

Introducción a la responsabilidad médica. De la deontología al bioderecho

Camilo Iván Machado Rodríguez*

En la actualidad han adquirido relevancia una serie de problemas de carácter deontológico-ético, bioético y de bioderecho (biojurídico)¹, propios de la actividad médica, específicamente de la llamada biomedicina, entendida como “el sistema por el cual los médicos y otros profesionales de atención en salud tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía. También se llama medicina convencional, medicina occidental, medicina corriente, medicina ortodoxa y medicina alopática”². Esta situación ha motivado, de una u otra forma, una mayor intervención por parte del Derecho, a diferencia de lo

que ocurría en el pasado. Prueba de ello es que hoy se habla de *Derecho médico* como aquella parte del Derecho que se dedica a la protección de los principios fundamentales que en el ejercicio de la profesión se deben aplicar y desarrollar, entre los cuales ocupan lugar destacado el respeto a la vida e integridad de la persona humana, la prevención y mantenimiento de la salud del individuo y de la comunidad en su caso.

A medida que la sociedad avanza se van incrementando los riesgos en todo tipo de actividad; no ha sido ajena a ello la actividad médica. Como consecuencia, se inicia un proceso de preocupación por parte del Derecho en regularla, proceso en el que se destaca la implementación de figuras como el consentimiento del paciente, y el deber profesional de información que van a pasar a tener una definición típicamente jurídica; con su caracterización, la expresión de los requisitos a que están sometidos, los supuestos de aplicación, o de no aplicación, etc. Es precisamente lo que hoy en día conocemos como la institución jurídica del *con-*

* Abogado de la Universidad Externado de Colombia, especialista en Derecho Penal y Ciencias Criminológicas de la misma casa de estudios. Licenciado en Derecho de la Universidad de Salamanca (España) de donde también es doctorado en Derecho.

1. Cfr. ANDRÉS OLLERO. *Bioderecho. Entre la vida y la muerte*. Thomson Aranzadi. Garrigues Cátedra Universidad de Navarra. The Global Law Collection, 1.^a ed., 2006. p. 19. “Nos encontramos en efecto ante una nueva rama jurídica caracterizada por su atención al respeto y protección de la vida humana, desde la concepción hasta su final. Se la ha calificado en ocasiones, impropriamente, como ‘biojurídica’. La bioética es una rama de la ética, entendido este término como sustantivo y no como adjetivo; si llamamos ‘Derecho’ al estudio de la regulación jurídica de diversos aspectos de la vida en sociedad, parece lógico acudir a tal sustantivo y no a un adjetivo para identificar a la nascente disciplina”.

2. Cfr. www.cancer.gov (consultada el 15 de agosto de 2008).

sentimiento informado, que responde a un esquema, en el que consentimiento e información forman un *tándem* inseparable con definición jurídica.

La medicina como profesión también fue una de las primeras en manifestar la necesidad de unas *normas morales y éticas propias*; en el proceso de evolución podemos distinguir dos períodos:

1. Histórico
2. Moderno

El primer periodo denominado *histórico* (tuvo sus orígenes propios en las diversas culturas: en Occidente, en la India, en el mundo judío y en la cultura china). En el mundo occidental partimos de los antecedentes de los manuscritos recogidos en el conocido *Corpus hippocraticum*; se da este nombre a un conjunto de escritos médicos de muy distinta naturaleza que han sido atribuidos por la tradición a HIPÓCRATES de Cos, el llamado padre de la medicina. Esta colección consta de dos partes fundamentales: en la primera aborda las obligaciones éticas del médico hacia sus maestros y familiares, mientras que en la segunda trata de sus relaciones con el enfermo. La existencia histórica de este personaje está confirmada en los diálogos de PLATÓN; pueden encontrarse referencias textuales directas especialmente en el *Protágoras* y en el *Fedro*. El *Corpus* es realmente una enciclopedia, la primera en la historia de la medicina, que inicia la tradición científica de esta disciplina en Occidente.

