

# Código de Ética Médica brasileiro desde la perspectiva de la bioética principialista

Francisco José Passos Soares<sup>1</sup>, Volnei Garrafa<sup>2</sup>, José Lualyson da Silva Santos<sup>1</sup>, Roberto Vieira dos Santos<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Alagoas, Maceió/AL, Brasil. 2. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

## Resumen

Los avances sociales, tecnológicos y científicos inducen cambios en los valores y la necesidad de revisión periódica de los códigos deontológicos profesionales. Este artículo tuvo como objetivo verificar la influencia de la bioética principialista como modelo ético y normativo orientador del Código de Ética Médica brasileño. Se utilizó el método de análisis documental para evaluar dos versiones del código profesional: 2010 y 2018. Se observaron similitudes entre las dos versiones del código, con un predominio deontológico formado por la virtud y la competencia técnica. El principio de no maleficencia triunfa sobre el de la beneficencia (15% vs. 6%); la autonomía del médico se solapa con la del paciente (17% vs. 12%); y el 15% de las unidades de contexto corresponden al principio de la justicia. Los aspectos deontológicos, virtuosos y técnicos predominantes en el Código de Ética Médica revelan la necesidad de adaptación del quehacer médico actual, con énfasis en los derechos del paciente, la justicia, la salud pública y la ampliación de la protección de los sujetos de investigación.

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

## Resumo

### Código de Ética Médica brasileiro na perspectiva da bioética principialista

Avanços sociais, tecnológicos e científicos induzem mudança de valores e necessidade de revisão periódica dos códigos de ética profissional. Este artigo teve como objetivo verificar a influência da bioética principialista como modelo ético e normativo orientador do Código de Ética Médica brasileiro. Utilizou-se o método análise documental para avaliar duas versões do código profissional: 2010 e 2018. Observou-se similaridade entre as duas versões do código, com predomínio deontológico conformado pela virtude e competência técnica. O princípio da não maleficência supera a beneficência (15% vs. 6%); a autonomia do médico se sobrepõe à do paciente (17% vs. 12%); e 15% das unidades de contexto correspondem ao princípio da justiça. Os aspectos deontológicos, virtuosos e técnicos, predominantes no Código de Ética Médica, revelam a necessidade de adaptação para o trabalho médico atual, com ênfase em direitos do paciente, justiça, saúde pública e ampliação da proteção aos sujeitos da pesquisa.

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

## Abstract

### Brazilian Code of Medical Ethics from the perspective of principlist bioethics

Social, technological and scientific advances induce changes in values and the need for periodically reviewing professional codes of ethics. This article verifies the influence of principlist bioethics as an ethical and normative model guiding the Brazilian Code of Medical Ethics. Document analysis was used to evaluate two versions of the professional code: 2010 and 2018. There were similarities between both versions, with a deontological predominance shaped by virtue and technical competence. The principle of non-maleficence trumps beneficence (15% versus 6%); physician autonomy is more common than that of the patient (17% versus 12%); and 15% of context units correspond to the principle of justice. Deontological, virtuous and technical aspects, predominant in the Code of Medical Ethics, reveal the need to adapt it to current medical work, emphasizing patient rights, justice, public health and increased protection for research subjects.

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

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

En la actualidad, el trabajo en salud exige que los consejos profesionales revisen constantemente las normas que guían las prácticas éticas definidas como responsabilidades, en respuesta a los cambios en el contexto sociopolítico-económico nacional y regional. Los consejos de clase regulan, mediante sus códigos, la práctica profesional, incorporando las reflexiones actuales sobre los límites de la acción frente a los desafíos morales y éticos impuestos por el desarrollo científico y tecnológico, y por los modos contemporáneos de convivencia social, incluyendo la contribución política, religiosa y cultural<sup>1</sup>.

En este contexto, una actualización del Código de Ética Médica (CEM) fue publicada por el Consejo Federal de Medicina (CFM)<sup>2</sup> en 2010. Sin embargo, esta estandarización, que guio el ejercicio de la profesión médica durante casi una década, fue objeto de críticas por parte de diferentes sectores sociales.

Es importante recordar que, hasta la primera mitad del siglo XX, los códigos de conducta y los códigos de ética médica estuvieron fuertemente influenciados por la medicina hipocrática y la religiosidad cristiana. La benignidad o beneficencia, con un marcado contenido paternalista, y la virtud prevalecieron a medida que se incorporaban otros valores dependientes de la evolución tecnológica y científica, y de la aparición de la bioética a finales del siglo XX. Estos cambios impusieron la reflexión sobre nuevos valores para la relación médico-paciente, con énfasis en la salud pública, la justicia y el derecho público por encima del derecho privado<sup>3,4</sup>.

Beauchamp y Childress afirman que *Desafortunadamente, algunos códigos profesionales simplifican demasiado los requisitos morales o reclaman más perfección y autoridad de la que tienen derecho [y que] desde la época de Hipócrates, los médicos han generado códigos sin un examen y sin aceptación por parte de los pacientes y del público. Además, afirman que todas las normas morales están, en principio, sujetas a revisión, especificación y justificación. La razón de la necesidad constante de otros contenidos (...) es que la complejidad de los fenómenos morales siempre supera nuestra capacidad de captarlos en normas generales*<sup>5</sup>.

Para estos autores, la pregunta subyacente es: ¿son defendibles las prescripciones descritas en cada código? En 2018 se publicó una nueva versión

del CEM<sup>6</sup>, generando la necesidad de indagar acerca de la influencia de la teoría bioética principialista en el modelo actual.

