenos Aires, Biblos.
- Marques, MB. (2005) *Saúde pública, ética e mercado no entreato de dois séculos*, São Paulo, Brasiliense.
- Martínez Navarro, E. (2000) *Ética para el desarrollo de los pueblos*, Madrid, Trotta.
- Ministerio de Salud, Chile (2007) *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- Parenti, F. (2002) "Bioética y biopolítica en América Latina", *Bioética para la sustentabilidad*, JR. Acosta, La Habana, Centro Félix Varela, 171-184.
- Pessini L., Barchifontaine CP. (organizadores) (2007) *Bioética na Ibero-América. História e perspectivas*, São Paulo, Centro Universitário São Camilo: Loyola.

- Ricoeur, P. (1990) *Soi Même Comme un Autre*, París, Editions du Seuil.
- Roland, F., Kottow, M. (2001) "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Cadernos de Saude pública*, 17(4), 949-56.
- Salas, R. (2003) *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*, Santiago de Chile, Ediciones UCSH.
- Saldaña, J. (2005) "El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis", *Direito Fundamental a Vida*, IG. Silva (editor), São Paulo, Quartier Latin, 51-54.
- Schramm RF., Rego S., Braz M., Palácios M. (organizadores) (2005) *Bioética, riscos e proteção*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Segre, MA. (2006) *Questão ética e a saúde humana*, São Paulo, Atheneu.
- Simón P. (editor) (2005) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*, Madrid, Triacastela.
- Superintendencia de Salud, Chile (2007) *Estudio de satisfacción de usuarios*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- Tauber, A. (2005) *Patient autonomy and the ethics of responsibility*, Massachusetts, MIT Press.
- Torralba, F. (2002) *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*, Madrid, Institut Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina.
- (1998) *Antropología del cuidar. Instituto Borja de Bioética*, Madrid, Fundación Mapfre Medicina.
- Wojtyla, K. (1997) *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*, Madrid, Palabra.