En este tipo de documentos y escritos se impusieron los valores éticos más elevados a los médicos, de allí surgió el célebre *juramento hipocrático*. En uno de sus escritos se recuerda la máxima médica: *La pauta para el tratamiento de un enfermo será beneficiar, o por lo menos no perjudicar*, máxima que hoy se encuentra vigente al estar recogida en los principios de bioética médica en su corriente principialista característica de Norteamérica. Por lo anterior, el juramento hipocrático debe considerarse como el primer código deontológico de la época histórica. Por otra parte, las alusiones jurídicas a temas médicos, y más concretamente a la responsabilidad del médico, no son un concepto nuevo, pues ya en el año 1728 a. de C. el Código del Rey Hammurabi les dedicaba al menos nueve artículos de los 282 de que constaba, y algunos específicamente a las faltas de los médicos y los castigos correspondientes.

Los preceptos de ese antiquísimo código que se relacionan directamente con la responsabilidad médica son:

§218.- *Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte de ese señor o (si) ha abierto la cuenca el ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha destruido el ojo de ese señor, se le amputará su mano.*

§219.- *Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en el esclavo de un subalterno con una lanceta de bronce y le ha causado la muerte, entregará esclavo por esclavo.*

§220.- *Si ha abierto la cuenca de su ojo con una lanceta de bronce y ha destruido su ojo, pesará plata por la mitad de su precio.*

§221.- *Si un médico ha compuesto el hueso roto de un señor o le ha curado un músculo enfermo, el paciente dará al médico cinco siclos de plata.*

§222.- *Si es un hijo de subalterno, le dará tres siclos de plata.*

§223.- *Si es un esclavo de un particular, el propietario del esclavo dará al médico dos siclos de plata.*

Con un marcado énfasis religioso, en el mundo judío aparecen los códigos de *Asaph* (médico hebreo del siglo VI) y más tarde, en el siglo XII la *Oración de Maimónides* (médico judío cordobés). Dentro de la cultura china encontramos los *Cinco mandamientos y las diez exigencias*, de CHEN SHIH-KUNG, médico chino del siglo XVII.

En este periodo denominado histórico existían alusiones de contenido ético y legislativo. Se sostenían principios como el de la benevolencia hacia el enfermo, que se traduce en la restricción del principio de la autonomía (fundamento del consentimiento del paciente), como se puede entender en nuestros días, además de la consideración sacerdotal que se atribuía a la profesión médica. El paciente, para este periodo, era un *infirmus*, como dirán los latinos, un ser sin firmeza, un minusválido físico, psíquico y moral, incapaz de saber qué le conviene para restablecer el orden perdido, la salud. De esta forma, la inicial relación existente entre médico y paciente es evidente: se trata de una relación vertical en la que el paciente debe obedecer al médico en todo,



colaborar con él en la restauración del orden de la salud cumpliendo las órdenes que éste, en tanto que técnico y científico, estime oportunas.

La medicina griega es beneficentista y paternalista por excelencia, características que constituyen el sustrato moral del modelo de relación médico-paciente, típico de esta época. El paternalismo es pues aquella forma de relación en la que un sujeto (médico) trata de proporcionar bienintencionadamente a otro (enfermo) el mayor bien posible, tal y como el que actúa entiende tal cosa, despreocupándose de si el que recibe dicho bien tiene otra opinión al respecto. Así las cosas, el juramento hipocrático es el texto paradigmático de la ética médica griega, que se encuentra totalmente imbuido de esta concepción en la relación existente entre el médico y el enfermo. No obstante lo anterior, es importante resaltar que el modelo de la medicina hipocrática era uno más entre otros modelos del ejercicio de la medicina, caracterizado por ser más autoritario que otros y por fundarse en el principio de beneficencia, propio de un modelo paternalista. Este modelo fue transmitido durante la Edad Media, y aceptado por la medicina de la Ilustración.

En el segundo periodo, denominado *moderno*, el exponente principal fue el médico inglés Thomas

Percival, quien en el siglo XIX publicó un código deontológico, conocido como *Código Percival*, considerado un verdadero código de deontología médica, que ha influido en las normas éticas de todo el mundo, tales como las expedidas por la Asociación Médica Americana (AMA) y la Asociación Médica Mundial (AMM).

Desde el punto de vista de la responsabilidad ética, en 1834 BENTHAM introduce el término deontología (del griego *deon*: lo que debe ser hecho), para designar la ética profesional. Dicho término tiene la ventaja de contraponer lo que debe ser (deontología), a lo que es (ontología), de referirse a una ética aplicada y práctica, y de delimitar el campo de la ética profesional, de modo que resulta más útil que el término ética mucho más amplio, que en todo caso no pierde su validez. La deontología actual es una ética aplicada que exige un código de conducta (Código de deontología ética colombiana, Ley 23 de 1981), una tipificación de infracciones y sanciones, un sistema de recepción y análisis de consultas, propuestas o quejas, un procedimiento de enjuiciamiento y, finalmente, si procede aplicarlo, un sistema de sanciones. Así las cosas, los códigos de conducta creados por asociaciones de carácter internacional (Asociación Médica Americana, Aso-

ciación Médica Mundial) han tenido un profundo impacto en el campo deontológico de la medicina, y en el desarrollo inicialmente jurisprudencial y posteriormente legal de la responsabilidad médica.

Es clara la incidencia de las organizaciones de carácter internacional como la AMM, la cual por medio de declaraciones de sus voceros ha marcado la pauta que debe seguirse: Así, por ejemplo, en la declaración de Helsinki³, básicamente realiza recomendaciones para los médicos que practican investigaciones biomédicas en seres humanos; otra declaración trascendente para nuestro propósito es la declaración de Sydney⁴, donde se realizaron importantes consideraciones sobre el consentimiento en la disposición de órganos, “en los países donde la ley lo permite, utilizar los órganos del muerto, siempre que se hayan cumplido los requisitos legales respecto del consentimiento”. En la declaración de Venecia⁵ se plasmaron recomendaciones sobre enfermedades terminales. En la de Rancho Mirage⁶ se efectuaron recomendaciones sobre educación médica y sobre el trasplante de órganos humanos. En la recomendación de Viena⁷ se aludió a la responsabilidad profesional de los médicos infectados con sida. En la de Hong Kong⁸ se hicieron múltiples

propuestas sobre la sustitución genérica de medicamentos. En la de Malta⁹ se dieron recomendaciones sobre los huelguistas de hambre. En la Declaración de Marbella¹⁰ encontramos recomendaciones sobre asuntos como el proyecto del genoma humano. Como se puede apreciar, la AMM ha dado una serie de recomendaciones aplicables al campo sanitario (médico), las cuales han tenido repercusiones mundiales, pues cada país ha ido orientando sus legislaciones hacia ellas, conformando leyes especiales o verdaderos códigos nacionales de ética o deontología médica.

Más recientemente, el Consejo de Europa expidió el *Convenio para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina*: Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997, también denominado Convenio de Oviedo. En esencia, representa el más firme instrumento de carácter internacional vinculante en materia de protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina; entre otras cosas, contiene una regulación detallada del consentimiento del paciente¹¹.

3. Esta declaración de la AMM fue adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989.

4. Declaración adoptada por la 22 Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto, 1968 y enmendada por la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, 1983.

5. Declaración adoptada por la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.

6. Declaración adoptada por la 39 Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987.

7. Recomendación adoptada por la 40 Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, septiembre 1988.

8. Recomendación adoptada por la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989.

9. Recomendación adoptada por la 43 Asamblea Médica Mundial, Malta, noviembre 1991 y revisada en la 44 Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, septiembre 1992.

10. Declaración adoptada por la 44 Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, 1992.

11. El capítulo segundo del Convenio de Oviedo de 1997, relativo a los derechos humanos y de la biomedicina, en su art. 5.º, dispone sobre el consentimiento. Regla general. “Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Art. 6.º Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento. 1. A reserva de lo dispuesto en los arts. 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo. 2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución señalada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez. 3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de

Las disposiciones enunciadas de carácter internacional han influido en la promulgación de normas nacionales sobre faltas a la ética médica y atentados al ordenamiento jurídico por parte del personal sanitario, es decir, la evolución de estas directrices ha sido de notable influencia en lo relacionado con la responsabilidad deontológica-ética y, en consecuencia, ha originado el establecimiento de órganos (tribunales de ética médica).

En la actualidad, a los profesionales se les faculta para proceder a la auto-ordenación de su práctica profesional por medio de los denominados colegios profesionales¹². Los colegios profesionales en países como España, si bien en principio tienen una función privada de defensa de los intereses de los asociados, se considera además que cumplen una misión de interés general, en cuanto son beneficiosos para el conjunto de ciudadanos usuarios potenciales del servicio de que se trate, quienes disfrutarán de su buen funcionamiento en áreas decisivas de la organización social.

La potestad de autorregulación, en el caso de la actividad médica, abarca tanto la denominada *lex artis*, entendida como la forma peculiar que tiene el facultativo de tratar un caso clínico concreto (*lex artis ad hoc*), como los reglamentos y estatutos de la organización profesional, en los que se concreta la potestad de auto-ordenación del ejercicio profesional, y que incluyen listados de derechos y deberes profesionales y procedimientos sancionadores, e incluso los códigos deontológicos, en los que se



establecen las pautas de comportamiento ético que ha de observar el médico en el ejercicio de su actividad profesional.

En el caso colombiano los órganos de control y de aplicación del régimen disciplinario ético-deontológico médico corresponden a la Federación Mé-

su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización. 4. El representante, la autoridad, persona o institución indicadas en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el art. 5.5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Art. 7.º Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Art. 8.º Situaciones de urgencia. Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Art. 9.º Deseos expresados anteriormente. Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.

12. El colegio es una corporación de Derecho público que, en la idea de que va a cumplir también fines públicos, recibe del legislador potestades reglamentarias que le sirven para llevar a cabo la ordenación del ejercicio de la profesión, mediante normas de obligado cumplimiento para los asociados, acompañadas incluso de atribuciones disciplinarias.

dica y a los tribunales ético-profesionales. La Ley 23 de 1981 (febrero 18), publicada en el *Diario Oficial* n.º 35.711, del 27 de febrero de 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, en su título III habla de los Órganos de control y régimen disciplinario, y en su capítulo I de la Federación Médica y los tribunales ético-profesionales. En su artículo 62 dispone: “Reconócese a la Federación Médica Colombiana como institución asesora y consultiva del Gobierno Nacional”. En el artículo 63. “Créase el Tribunal Nacional de Ética Médica con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia”.

Ahora, como es fácil de entender, los profesionales de la medicina prefieren que las referencias normativas necesarias para el ejercicio de su actividad, incluso en aquellas hipótesis en las cuales puede interferirse con el interés social, sean aportadas o provengan de normas de carácter deontológico o ético, antes que legal¹³. El médico, desde siempre, ha mostrado un rechazo hacia el mundo del Derecho, que se presenta ante él como un contrario o rival en el ejercicio de su práctica. Mientras que el Derecho es percibido como el mundo de los intereses contrapuestos, de los litigios, de las partes; en la actividad médica el enfrentamiento y los intereses contrapuestos no existen (en principio), pues la misión perseguida por el profesional es el restablecimiento de la salud, fin para el cual es necesario la puesta en común de esfuerzo y colaboración entre médico y paciente.

En la década de los años sesenta aparece una perspectiva bioética¹⁴. En la bibliografía anglosajona los dos primeros autores que introdujeron el término bioética fueron el oncólogo de la Universidad de Wisconsin VAN RENSSLAER POTTER, y el ginecólogo holandés ANDRÉ HELLEGERS¹⁵ (durante su permanencia laboral en la Universidad de Georgetown). Estos dos autores ofrecen conceptos totalmente diferentes sobre lo que debe entenderse por bioética. En últimas, se trata de dos posiciones que dan lugar a dos conceptos de la bioética que tienen muy poco en común. El primero apenas ha tenido seguidores entre las personas que se dedican a la atención sanitaria, por ser un concepto de bioética global. Han sido las propuestas de HELLEGERS y de la escuela de Georgetown las que han logrado una posición hegemónica en la bioética médica o clínica. Podría entenderse por bioética *los criterios que sirven para la orientación de los comportamientos humanos que tienen que ver con la vida y la salud de las personas*. Así mismo, la bioética es una disciplina que nace de manos de médicos y biólogos. Fue concebida como una combinación de conocimiento científico y humanista, no como una materia jurídica, pues si todo pudiera ser positivizado en leyes, volveríamos el código único de conducta, impuesto en este caso por el poder legislativo, cuando lo que se pretende, por expresarlo un tanto unánimemente, es *oponer a la razón de la fuerza, la fuerza de la razón*, respetando lo más posible los intereses privados de las personas¹⁶.

En mi opinión, el contenido del término “bioética”, como nos lo indica la doctrina, se subdivide

13. En el caso español las normas de carácter ético se encuentran en el Código de Ética y Deontología Médica de 1990 expedido por la Organización Médica Colegial. El anterior Código no posee el carácter de ley como sucede en Colombia, en donde las normas de conducta de los médicos se encuentran reguladas en el Código de Ética Médica, Ley 23 de 1981 (febrero 18). *Diario Oficial* n.º 35.711, del 27 de febrero de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

14. Cfr. ANDRÉS OLLERO. Op. cit., p. 15. “La vida humana se ha visto reconocida desde los primeros pasos de la reflexión ética como un bien de obligado y prioritario respeto. De ahí que hablar de bioética hace siglos hubiera sonado redundante. ¿Cómo sería concebible hablar de ética sin incluir en ella el respeto a la vida?”.

15. “La bioética de HELLEGERS estaría casi en las antípodas de la propuesta de POTTER. Sus preocupaciones no son primariamente filosóficas sino prácticas: fundamentalmente evitar la lesión de los derechos de los pacientes cuando están en los hospitales y se les atiende, o cuando se experimenta con ellos. Ambos conceptos nacen en el ámbito cultural anglosajón a finales de los sesenta. Y a ambos les preocupa el impacto de las nuevas tecnologías: pero al primero en cuanto pueden desequilibrar las relaciones del hombre con la naturaleza, y al segundo en cuanto que pueden amenazar la autonomía del individuo”. Vid. VICENTE BELLVER CAPELLA. “El concepto de bioética: una propuesta operativa”, en AQUILIANO CAYUELA CAYUELA, JULIÁN VARA MARTIN et al. *Ética, bioética y desarrollo. El hombre como ser dependiente*, Editorial Comares, Granada 2004, p. 63.



en dos niveles: un primer nivel en el que aparecen los grandes temas de la bioética: el aborto, la eutanasia, la clonación, la reproducción asistida, la investigación con embriones o los trasplantes de órganos, y un segundo nivel, mucho más concreto, en el que se abordan los conflictos propios de la relación médico-paciente, o entre el investigador y el sujeto de experimentación. Una de las corrientes bioéticas más destacadas de la actualidad es la del principialismo. Propone una serie de principios: de autonomía (del gr. *autos* “uno mismo” y *nomos* “regla”; lit. “gobierno propio o autodeterminación”), de beneficencia (del lat. *bonum facere*, lit. “hacer el bien”), de no maleficencia (del lat. *non malum facere*, lit. “no hacer daño”), y de justicia (del lat. *iustitia*, en el sentido originario o “físico”, “corrección o adecuación, ajuste a un modelo”).

Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios

o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello. De este principio se obtienen unas pautas concretas en orden a una práctica médica y de investigación correcta. Es necesario que los individuos presten su consentimiento informado, y que las personas que no sean autónomas, por ser incompetentes o incapaces, sean sustituidas por otras que las representen.

El principio de beneficencia se descompone en dos reglas: 1. La obligación de no hacer daño, y 2. Extremar los posibles beneficios y minimizar los riesgos. En el plano de la acción este principio comporta la necesidad de evaluar riesgos y beneficios.

Por justicia se entiende la imparcialidad en la distribución de los riesgos y los beneficios, así como el deber de tratar de la misma manera a quienes sean iguales. De éste se deriva, entre otras reglas, que las personas sobre las cuales se investiga sean seleccionadas de forma equitativa.

De estos principios el que más importancia presenta en la actualidad es el de autonomía, porque los otros tres no aportan grandes novedades a la reflexión ética de los últimos siglos. Desde la

16. AGUSTÍN DEL CAÑIZO FERNÁNDEZ-ROLDÁN. “Comités institucionales de Bioética”, en MARÍA TERESA LÓPEZ DE LA VIEJA (ed.), *Bioética. Entre la medicina y la ética*, Universidad de Salamanca, 2005, p. 136.

época de HIPÓCRATES ya se hablaba del principio de maleficencia e incluso del principio de beneficencia, ahora en lo que tiene que ver con el principio de justicia, este es connatural al Derecho, por cuanto de éste se habla siempre en donde existe el Derecho. Estos principios no están ordenados jerárquicamente y, por ello, en el caso que entren en conflicto no hay una preeminencia preestablecida de unos sobre los otros. Será en función de cada caso concreto que habrá de decidirse a qué principio se da preferencia. Esta concepción de los principios, como deberes *prima facie*, ha sido criticada, alegándose que, pese a presentarse como deontologista, esta corriente de la bioética es, en realidad, utilitarista, pues los principios no son concebidos como absolutos y universales.

Finalmente, nos encontramos ante una perspectiva legal (bioderecho-biojurídico), en la cual la *lex artis* y los códigos deontológicos, que eran cauces de actuación para el profesional de la medicina, establecidos por ellos mismos, o como fruto de su misma ciencia o de la decisión de sus órganos de gobierno, se convierten en criterios de valoración en manos de agentes jurídicos, en medios para ejercer la potestad sancionadora (dentro de un proceso civil, penal, ético-disciplinario). Este fenómeno al que hacemos alusión, *normativización de la medicina o mejor de la actividad médica*, se debe al gran impacto social que posee, y a la posibilidad de causar daño en bienes jurídicos básicos como la vida o la integridad física y mental de las

personas, es por ello que esta actividad ha venido exigiendo una reglamentación que indique los cánones de comportamiento que se han de seguir en su práctica profesional.

La regulación jurídica es hoy tan abundante que tiene sentido hablar de la existencia de un bioderecho o biojurídica¹⁷. El bioderecho lo integran normas específicas, promulgadas para regular los nuevos problemas derivados de los avances médicos, por ejemplo, trasplantes de órganos, técnicas de fecundación asistida, terapia génica, y normas generales en las que aquéllas se integran y les sirven de cobertura, por ejemplo, las normas constitucionales relativas a derechos fundamentales implicados en la protección de la persona. La intervención jurídica tiene lugar a través de mecanismos diversos, cada uno de ellos dotado de su propia especificidad.

Es aquí donde se empieza a hablar de la responsabilidad del profesional de la salud, responsabilidad que se concreta en la obligación de responder de acuerdo con las disposiciones de la ley que regula la actuación profesional y, también, en la medida de lo posible, la obligación de reparar o satisfacer el daño causado, los perjuicios originados y el sufrimiento creado. De esta forma queda presentada la introducción a la responsabilidad biomédica, sus orígenes históricos, su desarrollo que en principio fue netamente ético; la aparición y el auge de la bioética, y su concreción en lo que hoy se denomina bioderecho.

17. Por otra parte, “es claro que el bioderecho importa nada menos que la institucionalización jurídica de la bioética, tanto en las legislaciones particulares de los Estados como a nivel internacional (v. gr., mediante tratados y declaraciones, tales como la de la UNESCO referente al genoma humano). De allí que la biojurídica sea parte integrante de la bioética, no correspondiendo, por tanto, efectuar una inadecuada dicotomía entre “la bioética” y “el derecho” –v. gr., centrandolo al discurso bioético exclusivamente en lo filosófico–, parcialización que atenta contra la naturaleza interdisciplinaria de la bioética y que puede conducir a marginar –tal vez inadvertidamente– al derecho de su ámbito, lo que a nadie beneficia, pues si bien existen –y pueden existir– discordancias entre las leyes y el pensamiento bioético, no es novedad que las leyes son perfectibles y que tanto la ética como el derecho y la medicina expresan valores fundamentales de nuestra cultura, que en situaciones de indeterminación normativa (silencio, oscuridad o inadecuación de la ley en casos concretos) nuestros jueces –como se verá– suelen reconocer en sus sentencias biojurídicas”. LUIS GUILLERMO BLANCO. *Algunas consideraciones acerca del desarrollo del “bioderecho” en la Argentina*, publicado en Cuadernos de Bioética, