



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, fornecer um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported International.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos y bioéticos

Francisco José Passos Soares¹, Helena Eri Shimizu², Volnei Garrafa³

Resumen

La evolución tecnológica y científica le ha impuesto retos a la sociedad y, en particular, a la medicina. Los cambios sociales en la relación médico-paciente y entre los profesionales de la salud requieren nuevos formatos regulatorios para estas relaciones. El actual Código de Ética Médica adopta el modelo norteamericano principialista como marco ético, universalista, basado en la autonomía, fuera de sintonía con la bioética latinoamericana emergente, que tiene como presupuestos teóricos la pluralidad de sujetos morales y las prácticas multi, inter y transdisciplinarias orientadas a la salud pública y colectiva, y a la defensa de los más vulnerables. El texto reflexiona sobre los aspectos históricos configuradores de las profesiones y de sus códigos, sobre las razones de las diferencias en la evolución de la bioética en Brasil y de la revisión del código. Asimismo, reflexiona acerca de los desafíos contemporáneos del poder médico, que imponen la ampliación del debate ético para el desarrollo de formatos más democráticos de los códigos profesionales, basados en *la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

Palabras clave: Teoría ética. Códigos de ética. Ética médica. Bioética.

Resumo

Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos

A evolução tecnocientífica tem imposto desafios à sociedade e, particularmente, à medicina. Mudanças sociais nas relações médico-paciente e entre profissionais da saúde demandam novas formas de regulação dessas relações. O atual Código de Ética Médica adota o modelo principialista norte-americano como referencial ético, universalista, baseado na autonomia, em descompasso com a emergente bioética latino-americana, que tem como pressupostos teóricos a pluralidade dos sujeitos morais e a prática multi, inter e transdisciplinar, orientada para saúde pública e coletiva e defesa dos mais vulnerados. O texto reflete sobre aspectos históricos conformadores das profissões e seus códigos e as razões do descompasso da evolução da bioética no Brasil e da revisão do Código de Ética Médica. Igualmente, reflete sobre os desafios contemporâneos para o poder médico, que impõem ampliação do debate ético para elaboração de formatos mais democráticos dos códigos profissionais, tendo como eixo estruturante a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.

Palavras-chave: Teoria ética. Códigos de ética. Ética médica. Bioética.

Abstract

The Brazilian Code of Medical Ethics: Ethical and bioethical limits

The technological and scientific evolution has imposed challenges on society and especially on medicine. Changes in the doctor-patient relationship and among healthcare professionals require new regulatory formats to such relationships. The current Brazilian Code of Medical Ethics adopts the principialist North American model as a universal ethical framework, based on autonomy that is out of step with the emerging bioethics in Latin America, whose theoretical assumptions on the plurality of moral subjects and multi-inter-transdisciplinarity are oriented to public health and the defense of the most vulnerable. The text reflects on the historical aspects that organize professions and their codes, and on the reasons for the gap in the evolution of bioethics in Brazil and the revision of the code. Equally, the text considers the contemporary challenges to the medical authority, which imposes the extension of the ethical debate to draft more democratic formats of professional codes, considering the *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* as the structural axis.

Keywords: Ethical theory. Codes of ethics. Ethics, medical. Bioethics

1. **PhD** francisco_passos01@hotmail.com – Universidade de Brasília (UnB) 2. **Doutora** shimizu@unb.br – UnB 3. **PhD** garrafavolnei@gmail.com – UnB, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Francisco José Passos Soares – Rua Cônego Antônio Firmino de Vasconcelos, 138, apt. 301, Jatiúca CEP 57036-470. Maceió/AL, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

El mundo contemporáneo se caracteriza por los conflictos generados por la acelerada evolución tecnológica y científica en el campo biomédico y de las comunicaciones. Además de eso, la globalización, la hegemonía del capital neoliberal, y cuestiones sanitarias y ambientales locales con repercusión planetaria tienen un gran impacto en la salud humana. Paralelamente, se reconoce, no sin conflictos, la afirmación de los derechos individuales, en especial de las mujeres y niños y, en el campo de la salud, el surgimiento de la figura del paciente como sujeto moral, ya no subordinado a la autoridad o al paternalismo del médico¹.

En el área de la salud, se han identificado distorsiones relacionadas con la inaccesibilidad de los grupos más pobres de la población tanto a los beneficios del desarrollo científico y tecnológico como a los bienes básicos de consumo sanitario indispensables para una vida digna².

El Código de Ética Médica (CEM)³, de naturaleza tradicional deontológica, revisado recientemente, tuvo como referencia a la bioética principialista norteamericana, insuficiente para responder a los macroproblemas en salud de los países periféricos o en desarrollo². Otros formatos, no obstante, son posibles – por ejemplo, aquellos que toman en consideración fundamentos pluralistas propuestos por autores y grupos académicos de América Latina⁴. La bioética latinoamericana señala los caminos del pluralismo histórico y de la multi, inter y transdisciplinariedad para la renovación del debate ético, priorizando los principios de justicia y equidad en el mundo de la salud.

Este artículo propone reflexionar sobre esta posibilidad. Considera aspectos históricos integrantes de las profesiones y de sus códigos, además de las razones del desfasaje de la revisión del CEM y de la evolución de la bioética en Brasil. Igualmente, contempla los desafíos contemporáneos para el poder médico, que imponen la ampliación del debate ético para elaborar formatos más abarcativos e inclusivos de los códigos profesionales.

La ética profesional en salud

Una profesión en el área de la salud es definida, en el sentido más restringido de la ética profesional, como una organización reguladora que controla el ingreso en los roles ocupacionales. Certifica formalmente que los candidatos adquirieron los conocimientos y la pericia necesarios, a ser utilizados moralmente para beneficiar a los pacientes⁵. Tres intereses

profesionales definen conceptualmente una profesión, según Testa: dominio de cierto conocimiento, monopolio del mercado de trabajo y formalización de normas de conducta⁶.

El primero de estos intereses se refiere a las características del conocimiento profesional, sistematizado, adquirido y sancionado científicamente en instituciones de formación. Pretende ser complejo, inalcanzable e incomprensible para los legos, lo que puede hacerse extensivo a los códigos reguladores. El segundo, conforme al mismo autor, trata respecto de la delimitación y la exclusividad del mercado de trabajo; los profesionales se organizan en instituciones de representación de intereses para presionar al Estado. El tercer elemento, la autorregulación, es considerado imprescindible para estandarizar la conducta del profesional con su par, con el concurrente y con el cliente, confiriendo identidad, compromiso personal, intereses específicos y lealtades generales. Las profesiones en salud reguladas especifican e imponen obligaciones que aseguran la competencia y la confiabilidad profesionales, correlativas a los derechos de otras personas⁵.

Para Testa, la visión más amplia de la práctica profesional implica considerar tanto la ciencia como las profesiones más allá del campo de las formalidades legales, al interior de la concepción histórica de Estado como continente global de las prácticas sociales. Por lo tanto, se admite que el médico cumpla dos funciones: concreta, resultado de la formación específica y del trabajo concreto, y otra abstracta, social e independiente de la formación científica, resultado de su trabajo abstracto, identificada con la plusvalía, y que se desarrolla como consecuencia de las condiciones sociales que el Estado genera para esa práctica⁶.

Testa afirma que *las transformaciones del trabajo actual sitúan la medicina entre las prácticas profesionales, cuya función, al no formar parte de las relaciones directas de producción entre capital y trabajo, se encuentra en el terreno de la ideología, del conjunto de las clases que constituyen la sociedad*⁷. El trabajo sobre el cuerpo de las personas posiciona a la medicina como *uno de los elementos de control ejercido por el Estado sobre el mismo, completando los procedimientos de control ejercidos por los demás aparatos ideológicos del Estado para legitimar su existencia*⁸. El éxito de la medicina está asociado al poder que la profesión tiene de promover la dependencia del paciente/cliente en relación al conocimiento y a la competencia del médico⁹.

Esta dependencia, no obstante, es construida ideológicamente a lo largo del proceso histórico. Para dar cuenta de la alienación, de la negación y del distanciamiento autoimpuesto por los médicos, desidentificados con el proletariado, Testa propone que *el cuerpo social formado por los cuerpos vivos de las personas en relación es un verdadero objeto del trabajo médico*¹⁰. Para el autor, *se comente un error fundamental cuando se considera como objeto del trabajo médico al cuerpo de un individuo aislado, puesto que se pierden las determinaciones (históricas) que le confieren sus características únicas e irreversibles: vida y humanidad*¹¹.

Mientras que en los códigos deontológicos del área, incluido el médico, el objeto de trabajo es el cuerpo enfermo, el cuerpo sano también es objeto de las prácticas en salud, incorporando medidas de prevención y promoción de la salud. La redefinición del objeto del trabajo médico como el proceso de salud-enfermedad propone considerar esa unidad indisociable, el significado social de la medicina como proceso ligado a la vida de las personas en relación y sujeto a las transformaciones de la historia^{2,6}.

El papel de los códigos en el ejercicio profesional

El código profesional representa una declaración formal del papel moral de los miembros de la profesión, especificando también las reglas de etiqueta y la responsabilidad internas⁵. Si en la organización social moderna una profesión no prescinde de un código de normas orientadoras de la práctica profesional, sabemos también que la moralidad incluye más que obligaciones. En la ocurrencia de conflictos morales, se reconoce, en los trazos de carácter de las personas que deben juzgar, tanta importancia como en las obligaciones expresadas en los principios y en las reglas⁵.

Considerando la aplicación de la ética al ejercicio profesional en salud, es posible entender el motivo de establecer ciertas virtudes. En el mundo actual, globalizado, complejo y plural, la virtud más importante es la aceptación del otro, de acuerdo con el contexto ambiental, cultural, político y económico. Esto implica la reconfiguración conceptual y práctica del concepto de virtud encarado como un conjunto que engloba justicia, solidaridad, responsabilidad y autenticidad, para ofrecer igualdad política e iguales oportunidades económicas y sociales¹².

Las virtudes estimulan al individuo a actuar correctamente por convicción, y no por obligación. Entonces, para evitar que los vicios influyan en la actitud del profesional, los códigos de ética, de fundamentación deontológica, transforman en deberes las virtudes inherentes a la profesión. El código de ética de las profesiones, por lo tanto, materializa exigencias legales a las cuales todos los profesionales deben obediencia sin cuestionar el porqué, pues, de lo contrario, serán punidos⁵. El código de ética profesional impone una cara prescriptiva a la teoría ética normativa deontológica.

No obstante, los profesionales actúan también de acuerdo a la conciencia individual, correspondiente a la relativización moral o al corporativismo simplista que puede tener su origen en el proceso de formación y, posteriormente, más fuertemente en los intercambios sobre las reglas del código deontológico con colegas médicos y no médicos en lo cotidiano de la práctica del cuidado en salud. Otros factores también pueden influir, como los valores propios de la religión profesada y el contexto cultural general, hoy, generalmente, expresado por los medios de comunicación.

La obediencia al CEM es, por lo tanto, relativa, y depende de esos intercambios judiciales, interprofesionales, muchas veces conflictivos, y con los pacientes o familiares. Depende igualmente de los valores sociales expresados por los medios, que pueden provocar movimientos de afirmación o negación, con respuestas de los consejos profesionales que van del silencio a la sindicalización con el archivamiento de procesos o advertencias, o una punición más severa con casación definitiva del registro¹³. En el momento histórico actual de reconocimiento de la autonomía privada de los sujetos, el CEM prescribe un equilibrio con la autonomía privada del médico³.

Los profesionales de salud en Brasil lidian con revisiones periódicas de sus códigos y testimonian revisiones de diferentes sistemas de códigos y leyes para otros aspectos de la vida personal y profesional. Estas revisiones fueron retomadas con el proceso de redemocratización del país, y tornadas un campo de conflictos en razón del desarrollo de las profesiones, de la ciencia y de la tecnología, y de la hegemonía del capital en su expresión actual neoliberal que financiariza la vida.

Cada cambio en el sistema de los códigos profesionales debe reflejar, por lo tanto, la madurez corporativa profesional para comprender las transformaciones más generales en los códigos de leyes que deben proteger a toda la nación. Debe también

dialogar con conocimientos provenientes de las humanidades para que, con bases democráticas, garantice la constitución del lazo social, ampliando los derechos y la protección necesaria de los más vulnerables. No obstante, la deontologización del conjunto de los dilemas éticos relacionados con el desarrollo acelerado y mercadológico de las tecnologías parece exagerada y es criticada como voluntad de monopolio de la decisión. La reducción de los problemas éticos a cuestiones de ética profesional ya no se justifica¹⁴.

Comprensión socio-histórica de la ética profesional y del código de ética médica

La expresión deontológica prescriptiva aun distanciada de los derechos del paciente en el Código de Ética Médica, y más aún del proceso salud-enfermedad, será mejor comprendida acompañando su evolución socio-histórica. La humanidad ha sido testigo de diferentes versiones de reglas, normas y códigos reguladores de la profesión médica a lo largo de una historia que data del inicio de la Era Cristiana, cuando las primeras reglas deontológicas médicas surgieron, manteniendo la influencia religiosa en la formulación hasta hoy¹⁵.

Inicialmente en la forma de juramentos e invocaciones, bajo la influencia del juramento de Hipócrates, fue recién en el siglo XVI que la Royal College of Physicians of London modificó la denominación de "Código Penal para Médicos" por "Código de Ética". Se distanciaba así del aún más antiguo Código de Hamurabi, rey de Babilonia, primero en instituir un código civil y penal para todos, que versaba incluso sobre la práctica médica¹⁶.

La influencia de la ética hipocrática paternalista, basada en el principio de la beneficencia vertical o impositiva, fue hegemónica hasta hace muy poco tiempo, en la gestión del cuerpo que sólo podía ser realizada por alguien calificado, como el médico^{5,15}. Este modelo sobrevivió en la cultura occidental, dominante en relaciones sociales y políticas, cuando los súbditos sólo obedecían sin ningún poder de intervención en el gobierno y en la gestión pública.

Duró hasta el siglo XVI, cuando, con el advenimiento de la Reforma Protestante, que desafió los dogmas de la iglesia de Roma, se reconocieron las diferencias de valores y creencias para la convivencia social. En esta época, se funda el principio de tolerancia y el concepto de libertad de conciencia.

En el siglo XVII, se materializa la elaboración de los derechos humanos básicos: derecho a la vida, a la salud, a la libertad, a la propiedad, lo que presupone, de cierto modo, el reconocimiento de la autonomía para que los individuos regulen su vida. Las conquistas liberales alcanzadas seguidamente, en 1789, con la Revolución Francesa, caracterizada por el pluralismo y por el autogobierno, no fueron suficientes para alcanzar el espacio de gobernabilidad del propio cuerpo.

Es decir, la medicina no estuvo abarcada y los médicos continuaron decidiendo en nombre de los pacientes, manteniendo la postura paternalista hasta mediados del siglo XX. Este modelo es denominado "monárquico" o "vertical"¹⁶.

A finales del siglo XVIII, tiene lugar el nacimiento de la clínica característica de la medicina moderna, fundamentada en la experiencia a la vera del lecho y dependiente de la mirada escrutadora del médico practicante sobre el cadáver, ahora con autorización para ser explorado. Respecto de eso, Foucault afirma:

Sería menester concebir una medicina suficientemente ligada al Estado para que pudiera, de acuerdo con él, practicar una política constante, general, pero diferenciada, de la asistencia; la medicina se convierte en tarea nacional; y Menuret al principio de la Revolución soñaba con la atención gratuita asegurada por médicos que el gobierno desinteresaría entregándoles las rentas eclesíásticas. Por el mismo hecho, sería preciso ejercer un control sobre estos mismos médicos; sería preciso impedir los abusos, proscribir a los charlatanes, evitar, por la organización de una medicina sana y racional, que la atención a domicilio haga del enfermo una víctima y exponga su ambiente al contagio. La buena medicina deberá recibir del Estado testimonio de validez y protección legal; está en él establecer que existe un verdadero arte de curar... La medicina pronuncia, con toda soberanía, su juicio y su saber. Se torna centralizada¹⁷.

En 1803, Thomas Percival usó la expresión "ética médica" en la obra "*Medical ethics: a code of institutes and precepts adapted to the professional conducts of physicians and surgeons*", siendo a él atribuida la elaboración del primer código de ética médica que influenciaría modelos incluso hasta la actualidad. Esta obra representó la transición de la hegemonía tradicional hipocrática hacia una ética menos doctrinaria y más normativa. Abordaba la conducta médica en los diferentes espacios profesionales de la época, la clínica privada y el hospital público, la relación entre colegas y los demás

profesionales de la salud, la relación con el paciente y la interrelación entre la medicina y el derecho¹⁶.

A inicios del siglo XX, tiene lugar la transición hacia el modelo oligárquico de decisión compartida entre profesionales sin la renuncia de la relación vertical con el paciente. Como resultado de factores externos a la medicina, propiciados por cambios en la política, en la familia y en los avances científicos y tecnológicos acelerados y en los comportamentales reivindicatorios de derechos, pasa a tener lugar la horizontalidad de la clínica en las últimas décadas de aquel siglo. En consecuencia, el paciente fue incluido en la toma de decisiones, se dio la democratización de las relaciones sanitarias, con la participación activa de usuarios, superándose el paternalismo y abriéndose espacio hacia la autogestión de los cuerpos. Los criterios morales se armonizan con la racionalidad científica y secular.

En ese momento surgen, entonces, el código de derecho de los enfermos, el consentimiento informado, el derecho a elegir, a la información, a la recusa del tratamiento, a la educación en salud, a la calidad de los servicios, etc.^{5,15,16}. A finales del siglo XX, nace la bioética, la cual influencia fuertemente la elaboración de los nuevos códigos de ética en todo el mundo que, no obstante, permanecen aún limitados por la orientación principialista anglosajona. Aunque pensados como documentos de conocimiento público, para orientación ética de profesionales, categorías y personas, hay muchos aspectos no previstos en los códigos que demandan revisiones periódicas, con agregados y sustituciones adaptables a los avances técnico-científicos y de costumbres en cada época.

Esto sugiere al profesional un compromiso ético basado en el código específico de su categoría y más allá de éste, en reglas tácitas construidas y obedecidas en lo cotidiano del ejercicio profesional. En esta apertura a lo aun no regulado y prescripto, se admite para el diálogo interprofesional el papel de las virtudes, del sentido común, de la actualización ética teórica, del posicionamiento político, así como una mayor apertura hacia el diálogo con el paciente y sus familiares o representantes y con la propia sociedad. Es decir, una apertura inclusiva, dialógica, dialéctica, emancipadora, que supere la marca de la tradición deontológica paternalista y que osa desafiar la marca principialista impuesta¹⁴.

Desde la época de Hipócrates, los médicos crearon códigos sin un examen o aceptación por parte de los pacientes y del público^{5,15,16}. Actualmente, más que un cambio epistémico, es necesario un cambio político hacia una ética que

formule los derechos de los no médicos, en especial de los enfermos y de los grupos y comunidades vulnerados. Una ética que amplíe sus derechos a la autonomía en la gestión de los cuerpos y de los procesos de vida y muerte, en la defensa de lo público sobre lo privado, y en la consideración de la sociedad en general en la revisión de los futuros códigos^{14,18}.

Otro aspecto histórico a ser considerado es la posición del paciente como sujeto kantiano en la relación con el médico, entendiéndose a éste, en el contexto actual, como agente de la satisfacción de las necesidades sanitarias del primero¹⁹.

Bioética latinoamericana como referencia para ampliar límites deontológicos

Desde su advenimiento, en el siglo XX, la bioética ha evolucionado, adquiriendo, en el mundo occidental, características peculiares. Se constituye, en especial, en tres sistemas distintos: el anglosajón, principialista, pionero y de fuerte influencia sobre los demás sistemas; el humanista-europeo, orientado por los derechos y deberes inherentes a la persona humana; y el latinoamericano, que prioriza las cuestiones sociales y considera las consecuencias previsibles. Mientras los dos primeros sistemas, individualistas, tienen como ejes dominantes la ética de la relación médico-paciente y la ética de la investigación, sustentándose en la autonomía de los sujetos sociales, para la bioética latinoamericana el eje dominante es la ética pública y colectiva.

La bioética, en especial la latinoamericana, incorpora la ética biomédica, pero no se limita a ésta y a las fronteras deontológicas propias de las relaciones entre profesionales y pacientes^{2,20}. En los países desarrollados, la bioética aun presenta limitaciones conceptuales y prácticas, priorizando discusiones para situaciones límites resultantes del desarrollo científico y tecnológico². Luego de su advenimiento en la década de 1970 y su difusión en la década de 1980, la bioética pasó por una etapa de revisión crítica comprendida entre la década siguiente y los primeros años del siglo XXI.

Se admiten distinciones socioculturales visibles en los movimientos de reconocimiento de derechos políticos de negros, mujeres, homosexuales, indígenas y otros grupos, además de procurar el enfrentamiento ético de cuestiones sociales y sanitarias básicas como exclusión social y equidad. La etapa más actual de ampliación conceptual tuvo lugar con la homologación de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH)* de la

UNESCO, en 2005²¹. La DUBDH confirma el carácter pluralista y multi, inter y transdisciplinario de la bioética, ampliando la agenda temática más allá del área biomédica/biotecnológica, extendiéndose a los campos sanitario, social y ambiental².

Aunque las críticas al universalismo y al énfasis en la autonomía del modelo norteamericano, principalista, estuviesen en boga, esa bioética mantuvo una fuerte influencia en el CEM que, en esa misma época, era revisado por el Consejo Federal de Medicina. La sincronía de las etapas de crítica y revisión del modelo bioético principalista y del código no superó el desfase del desconocimiento o de la negación de los avances de la bioética latinoamericana. Hizo prevalecer, en la proposición final del CEM, la autonomía como principio “innovador” y “principal contribución a la sociedad” para inaugurar un nuevo tiempo en la relación médico-paciente³. Esa innovación paradójicamente conservadora reafirma los límites del código deontológico en la acción individual profesional, a diferencia del énfasis difundido en la bioética latinoamericana, de naturaleza plural y con foco en el paciente y en las cuestiones sociales.

La bioética brasilera se desarrolló tardíamente por aparecer de modo orgánico recién en los años 1990; de ahí en adelante, muestra un vigor inusitado. Si hasta 1998 la bioética brasilera aún era una copia colonizada de los conceptos venidos de los países anglosajones del hemisferio Norte, a partir del surgimiento y de la consolidación de varios grupos de estudio, investigación y posgrado en el país, su historia comenzó a cambiar^{22,23}. La bioética latinoamericana, aun hoy, en consolidación conceptual y distante de un reconocimiento amplio, académico y social, no fue la base de los fundamentos de la revisión del CEM y de los códigos de las demás profesiones en salud^{3,23-25}.

Según Garrafa²⁶, la bioética, a diferencia de la ética profesional y deontológica, de cuño legalista, no tiene como base la prohibición, limitación o negación, actuando en base a la legitimidad de las acciones y de las situaciones y en la acción afirmativa, positiva. Para él, en la bioética, la esencia es la libertad, con compromiso y responsabilidad individual, pública y planetaria. En otros textos, el autor cuestiona el papel que la bioética ya desempeña y podrá venir a ampliar en la evolución de las representaciones/organizaciones políticas y sociales del mundo actual^{18,22}.

Hasta 1998, la bioética priorizó temas y/o problemas/conflictos biomédicos más individuales que colectivos. A partir de entonces, el campo expande sus pautas, incluyendo, en los análisis sobre la calidad de vida humana, cuestiones hasta entonces apenas abordadas. Cuestiones como la preservación de

la biodiversidad, la finitud de los recursos naturales planetarios, el equilibrio del ecosistema, los alimentos transgénicos, el racismo y otras formas de discriminación. Incluyó igualmente el tema de la priorización en la asignación de recursos escasos, el acceso de las personas a sistemas públicos de salud y a medicamentos, etc.^{2,23}. Garrafa afirma además que:

En este inicio de siglo XXI, por lo tanto, la cuestión ética adquiere identidad pública. No puede ser más considerada sólo como una cuestión de conciencia a ser resuelta en la esfera de la autonomía, privada o particular, del fuero individual y exclusivamente íntimo. Actualmente, crece en importancia en lo que respecta al análisis de las responsabilidades sanitarias y ambientales y en la interpretación histórico-social más precisa de los cuadros epidemiológicos, siendo esencial en la determinación de las formas de intervención a ser programadas, en la priorización de las acciones, en la formación de personal... En fin, en la responsabilidad del Estado frente a los ciudadanos, principalmente aquellos más frágiles y necesitados, así como frente a la preservación de la biodiversidad y del propio ecosistema, patrimonios que deben ser preservados de modo sostenido para las generaciones futuras²⁷.

La DUBDH ha sido la guía ética que unifica y universaliza distintas teorías bioéticas contemporáneas no principalistas, teniendo a la dignidad humana como núcleo axiológico y fundamento ético-normativo de protección de la persona^{21,28}. La bioética latinoamericana tiene aspecto propio y puede ofrecer a las categorías profesionales en salud elementos importantes para el reconocimiento y la defensa ampliada de derechos humanos. Tiene como guías éticas no sólo a los cuatro principios de Beauchamp y Childress⁵, sino al conjunto de valores, principios, reglas y normas desarrolladas por los estudiosos de la bioética y presentada en la DUBDH, de forma contextualizada^{21,29}.

Por lo menos tres corrientes bioéticas latinoamericanas tienen su campo teórico-epistemológico definido: bioética de protección^{24,30}, bioética de intervención^{22,23,31} y bioética de los derechos humanos²⁵. Feitosa y Nascimento³¹ teorizan sobre la bioética de intervención (BI), genuina bioética brasilera, surgida en el Programa de Posgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia. Señalan que, durante su primera década de existencia, la BI consiguió, en base a su fundamentación teórica y en colaboración con las demás bioéticas brasileras y latinoamericanas, asegurar, en el ámbito internacional, la aceptación de la dimensión política en la formulación y en la práctica

bioética al establecer, como eje aglutinante de esa dimensión, el paradigma de los derechos humanos³¹.

Esa aceptación internacional reclama, en Brasil, el reconocimiento de la BI y de las demás corrientes para, entonces, proponerse revisar conceptos y prácticas profesionales e institucionales. Con la última revisión que tuvo lugar en 2008, aún bajo una gran y asumida influencia de la bioética anglosajona, principalista, y frente a los avances teóricos de bioéticas con características epistémicas y políticas latinoamericanas, nos preguntamos si no sería prudente para la corriente y necesario revisar que el CEM tenga como base a esas reflexiones.

Ética deontológica y bioética: ¿antagónicas o complementarias?

La deontología como teoría ética y profesional es considerada, a partir del siglo XIX, como la ética del deber de Kant, cuya mayor contribución a la teoría deontológica se debió al énfasis en la autonomía del sujeto y a la formulación del principio de la universalidad, materializado en el imperativo categórico: *Obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona, como en la de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo, nunca solamente como un medio*³². Puede ser definida como una teoría en la cual lo que torna las acciones correctas o erradas son características intrínsecas a las acciones, y no sólo sus consecuencias³³.

La palabra “deontología” fue creada por Jeremy Bentham en 1834, dando título a su obra póstuma, *“Deontology or science of morality”*, publicada en Londres, dos años después de su muerte. Las palabras “deontologismo” y “escuela deontológica” designan más particularmente la doctrina de los moralistas ingleses de finales del siglo XIX y de inicios del siglo XX que se oponen a las elecciones ontológicas y utilitaristas y defienden que el imperativo es exterior al sujeto²⁰. Las éticas deontológicas son una especie de ética normativa. Buscan proveer directrices o principios generales y se ocupan del estudio (*logos*) de los deberes morales (*deon*)³³.

Beauchamp y Childress⁵ critican la deontología kantiana como teoría para la vida moral, señalando algunas fallas: 1) obligaciones conflictivas – al tornar todas las reglas morales absolutas, Kant parece obligar a lo imposible para realizar acciones en conflicto; 2) sobreestimando la ley, subestimando las relaciones, en obligaciones legales y contratos – la vida familiar, entre amigos, no es experimentada en formas de relación moral reducidas a intercambios gobernados

por leyes; 3) limitaciones del imperativo categórico, considerado oscuro y poco funcional en la vida moral; 4) abstracción sin contenido de conceptos de bases débiles para un conjunto determinado de reglas morales, como racionalidad y humanidad.

No obstante, los autores afirman que una contribución significativa de la teoría kantiana fue sostener una decisión moral obligatoria en circunstancias similares y de modo relevante. Cuando el juicio moral está sustentado en buenas razones, esas razones son buenas para todas las circunstancias de modo relevante⁵. Ligada al ejercicio de las profesiones liberales tradicionales, como la medicina, el derecho, la enfermería, entre otras, la deontología designa, en general, el conjunto de deberes vinculados reunidos bajo la forma de reglas en un código de ética o moral¹⁶.

Un campo de conocimiento específico, la ética profesional, de naturaleza predominantemente deontológica, con cierta frecuencia incorpora el concepto de bioética disociado del exigido rigor teórico de la disciplina, requiriendo, por lo tanto, la definición de límites teórico-conceptuales y de aplicación. La aplicación de la teoría deontológica a la ética profesional ha generado conflictos e impases desde el surgimiento de la bioética, que ha procurado definir sus límites con esa tradición universalizante y, simultáneamente, impulsar la reflexión y la apertura al diálogo para la toma de decisiones morales complejas, características de la hipermodernidad. Según Garrafa:

Existe y, de cierto modo, esta es una constatación casi consensual, un vínculo entre la bioética y los estudios ligados a la ética profesional. Ambos lidian con la ética, la moral, los valores, las reglas de conducta, en fin, temas ligados al buen vivir en la humanidad. La divergencia, no obstante, es que la bioética, a diferencia de los estudios pertinentes a la ética profesional – esto es, aquellos basados en los estatutos, en los códigos, en las leyes o incluso, en mandamientos – no busca respuestas definitivas y absolutas para los conflictos morales surgidos en el desarrollo de las profesiones o en la relación de los profesionales de salud con sus pacientes. Mientras la ética profesional trae, en su trayectoria, historias de respuestas y fórmulas preestablecidas para los conflictos, basadas, principalmente, en los llamados códigos de ética profesional, la bioética se caracteriza por un análisis procesual de los conflictos a partir de una ética minimalista que permita la mediación y la solución pacífica de las diferencias. Así, a diferencia de la ética profesional, el papel de la bioética no es la obligatoria resolución del conflicto,

*incluso porque existen conflictos (como el aborto, por ejemplo) que, a la luz del pluralismo moral – que es una de las bases de su sustento teórico, simplemente no son solucionables bajo la óptica de una ética que se pretenda universal*³⁴.

El mundo globalizado se caracteriza por el dominio, en el campo de la política, de la defensa de los ideales democráticos, lo que implica vivir en sociedades pluralistas. Con esto, las instituciones son compelidas a modificar sus prácticas en una perspectiva no corporativa y moralmente plural. La medicina, en particular, ha sido blanco permanente de críticas y presiones para que realice modificaciones en su código ético profesional, permisivo aún de un modelo de relación médico-paciente oligárquico, verticalista, paternalista, estando basado en la bioética principialista. Ese modelo debe ser superado por uno más democrático, que respete la dignidad de la persona, autónoma en las decisiones sobre su cuerpo y su destino, y equilibre intereses individuales y de la colectividad en las decisiones en salud, privilegiando, entretanto, la salud pública como derecho constitucional^{2,14,15,18}.

Los conceptos y las prácticas en salud se modifican a lo largo de la historia. En la actualidad, el mundo capitalizado invierte en la financiarización de la vida, transformando al cuerpo en objeto negociable y a la salud en un bien para intercambios comerciales. Los avances tecnológicos de alta complejidad y alto costo necesarios para la salud individual compiten con acciones en atención primaria de la salud, filtrando los recursos para un mayor alcance y resolución de los problemas colectivos en salud. Además de eso, se observa la expansión acelerada y desigual de instituciones prestadoras de servicios para la salud, invadiendo el campo de la gestión pública de la salud. En ese contexto, los pacientes se organizan para reivindicar derechos, y la salud se torna campo de judicialización.

El libre acceso al conocimiento en salud amplía las reivindicaciones de derechos y el debate sobre cuestiones restrictas antes para los médicos, y la educación médica establece como prioridad la enseñanza de competencias para la atención primaria de la salud. Los límites interprofesionales han sido cuestionados con reivindicaciones de las demás categorías por el derecho al diagnóstico y a la prescripción de medicamentos, mientras la transición epidemiológica impone el debate sobre la distribución de recursos. Finalmente, se reconoce, actualmente, a la salud como resultante de la interacción de todas las demás áreas de actuación humana: educación,

trabajo, placer, espiritualidad, ecología, nutrición, seguridad, etc.^{2,6,7,13-15,18}.

Todas estas cuestiones de carácter político-social y el surgimiento de la bioética, a partir de la década de 1970, han modificado la percepción de una deontología médica corporativista hacia otra, abierta a las contribuciones de todos los segmentos de la sociedad, con el objetivo de reformular las reglas éticas del ejercicio de la medicina. El actual CEM, vigente desde 2010, estuvo influenciado por la bioética principialista, con la contribución de propuestas de modificaciones de 750 médicos³. Se presume que, entre estos, había representantes del sector de servicios en salud, y ninguna contribución de la sociedad en general fue relatada. Este hecho puede ser corregido en la revisión actual del CEM, con la posibilidad de una participación más amplia de la sociedad civil³⁵.

La complejidad de la biomedicina contemporánea exige la apertura de la ética médica hacia un abordaje bioético más avanzado que el principialista, así como un nuevo código que considere también contribuciones de diferentes segmentos sociales, no médicos. La formulación de problemas éticos, en término exclusivamente deontológicos, garantiza la independencia del médico y su opinión en relación a las presiones políticas, sociales, económicas, etc. No obstante, si el espíritu de esa ética no es conforme a las declaraciones de derechos humanos, esa independencia no confiere garantías ni se constituye como una fuerza de resistencia moral en países o contextos en que haya violación de principios democráticos¹⁴.

La complejidad de los fenómenos de la vida no permite el monopolio de las decisiones, aún más cuando en ellos reconocemos la naturaleza político-social y las múltiples posibilidades de funcionamiento según la lógica del mercado. Por lo tanto, ni la voluntad del monopolio de la decisión ni la reducción de los problemas éticos a cuestiones de ética profesional parecen justificadas^{2,14,15,20,33}. Afirma Hottois:

*Es la situación que el punto de vista bioético pretende hacer justicia, al abrir el debate ético y al definir la deontología y la ética médica stricto sensu como un aspecto limitado de la problemática ética general instalada, hoy en día, por las prácticas biomédicas cuyas fronteras con las biotecnologías se tornaron poco claras. La deontología y la ética médica las abordan desde el punto de vista de los médicos y se dirigen exclusivamente a los médicos*¹⁴.

Recurriendo a la prudencia (posición deontológica), a la prevención de errores en los experimentos

científicos, su respetabilidad y destino humano, el Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud francés afirma, según Durand²⁰, que no son el conocimiento y la medicina los que constituyen una amenaza y, sí, el poder y el deseo. El desarrollo de las tecnociencias y de la biomedicina confiere nuevos poderes a médicos e investigadores, lo que genera la posibilidad de amenazas a las libertades individuales, y la necesidad de apelar a los derechos humanos para regularlos.

La deontología, como código, se presenta frente a este cuadro de necesaria vigilancia y de establecimiento de límites como fuerza coercitiva, cerrándose, por eso mismo, a interpretaciones más restrictas, a diferencia de la bioética. Por eso, no es democrático dejar a los miembros de una única profesión las decisiones que implican elecciones sociales importantes^{14,20}.

La ética clínica se refiere, sobre todo, a los criterios de la deontología médica tradicional. No obstante, otros enfoques pueden ser explorados, menos normativos, con una visión ética ampliada, contextualizando la realidad de las demandas locales en salud y considerando las características de la distribución de los poderes y sus efectos resultantes en el acceso y en la distribución de recursos.

La práctica clínica, en la actualidad, adquirió nuevas características y personajes: la multiplicidad de interlocutores tornó obsoleto el "coloquio singular", y el poder tecnológico abre espacio a la incertidumbre, la apertura inevitable a cuestiones filosóficas más amplias (la medicina del deseo de bienestar subjetivamente definido e ilimitado y las repercusiones sociales presentes y futuras inevitables de las elecciones singulares)^{20, 36}.

El reconocimiento de que la deontología médica tradicional se transforma lentamente en una rama de la filosofía moral, de la ética práctica, no nos impide predecir y prevenir el camino conflictivo de esa transformación. No sólo el CEM debe ser revisado y actualizado para incorporar las contribuciones de los distintos segmentos sociales, en la dirección de una bioética latinoamericana, sino que las distintas instituciones de salud deben transformar sus comités de ética. Esos comités están generalmente compuestos totalmente, o en gran parte, por médicos, y orientados hacia la normativización de la investigación, en comités bioéticos, con la participación igualitaria de diferentes profesionales y representantes de la comunidad.

Vivimos momentos de gran influencia bioética en los debates sobre cuestiones amplias de la salud,

en los que se delimitan posiciones tomadas a partir de casos concretos y singulares. Esos casos son pasibles de ser usados como ejemplos de consenso, se consideran problemas de la desigualdad social y de la inequidad de ella resultante y se buscan soluciones con una perspectiva ético-política latinoamericana y nacional distanciadas del principalismo.

La herencia colonialista anglosajona y las presiones del mercado nos imponen una ceguera moral que nos impide considerar valores y principios necesarios y reales que nos orienten: los verdaderamente democráticos. Se sugiere, para las revisiones de los códigos profesionales, considerar los principios democráticos constantes en la DUBDH²¹.

Esta es la reflexión necesaria para superar intereses corporativistas y entender que nuestros actos no están destituidos de valores o rehenes de una ética que nos determina y sobrepasa, sino que puede y debe ser reparada. Además de eso, esa reflexión nos lleva a absorber contribuciones de las distintas áreas de conocimiento para insertarlas en el debate ético, plural, para la construcción de las nuevas realidades.

Gracia sugiere que, para superar los modelos de relación profesional absolutista, beligerante, o liberal de táctica de neutralidad, las profesiones deben adoptar una actitud deliberativa sobre valores inclusive en el campo institucional con la deliberación colectiva sobre objetivos comunes. El modelo más reciente, liberal, reduce el encuentro médico a una actividad mercantil regulada por la competencia y por las leyes³⁷.

Es la articulación de voces, en el coro plural en defensa de los derechos humanos a la salud, como derechos ampliados a las cuestiones biotecnológicas y ambientales, de enfrentamiento de inequidades resultantes de las injusticias sociales y de protección a las generaciones futuras, que confiere dignidad a nuestros actos y, simultáneamente, a la persona bajo cuidado.

Consideraciones finales

La sociedad enfrenta dilemas en la actualidad en orden a las fronteras individuales, profesionales, sociales, de la nación y planetarios, impuestos por el acelerado desarrollo tecnocientífico, por la horizontalización de relaciones y decisiones, y por la hegemonía del capital neoliberal. Nacimiento, vida y muerte sufren intervenciones legitimadas por las contribuciones de los distintos campos de investigación científica, no siempre

consideradas éticas. En el plano individual, la despolitización, los comportamientos homogéneos y el individualismo han inducido al consumismo sin reflexión, la obsesión por la juventud, por la búsqueda de la longevidad, del cuerpo perfecto, de la felicidad planificada. Como consecuencia, generan angustia y miedo a lo otro, distanasia, xenofobia y desastres ambientales.

En el plano social y en el contexto de la salud, en países de economía frágil y sistemas políticos inestables, dependientes y explotados por otros de economía más fuerte, los efectos incurren en la insuficiencia y la mala distribución de los recursos asignados, dificultando el acceso de los grupos más vulnerables de la población a servicios esenciales para el mantenimiento de la vida con calidad.

Al lado del resurgimiento o agravamiento de las situaciones persistentes, relacionadas con la exclusión social, esos países deben generar situaciones emergentes relacionadas con el desarrollo científico (ingeniería genética, uso terapéutico de células madre, donaciones y trasplantes de órganos, fertilización asistida y descarte de embriones, eugenesia, alquiler de vientres, cirugías de reasignación sexual, clonación, bioseguridad, etc.) adecuándolas a la presión por la escasez de recursos ejercida por los grupos de salud suplementarios.

La complejidad de la vida, el cúmulo de conocimiento científico con la contribución de las

ciencias humanas y sociales, la necesidad de reconocimiento y la ampliación de los derechos humanos exigen que, para la toma de decisiones, además de la ética individual, nos responsabilicemos por el desarrollo de una ética pública y planetaria. Esto permitiría la protección de la vida individual, de grupos sociales minoritarios y generaciones futuras, además de la gestión sustentable del medioambiente.

El documento indicado para señalar esas responsabilidades, en la gestión del presente y en la creación de posibilidades de un futuro con dignidad, y que debe incidir también en la ética profesional, es la DUBDH. El CEM brasileiro, influenciado y limitado por la bioética principialista anglosajona, se encuentra distanciado de principios más amplios que permiten la reflexión contextualizada y profunda de cuestiones locales, nacionales y que priorizan a los grupos más vulnerados.

Los códigos éticos profesionales deben adecuarse a la propia realidad social, económica y política, priorizando valores, principios y normas que salvaguarden y amplíen los derechos, en comunión con la salud pública y colectiva.

El ser humano es el único sentido y meta para el desarrollo; de ese modo, solamente él deberá ser sujeto de cualquier regulación que se pretenda democrática, participativa y verdaderamente bilateral.

Referências

- Berlinguer G. Bioética cotidiana. 2ª ed. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
- Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 741-57.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União. Brasília; 24 set 2009.
- Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Unesco/Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7ª ed. Nova York: Oxford University Press; 2012.
- Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Testa M. Op. cit. p. 75.
- Testa M. Op. cit. p. 76.
- Pereira Neto AF. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- Testa M. Op. cit. p. 81.
- Testa M. Op. cit. p. 82.
- Paviani J, Sangalli IJ. Ética das virtudes. In: Torres JCB, organizador. Manual de ética: questões de ética teórica e aplicada. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 225-46.
- Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- Hottos G, Missa JN. Nova enciclopédia da bioética: medicina, ambiente, biotecnologia. Lisboa: Instituto Piaget; 2003.
- França GV. Deontologia médica e bioética. In: Clotet J, organizador. Bioética. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 58-66.
- Drummond JGF. Ética, códigos e deontologia em tempos de incertezas. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS, organizadores. Bioética em tempos de incertezas. São Paulo: Loyola; 2010. p. 133-50.

17. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977. p. 21.
18. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2012;20(1):9-20.
19. Pyrrho M, Prado MM, Cordón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de ética odontológica brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1911-8.
20. Durand G. Introdução geral à bioética. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2010.
21. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 20 jul 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1TRJFa9>
22. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*. 2005;13(1):125-34. p. 132.
23. Tealdi JC. Op. cit. p. 161.
24. Tealdi JC. Op. cit. p. 165.
25. Tealdi JC. Op. cit. p. 177.
26. Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. *Jornal Medicina*; 8(97):28. 1998.
27. Garrafa V. Op. cit. 2005. p. 132.
28. Oliveira AAS. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Rev. Bioética*. 2007;15(2):170-85.
29. Pessini L. Bioética na América Latina: algumas questões desafiantes para o presente e futuro. *Bioethikos*. 2008;2(1):42-9.
30. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. *Bioética: riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005. p. 29-44.
31. Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(2):277-84.
32. Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos*. Lisboa: Edições 70; 1960. p. 79.
33. Esteves J. Éticas deontológicas: a ética kantiana. In: Torres JCB, organizador. *Manual de ética: questões de ética teórica e aplicada*. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 247-67.
34. Garrafa V. Op. cit. 1998. p. 28.
35. Conselho Federal de Medicina. Mudanças em favor da medicina e da sociedade. Revisão do código de ética médica. [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [acesso 20 jan 2017]. Disponível: <http://www.rcem.cfm.org.br/>
36. Gracia D. *Ética y responsabilidad profesional*. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998.
37. Gracia D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola; 2010.

Participación de los autores

Artículo elaborado por Francisco José Passos Soares a partir de la idea de Volnei Garrafa, que, así como Helena Shimizu, también participó del análisis y revisión final del texto.