## Método

Se trata de un estudio cualitativo, cuyo sustento metodológico fue el análisis documental, que tiene como objetivo describir y comprender los significados atribuidos a los fenómenos<sup>7,8</sup>, considerando que todo conocimiento está siempre sujeto a principios éticos y morales socialmente contextualizados y constituye una forma posible de confirmación de la realidad.

La investigación documental se justifica por la ética descriptiva, que estudia cómo las personas razonan y actúan, así como determina qué normas y actitudes morales se expresan en la práctica profesional, en los códigos y en las políticas públicas<sup>7</sup>. Esta investigación se limita a las siguientes unidades de análisis: Códigos de Ética Médica, versiones 2010 y 2018.

En 2018, el CFM presentó el nuevo CEM, después de casi tres años de discusiones y análisis. El nuevo código deontológico cuenta con 26 principios fundamentales para el ejercicio de la medicina, 11 normas de la diceología, 117 normas deontológicas y cuatro disposiciones generales. En comparación con la versión de 2010, se ha agregado un principio fundamental y una norma deontológica, y se ha eliminado una norma de la diceología<sup>6</sup>.

Para el CFM, el CEM representa un cuerpo de *normas que deben seguir los médicos en el ejercicio de su profesión, incluso en el ejercicio de actividades relacionadas con la docencia, la investigación y la administración de servicios de salud, así como en el ejercicio de cualquier otra actividad en la que se utilicen los conocimientos derivados del estudio de la medicina*<sup>2,6</sup>.

Para el análisis documental, se siguieron los siguientes pasos cronológicos: 1) definición de categorías de análisis; 2) definición de unidades de registro; 3) exploración documental en busca de unidades de contexto que codificaran unidades de registro; y 4) tratamiento de resultados e interpretación. Las "categorías de análisis" se definen como agrupaciones de contenidos de interés (en este trabajo, en la bioética principialista) que se relacionan. Las "unidades de registro" se

refieren a los contenidos de interés en sí mismos, agrupados en cada “categoría de análisis”.

Las “unidades de contexto” se definen como extractos de los documentos bajo análisis que permiten la codificación de las “unidades de registro”, es decir, verificar qué unidades de registro (contenidos de interés) están cubiertas por el texto analizado. Las categorías de análisis y las unidades de registro fueron previamente determinadas por los investigadores de acuerdo con los contenidos específicos de cada principio relacionado con la teoría principialista, a partir de la lectura del libro *Principles of biomedical ethics*, edición 2013<sup>5</sup>.

Como categorías de análisis se utilizaron los principios bioéticos (beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y justicia), respetando un criterio subjetivo de adecuación según la conceptualización de Beauchamp y Childress<sup>5</sup> –una categoría ética, relacionada con la virtud, y otra de carácter técnico.

Las categorías de virtud y técnica fueron adoptadas de un estudio previo con una metodología similar, que analizó el Código de Ética Odontológica Brasileño<sup>9</sup>. Teniendo en cuenta las conclusiones de los autores, se mantuvieron las subdivisiones para las categorías de respeto a la autonomía y a la virtud, según el beneficiario de la conducta moral, el paciente (respeto a la autonomía P y la virtud P) o el médico (la autonomía M y la virtud M).

La bioética principialista se articula de manera sencilla, basada en cuatro principios a través de los cuales trata de regular los dilemas del trabajo cotidiano y de la investigación en salud. Los principios de beneficencia y no maleficencia son complementarios a la obligación de obtener el máximo beneficio y reducir al mínimo los posibles daños. El principio de autonomía incorpora el respeto a la libre determinación de los pueblos, con especial referencia a la protección de quienes, por razones permanentes o transitorias, ven amenazada su autonomía; el principio de la justicia se refiere a la obligación de dar a cada persona lo que le corresponde, asegurando la distribución equitativa de los costos y beneficios de la atención sanitaria<sup>5</sup>.

Las unidades de registro orientadoras para la búsqueda de unidades de contexto fueron:

- La beneficencia: hacer o promover el bien; el beneficio; proteger y defender los derechos de los demás; evitar que otros sufran daño (prevenir o evitar el daño); eliminar las condiciones que causen daño a los demás; ayudar a

las personas no aptas; y ayudar a las personas que están en peligro;

- La no maleficencia: no causar daño al paciente; no causar daño al sujeto de la investigación; no causar riesgos de daños; el derecho a no saber; la negligencia; la imprudencia; la impericia; no iniciar/interrumpir el tratamiento; el tratamiento opcional y obligatorio; el tratamiento habitual y extraordinario; el tratamiento médico y el apoyo tecnológico; el principio de doble efecto; y las voluntades anticipadas;
- El respeto a la autonomía del paciente: el respeto a la autodeterminación de las personas; la inviolabilidad; la privacidad; la confidencialidad; el consentimiento informado; el consentimiento sustituido; la no aceptación del tratamiento; y el respeto;
- La autonomía del médico: la información adecuada; la publicación de resultados negativos de investigaciones; la autonomía limitada; el derecho a rechazar tratamiento; y la objeción de conciencia;
- La justicia: la distribución o asignación de recursos; la distribución de los tratamientos; el acceso a los recursos; el derecho al tratamiento; el derecho a la salud; la equidad; la no discriminación; la no explotación; el acceso a la investigación; y el acceso a los resultados de la investigación;
- La técnica: los aspectos técnicos y jurídicos de la profesión; y
- La virtud: los comportamientos profesionales socialmente deseables (la compasión, el discernimiento, la confiabilidad, la integridad, la concienciación).

Las unidades de registro predefinidas como expresiones o conceptos propios de la teoría bioética dieron sentido a las unidades de contexto verificadas en los artículos de las dos versiones del CEM. Esta consideración es necesaria en el análisis de documentos de contenido moral, en los cuales los núcleos de significado necesitan una predefinición conceptual, a diferencia del análisis de documentos convencionales, que dependen, en la mayoría de los casos, solo de términos identificativos, sin connotación moral.

Las unidades de contexto se definieron en los textos seleccionados y en los capítulos, secciones, artículos e ítems del CEM. Las unidades textuales que informan aspectos morales no relacionados con la bioética principialista y las que informan

comportamientos profesionales socialmente deseados se clasificaron en la categoría de virtud.

Las unidades textuales sobre aspectos técnicos, procedimentales, jurídicos y conceptuales de la profesión se clasificaron en la categoría técnica. La categorización de un ítem como técnico implica la inadecuación de cualquier otra clasificación y la ausencia de una referencia moral en la unidad de análisis.

En los casos en que las unidades expresaban aspectos técnicos simultáneos a algún principio bioético, esta clasificación se superponía a la primera. Las unidades no técnicas con aspectos simultáneos se consideraron en todos los principios correspondientes. Se consideraron las unidades de contexto compatibles con la teoría utilitarista identificada

durante el análisis: el mérito personal, el valor social de un individuo, el bien del mayor número.

Tras el análisis y categorización de los textos, los datos resultantes se sumaron en cada grupo de textos, obteniendo la frecuencia acumulada. Del análisis de estos datos objetivos se derivaron inferencias que permitieron comparaciones y conclusiones.

## Resultados

El Cuadro 1 describe la distribución y correspondencia entre las unidades de registro y contexto relacionadas con la teoría bioética principialista, presente en los textos de las versiones de 2010 y 2018 del CEM.

**Cuadro 1.** Correspondencia entre las unidades de registro y de contexto en los códigos de ética médica de 2010 y 2018

Unidades de registro	CEM %	Artículos 2010	CEM %	Artículos 2018	Unidades de registro
<b>Beneficencia</b>	1. Hacer o promover el bien	3/7 (43%)	Capítulo I: 2,17 y 23	-	-
	2. Beneficio	2/7 (29%)	Capítulo I: 2 y 23	-	-
	3. Proteger y defender los derechos de los demás	0/7 (0%)	-	-	-
	4. Prevenir el daño de otros (prevenir o evitar el daño)	2/7 (29%)	Capítulo I: 12 y 13	Igual	Igual
	5. Eliminar las condiciones que causen daño a los demás	2/7 (29%)	Capítulo I: 12 y 16	-	-
	6. Ayudar a las personas no aptas	1/7 (14%)	Capítulo V: art. 36 §2.º (6)	-	-
	7. Ayudar a las personas que están en peligro	0/7 (0%)	-	-	-
<b>No maleficencia</b>	1. No causar daño a los pacientes	3/17 (18%)	Capítulo I: 6; III: 10; V:41	-	-
	2. No causar daño al sujeto de la investigación	0/17 (0%)	-	-	-
	3. No causar riesgos de daños	11/17 (65%)	Capítulo I: 6; III: 2, 7, 8, 10, 12; IV:25; V: 34 y 35; IX: 74; XIV: 2	-	-
	4. Derecho a no saber*	1/17 (6%)	Capítulo V: 2	-	-
	5. Negligencia	7/17 (41%)	Capítulo III: 1, 2, 7, 8 y 12; V: 32 y 33	-	-
	6. Imprudencia	5/17 (29%)	Capítulo I: 19; III: 1, 10, 11 y 14	-	-
	7. Impericia	1/17 (6%)	Capítulo I: 1	Igual	Igual
	8. No iniciar/interrumpir el tratamiento	0/17 (0%)	-	-	-
	9. Tratamiento opcional y obligatorio	2/17 (12%)	Capítulo I: 22; V: 35	-	-
	10. Tratamiento habitual y extraordinario	2/17 (12%)	Capítulo I: 22; V: 41	-	-
	11. Tratamiento médico y soporte tecnológico	1/17 (6%)	Capítulo I: 22	-	-
	12. Principio del doble efecto	0/17 (0%)	-	-	-
	13. Voluntades anticipadas	1/17 (6%)	Capítulo V: 41	-	-

continúa...

**Cuadro 1.** Continuación

Unidades de registro	CEM %	Artículos 2010	CEM %	Artículos 2018	Unidades de registro
<b>Respeto a la autonomía del paciente</b>	1. Autodeterminación	7/14 (50%)	Capítulo IV: 24, 26 y 28; V: 31, 39 y 42; VI: 45	-	-
	2. Inviolabilidad	3/14 (21%)	Capítulo IV: 27; V: 41 y 42	-	-
	3. Privacidad	2/14 (14%)	Capítulo V: 38 y 40	-	-
	4. Confidencialidad	1/14 (7%)	Capítulo V: 40	-	-
	5. Consentimiento informado	2/14 (14%)	Capítulo IV: 22; XII: 110	-	-
	6. Consentimiento sustituido	0/14 (0%)	-	-	-
<b>Autonomía médica</b>	1. Información adecuada	0/20 (0%)	-	-	-
	2. Publicación de resultados negativos de investigación	0/20 (0%)	-	-	-
	3. Autonomía limitada	16/20 (80%)	Capítulo I: 24; II: 1, 4, 5 y 6; IV: 22; VI: 43; IX: 73-79; XII: 104; XIV: 1	Igual	Igual
	4. Derecho a rechazar tratamiento	0/20 (0%)	-	-	-
	5. Objeción de conciencia	4/20 (20%)	Capítulo I: 7 y 21; II: 9; IV: 29	-	-
<b>Justicia</b>	1. Distribución o asignación de recursos	0/19 (0%)	-	-	-
	2. Distribución de los tratamientos	3/19 (16%)	Capítulo II: 2; III: 20; V: 32	-	-
	3. Acceso a los recursos	0/19 (0%)	-	-	-
	4. Derecho al tratamiento	0/19 (0%)	-	-	-
	5. Derecho a la salud	0/19 (0%)	-	-	-
	6. Equidad	0/19 (0%)	-	-	-
	7. No discriminación	3/19 (16%)	Capítulo I: 1 y 25; IV: 23	-	-
	8. No explotación	13/19 (68%)	Capítulo I: 24; IV: 25; V: 40; VI: 45 y 46; VIII: 64, 65 y 66; XII: 99, 100, 102, 103 y 106	-	-
	9. Acceso a la investigación	0/19 (0%)	-	-	-
	10. Acceso a los resultados de la investigación	0/19 (0%)	-	-	-

CEM: Código de Ética Médica

El Cuadro 2 describe la distribución y correspondencia entre las unidades de registro y de contexto relacionadas con la técnica y la virtud, presentes en los textos de las versiones 2010 y 2018 del CEM.

**Cuadro 2.** Relación entre unidades de registro y de contexto sobre la técnica y la virtud en los códigos de ética médica de 2010 y 2018

Categorías de análisis	Unidades de registro	CEM	Artículos 2010	CEM	Artículos 2018
<b>Virtud del médico</b>	-	90/118 (76,2%)	Capítulo I: 4, 5, 15, 18, 20; III: 1-21; IV: 30; VII y VIII; IX: 73-79; X: 80-91; XI: 92, 93, 94, 96, 97, 98; XII: 104, 105, 107, 108, 109; XIII	Igual	Igual
<b>Virtud del paciente</b>	-	0	0	0	0

continúa...



**Cuadro 2.** Continuación

Categorías de análisis	Unidades de registro	CEM	Artículos 2010	CEM	Artículos 2018
Técnica	-	23/118 (19,5%)	Capítulo I: 3, 9, 10; II: 3, 7, 8, 10; III: párrafo único del art. 9; V: 36 \$1 y \$2, 37 \$1 y \$2; VIII: párrafo único del art. 66; IX: 78; X: 87 \$1.º, \$2.º y \$3.º; 89 \$1.º, \$2.º; XI: 95 y párrafo único del art. 98; XII: 101 \$1.º y \$2.º; XIII: párrafo único del art. 117; XIV: 3 y 4	26/118	Inclusión del art. 37 \$2.º cap. V, art. 87 \$3 del capítulo X y art. 101 \$2 del capítulo XII

CEM: Código de Ética Médica

En la Tabla 1 se muestra de forma resumida la similitud absoluta observada en las dos versiones del CEM, demostrada por las frecuencias acumuladas (%) de importancia de los principios y normas. Predominan las normas relacionadas con la virtud

médica (76%) y la técnica (20%). La no maleficencia supera a la beneficencia (15% versus 6%); La autonomía del médico se solapa con la del paciente (17% versus 12%); Al principio de justicia le corresponde el 15% de las unidades de contexto observadas.

**Tabla 1.** Distribución de los principios, normas técnicas y valores presentes en las versiones 2010 y 2018 del CEM

Principialismo	CEM 2010	CEM 2018
Beneficencia	7/118 (6%)	7/117 (6%)
No maleficencia	17/118 (15%)	17/117 (15%)
Autonomía médica	20/118 (17%)	20/117 (17%)
Respeto a la autonomía del paciente	14/118 (12%)	14/117 (12%)
Justicia	19/118 (16%)	19/117 (16%)
<b>Normas deontológicas</b>		
Virtud del médico	90/118 (76%)	90/117 (76%)
Virtud del paciente	0	0
Técnica	23/118 (19,5%)	26/117 (19,5%)

CEM: Código de Ética Médica

## Discusión

El CEM brasileño de 2010 está influenciado por el modelo bioético principialista, de origen anglosajón, y estaba vigente en un momento en que este paradigma ya venía siendo criticado, lo que se mantiene en la actualidad<sup>10-12</sup>. La opción por una bioética principialista resultó ser un intento de los médicos y del CFM de acercarse a la reflexión sobre las demandas sanitarias actuales, con nuevos valores.

Este modelo ofreció a la sociedad una versión actualizada, como se demuestra en este estudio, de la tradición normativa, deontológica, combinando la competencia técnica con la ética de la virtud. La organización y redacción de los artículos de la CEM sobre derechos y deberes mantiene la estructura predominante, compatible con la teoría ética normativa deontológica.

En ambas versiones del CEM brasileño predominan los aspectos relacionados con la virtud médica reafirmando la tradición aristotélica milenaria, y la técnica renovadora de un perfil virtuoso y competente conformado por los actuales avances tecnológicos biomédicos. Esta imagen es compatible con lo que dice Durand<sup>13</sup>, para quien en la ética clínica de inspiración aristotélica se insiste en las cualidades o virtudes de los participantes.

Modificaciones al texto de la versión 2018 del CEM<sup>6</sup> presuponen una nueva característica, de carácter utilitario<sup>14</sup>, reconocibles en el capítulo introductorio (“Principios fundamentales”), en los artículos XXIII (“El médico actuará con imparcialidad, independencia, veracidad y honestidad, en el mayor beneficio para los pacientes y la sociedad”) y XXVI (“La medicina se ejercerá con los medios técnicos y científicos disponibles para obtener los mejores resultados”).

A pesar de las afirmaciones del CFM de que el nuevo código de ética traería cambios significativos en relación con el modelo anterior, el análisis comparativo de las dos versiones demuestra que los cambios cualitativos realizados carecen de un aumento en el respeto a la autonomía del paciente, con protección en la clínica y en la investigación, y cambios que favorezcan la salud pública, vinculados a valores propios del principio de justicia.

En cuanto al principio de beneficencia, predominaron las unidades de registro que otorgan beneficio directo o previenen/evitan el daño, pero no se encontraron unidades para la protección y defensa de los derechos ajenos y para ayudar a las personas en peligro. El principio de no maleficencia se refiere con mayor preocupación a no causar riesgo de daño; las normas éticas, de negligencia e imprudencia; No causar daño; Modalidades de tratamiento en situaciones dilemáticas: tratamiento opcional y obligatorio; y tratamiento habitual y extraordinario.

Según Evans<sup>15</sup>, la aplicación de estos principios dificulta la definición precisa de beneficio o daño en determinada situación, y el establecimiento de límites éticos para maximizar los beneficios y minimizar los daños potenciales. La maximización de los beneficios puede ser éticamente cuestionable en la asignación de recursos y la atención médica, además de vulnerar la regla de la equidad.

Estos principios se vuelven más objetivos cuando se aplican a los individuos, pero la ética puede mejorarse si se articulan con otros principios presentes en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH)*<sup>16</sup>, como la responsabilidad social, la solidaridad, la cooperación y la participación en los beneficios. En este sentido, Paranhos, Garrafa y Melo<sup>10</sup> postulan la insuficiencia epistemológica del principialismo para justificar y tomar decisiones clínicas y de investigación con poblaciones vulnerables y de países periféricos.

Mainetti afirma que la consideración de los valores en la definición de la salud y la enfermedad no es solo un ejercicio de ociosidad filosófica sin consecuencias sobre la realidad, de modo que *La naturaleza de la medicina y de la asistencia sanitaria depende de esos conceptos-valores fundamentales que determinan la objetividad científica, la operatividad técnica y la justificación moral de las prácticas clínicas y sanitarias, configurando el ideario del poder médico, profesional e institucional en el orden político, económico y social*<sup>17</sup>.

Para el autor, el nuevo paradigma bioético abre múltiples posibilidades para la medicina y la atención a la salud, con modificación del orden médico paternalista, históricamente asociado al poder en detrimento de las demandas sociales<sup>17</sup>.

De manera complementaria y coherente con el enfoque deontológico moderno influenciado por la bioética principialista, Manzini<sup>18</sup> afirma que la relación médico-paciente suele ser asimétrica, a pesar de todos los esfuerzos. Es deber del equipo de salud buscar compensar las asimetrías en la medida de lo posible, *la integridad profesional de quienes actúan es fundamental. Ninguna norma moral o jurídica cumplirá su finalidad si no está encarnada, si no hay una íntima convicción de cumplirla por parte del agente. El concepto de integridad profesional es una de las virtudes exigidas a los trabajadores de la salud, y nos remite a las teorías éticas de la virtud social*<sup>18</sup>.

No se observaron cambios importantes en el CEM en cuanto a la autonomía del paciente en el período de casi una década. El mantenimiento del predominio de la autonomía del médico, aunque sea parcial, sobre la del paciente reafirma la persistencia del modelo paternalista de fuerte influencia hipocrática actualmente criticado. Reflexionando desde una perspectiva kantiana, el paciente es el sujeto del proceso, mientras que el profesional es un mero objeto de realización de una virtud, que es cuidar al paciente.

Aunque insuficientes, los cambios invitan a la reflexión sobre el principio bioético del respeto a la autonomía, frente a las dificultades en la vida profesional cotidiana. En la actualidad, la autonomía es un derecho del paciente, y el individuo que padece experimenta una nueva relación con el médico, la de ciudadano autónomo. Sin embargo, el paciente ha sido históricamente vulnerable debido a la asimetría de la dependencia del cuidado, causada en la mayoría de las veces por su situación económica y manifestada en la jerarquía profesional para cuidados a veces complejos, educación insuficiente e desconocimiento de la semiótica científica, el sufrimiento, etc.

De esta manera, el respeto a la autonomía del paciente adquiere los contornos éticos del respeto a la autodeterminación, a la privacidad y la confidencialidad, y al consentimiento informado. El respeto a la autonomía se expresa, entre otras formas, en el deber de obtener el consentimiento

informado, que presupone la capacidad de decisión del paciente<sup>5</sup>. La crítica al consentimiento informado aquí tiene sentido, revelando la insuficiencia del CEM para orientar un estándar ético sobre los avances en la consecución, protección y garantía de los derechos de los participantes y las comunidades involucradas en la investigación en Brasil.

La autonomía médica que se superpone a la del paciente tiene dos características: la parcialidad y la preocupación por la objeción de conciencia, defensas normativas de la autoridad médica en el ejercicio profesional que requieren una reflexión permanente y el aporte social. La organización y redacción del CEM, firmemente sustentado en la tradición deontológica, con una extensa composición de artículos como guía de virtudes ejemplares de buena conducta, deja poco espacio para la preocupación por la salud pública y la justicia social y distributiva en situaciones de escasa asignación de recursos.

Esta comprensión sitúa la autonomía en la relación médico-paciente en el nivel de un conflicto psicológico o ético idealizado, abstraído de la realidad de conflictos políticos, comunitarios y sociales más amplios. Asimismo, el principio de justicia se delimita por la preocupación por la no explotación, la no discriminación y la distribución de los tratamientos, pero no por el derecho al tratamiento con equidad (característica utilitarista actual, que reduce la autonomía de las personas bajo cuidado), el acceso a la investigación y a los resultados de la investigación.

El CEM presenta un capítulo dedicado a los derechos humanos, en el que se asume la dignidad humana como un derecho y valor por proteger, y condena las prácticas de tortura y la pena de muerte. En general, la justicia es citada como una virtud médica que facilita los derechos individuales. La salud pública no ocupa un lugar principal para la reflexión de los médicos, que los guía en la toma de decisiones en situaciones de escasez de recursos e incertidumbres, por ejemplo, y no se garantiza una mayor protección de los sujetos de investigación.

Reflexionando sobre la ética de la investigación científica, Rivera afirma que (...) *La base de un modelo deontológico, universalista y formal frustró el potencial de reflexión sobre los valores que rigen la investigación, separando la ética de la investigación de la revisión epistemológica y del análisis de sus implicaciones políticas*. En el mismo texto, la autora complementa: (...) *los códigos de ética regulatorios que se centran en el llamado*

*“consentimiento informado” –y como complemento también en la “protección de las poblaciones vulnerables”, es decir, aquellas cuya capacidad de autodeterminación se ve disminuida de alguna manera– solo pueden proporcionar un marco ético mínimo, y en mi opinión insuficiente, para una orientación efectiva de la investigación*<sup>19</sup>.

La facilidad instrumental para la aplicación de reglas y normas derivadas de la ética principialista, internamente conflictivas, impone el riesgo de una generalización acrítica y descontextualizada en la solución de los conflictos morales. Además, existe un conflicto interno en la influencia de las tres teorías éticas normativas, dos de las cuales son incompatibles entre sí, la deontología y el utilitarismo. Los códigos deontológicos son insuficientes para responder a situaciones imprevistas en todos los escenarios futuros posibles, y ningún principio puede aplicarse en todas las circunstancias, e incluso puede entrar en conflicto en la toma de decisiones<sup>20</sup>.

Un código cerrado a los médicos no da cuenta de los dilemas actuales en materia de salud, considerada ya no solo la antítesis de la enfermedad y el cuerpo en sufrimiento, sino un subproducto histórico de amplias condiciones que permiten, además de la supervivencia con un cuerpo apto para el trabajo, el derecho a una calidad de vida con posibilidades reales de creación y disfrute de espacios y modos saludables de sociabilidad<sup>21</sup>.

Reflejando la ausencia de una teoría moral común en la bioética principialista<sup>11,12</sup>, con una relativa distancia de la salud pública, el CEM señala situaciones o ejemplos de cuasi dilemas, o máximas, con las que los médicos deberían preocuparse. Estas máximas dependen del principio organizador e influyente de la idea contenida en el artículo, determinando un comportamiento, que resulta en el mantenimiento de un modelo tradicional, deontológico y virtuoso.

Los aspectos virtuosos del CEM se relacionan inicialmente con la responsabilidad y la solidaridad con la profesión médica, apuntando a la ética, el prestigio, la buena reputación de la profesión, el perfeccionamiento científico y la no comercialización. Luego, guían el respeto hacia el paciente y otros profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta la aplicación de las informaciones contenidas en el CEM en la rutina profesional, al CFM interesa cambiar la relación del poder médico. Sin embargo, la interpretación del texto



para su aplicación en la vida cotidiana depende de factores como: la reflexión bioética crítica y contextualizada en los cursos de grado y posgrado; la educación continua en el lugar de trabajo, fomentada por los organismos internacionales de clase<sup>22</sup> y los consejos regionales, para la adopción de decisiones compartidas; constitución y activación de comités interdisciplinarios de bioética; y, sobre todo, el fortalecimiento de la democracia en el país.

Si el CFM quiere superar el modelo del código deontológico en favor de uno más flexible y cercano a la bioética, que sea a través de los caminos epistemológicos y biopolíticos que definen a la bioética latinoamericana. Esta vertiente se refiere a una agenda democrática para la reducción de las injusticias y desigualdades sociales que garantice el derecho de acceso de la mayoría de la población a la salud más básica, así como la que proporciona el desarrollo científico y tecnológico más avanzado<sup>23</sup>.

Garrafa defiende más que la autonomía individual, una autonomía política institucional para adoptar valores nacionales, contextualizada en la realidad de la mayoría agraviada, e independiente del imperialismo moral.

*Es indispensable que una nueva bioética, más dinámica y politizada, construya y ponga a disposición de las naciones y comunidades más necesitadas de bienes de consumo mínimos para la supervivencia humana un conjunto de herramientas concretas de teoría y un método científico que, respetando la pluralidad histórica de cada lugar, permita buscar sus propios destinos de manera cooperativa, sin injerencias espurias y con la debida dignidad<sup>4</sup>.*

Así, con el reconocimiento de la participación decisiva de representantes de la bioética latinoamericana, especialmente de Brasil, en el cambio y ampliación de la agenda de la DUBDH<sup>16,23</sup>, se propone que esta declaración oriente los futuros trabajos de revisión de un nuevo código de bioética médica basado en la lectura de las teorías bioéticas nacionales. Esto implicará una revisión a partir de la recepción de sugerencias de sectores organizados de la sociedad civil y la conformación de un modelo de código que oriente el trabajo integrado, en equipo, para la propuesta de decisiones compartidas, orientadas principalmente a la salud pública.

De igual importancia será el avance en los códigos de las demás profesiones de la salud para

mantener la equivalencia de las identificaciones políticas y epistemológicas, y la apertura al trabajo interprofesional. Autores que analizaron el contenido textual de los códigos deontológicos de los dentistas<sup>9</sup>, fisioterapeutas<sup>24</sup> y terapeutas ocupacionales<sup>25</sup> en Brasil identificaron concepciones corporativistas y legalistas, en las cuales prevalece una visión de autonomía profesional, que difiere de los artículos científicos con marco teórico bioético, en los que predominó la autonomía centrada en el paciente.

Si las razones políticas y la crítica social exigen a los médicos una mayor coherencia con la realidad contextual, la salud y la enfermedad como fenómenos sociales requieren soluciones políticas, con una amplia apertura al diálogo con la sociedad. De esta manera, las decisiones compartidas son posibles en interés de todos los individuos y en protección de aquellos en situaciones de mayor vulnerabilidad, lo que implica la consideración de valores expandidos, más allá del principialismo, y formatos de código menos deontológicos.

Rivera pondera que, precisamente a partir del diálogo, surge la posibilidad de construcción de nuevos consensos como marcos rectores, ya no deontológicos, sino axiológicos. Es decir, no se basa en principios o deberes, sino en los valiosos objetivos que cada comunidad determina para orientar su propio desarrollo tecnológico y científico. Porque no hay un único camino para progresar y no hay un solo ideal que nos guíe. Somos decididamente responsables tanto de construir el camino como de definir los valores que elegimos en comunidad para definir qué significa el “progreso” de la ciencia y la tecnología<sup>19</sup>. Los derechos humanos fundamentales deben seguir siendo la base para resolver los problemas éticos y jurídicos en el ámbito de la biomedicina<sup>21</sup>, porque el ser humano es el único sentido y meta del desarrollo. En este sentido, llevando la reflexión al tema de los códigos deontológicos profesionales, solo el ser humano debe ser objeto de cualquier regulación que pretenda ser democrática, participativa y verdaderamente bilateral<sup>4</sup>.

La ética médica es filosofía moral cuando examina todas las cuestiones delicadas que directa o indirectamente plantea la medicina desde su núcleo central: el paciente no solo como objeto, sino también como sujeto del cuidado<sup>26</sup>.

## Consideraciones finales

Los textos analizados de las dos versiones del CEM presentan un modelo deontológico de orientación ética profesional para la relación médico-paciente similar, con predominio de los aspectos técnicos procedimentales, las virtudes y la autonomía del médico, organizados como un código de conducta para el profesional competente y virtuoso. Por otro lado, se ha observado, en los códigos de ética de las profesiones de la salud en Brasil y en el mundo, el énfasis en el principio de respeto a la autonomía, con referencia a la relación médico-paciente, con una reducción del poder médico y de la investigación médica centrada en el consentimiento informado.

Mediante la articulación de tres teorías éticas normativas (virtud, deontología y utilitarismo) en un solo documento, el CEM demuestra la intención de superar aspectos teóricos antagónicos en la rutina profesional. Los aspectos deontológicos predominantes en el CEM revelan la necesidad de una actualización periódica orientada al trabajo en

salud en la actualidad, con énfasis en los derechos del paciente y en los aspectos relacionados con la promoción de la justicia, especialmente aquellos que garantizan la equidad en el acceso a la atención y a la salud pública de calidad.

Los códigos de ética son insuficientes para responder a situaciones imprevistas en todos los escenarios futuros posibles, y ningún principio puede aplicarse sin conflicto en ninguna circunstancia.

Frente a los desafíos actuales, como la apertura indiscriminada de las facultades de medicina, la preocupación por la calidad de la formación médica, la necesidad de internalizar la medicina, la crítica a la Ley del Acto Médico<sup>27</sup>, la invasión de competencias por parte de otros profesionales, el desarrollo acelerado de tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento, las políticas de salud, la coexistencia entre enfermedades persistentes y emergentes, y el desarrollo de la bioética con la exigencia de considerar el pluralismo moral en la toma de decisiones en salud, el CFM debería proponer modificaciones menos deontologizadoras y más axiológicas al código de ética, considerando estas condiciones.

## Referencias

1. Lanzer P. Let us speak about ethics: call-to-action. *Eur Heart J* [Internet]. 2022 [acceso 15 maio 2024];43(11):1027-28. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab813
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 70, 24 set 2009 [acceso 15 maio 2024]. Disponível: <https://tmy.im/ckM4k>
3. Komparic A, Garon-Sayegh P, Bensimon CM. The promises and limitations of codes of medical ethics as instruments of policy change. *Bioethics* [Internet]. 2023 [acceso 15 maio 2024];37(4):406-15. DOI: 10.1111/bioe.13143
4. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2012 [acceso 15 maio 2024];20(1):9-20. Disponível: <https://tmy.im/DHH2J>
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 8. Tradução livre.
6. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acceso 29 nov 2023]. Disponível: <https://bit.ly/40lcAqv>
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Samara EM, Tupy ISST. *História e documento e metodologia da pesquisa*. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
9. Pyrrho M, Prado MM, Cordón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2009 [acceso 15 maio 2024];14(5):1911-8. DOI: 10.1590/S1413-81232009000500033
10. Paranhos FRL, Garrafa V, Melo RL. Estudo crítico do princípio de benefício e dano. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acceso 15 maio 2024];23(1):12-9. DOI: 10.1590/1983-80422015231041

11. Clouser KD. Common morality as an alternative to principlism. *Kennedy Inst Ethics J* [Internet]. 1995 [acesso 15 maio 2024];5(3):219-36. DOI: 10.1353/ken.0.0166
12. Azambuja LEO, Garrafa V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 15 maio 2024];23(3):634-44. DOI: 10.1590/1983-80422015233100
13. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. 3ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010.
14. Dissanayake AS, Rajapakse IH, Mihiran DJD. Professionalism, ethics and good medical practice: from lofty ideals to bedside medicine. *Asian J Intern Med* [Internet]. 2022 [acesso 15 maio 2024];1(1):3-8. DOI: 10.4038/ajim.v1i1.25
15. Evans D. Benefit and harm. In: ten Have HAMJ, Gordijn B, organizadores. *Handbook of global bioethics*. New York: Springer; 2014. p. 59-74.
16. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 15 maio 2024]. Disponível: <https://tny.im/0L8CL>
17. Mainetti JA. Crisis de la razón médica. In: Tealdi JC, diretor. *Diccionario latinoamericano de bioética* [Internet]. Bogotá: Unesco; 2008 [acesso 15 maio 2024]. p. 438-9. Tradução livre. Disponível: <https://tny.im/NWsoG>
18. Manzini JL. Relación médico-paciente. In: Tealdi JC, diretor. *Diccionario latinoamericano de bioética* [Internet]. Bogotá: Unesco; 2008 [acesso 15 maio 2024]. p. 441-4.
19. Rivera S. Alcances y límites del modelo deontológico en el campo de la ética de la investigación biomédica. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2009 [acesso 15 maio 2024];107(1):43-8. Tradução livre. Disponível: <https://tny.im/94mf5>
20. Vitolla F, Raimo N, Rubino M, Garegnani GM. Do cultural differences impact ethical issues? Exploring the relationship between national culture and quality of code of ethics. *Journal of International Management* [Internet]. 2021 [acesso 15 maio 2024];27(1):100823. DOI: 10.1016/j.intman.2021.100823
21. Patuzzo S, Goracci G, Ciliberti R. Thomas Percival: discussing the foundation of medical ethics. *Acta Biomed* [Internet]. 2018 [acesso 15 maio 2024];89(3):343-8. DOI: 10.23750/abm.v89i3.7050
22. Parsa-Parsi RW. The International Code of Medical Ethics of the World Medical Association. *JAMA* [Internet]. 2022 [acesso 15 maio 2024];328(20):2.018-21. DOI: 10.1001/jama.2022.19697
23. Soares FJP, Shimizu HE, Garrafa V. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 15 maio 2024];25(2):244-54. DOI: 10.1590/1983-80422017252184
24. Melo AUC, Gonçalves SRJ, Ribeiro CF, Santos TS, Santana ATR. Análise comparativa entre os códigos de ética odontológica e médica brasileiros. *Acta Bioeth* [Internet]. 2012 [acesso 15 maio 2024];18(2):257-66. DOI: 10.4067/S1726-569X2012000200014
25. Figueiredo LC, Gratão ACM, Martins EF. Código de ética para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais revela conteúdos relacionados à autonomia do profissional. *Fisioter Pesq* [Internet]. 2013 [acesso 15 maio 2024];20(4):394-400. DOI: 10.1590/S1809-29502013000400015
26. Kalyuzhny R, Makeieva O, Shapenko L. Biomedical ethics and human rights in the context of innovation and information development of society. *Journal of History Culture and Art Research* [Internet]. 2020 [acesso 15 maio 2024];9(1):96-106. DOI: 10.7596/taksad.v9i1.2537
27. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 11 jul 2013 [acesso 29 out 2024]. Disponível: <https://tny.im/DwLsM>

**Francisco José Passos Soares** – Doctor – francisco\_passos01@hotmail.com

 0000-0002-5872-2183


**Volnei Garrafa** – Doctor – garrafavolnei@gmail.com

 0000-0002-4656-2485

**José Lualyson da Silva Santos** – Graduando – lualysonjose@gmail.com

 0000-0001-8619-6064

**Roberto Vieira dos Santos** – Graduando – roberto.santos.rvs@gmail.com

 0000-0003-3609-2376

#### Correspondencia

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

#### Participación de los autores

Francisco José Passos Soares participó como investigador principal, preparando el proyecto, orientando y supervisando la recolección de datos, resultados y discusión, y finalizó la elaboración del artículo. Volnei Garrafa idealizó el proyecto, supervisó los resultados y la discusión, y aprobó la versión final. José Lualyson da Silva Santos contribuyó con la recolección de datos, la organización de los resultados, la discusión y la preparación del artículo. Roberto Vieira dos Santos participó en la recolección de datos, organización de resultados, discusión y preparación del artículo.

**Recibido:** 4.5.2023

**Revisado:** 27.5.2024

**Aprobado:** 29.5.2024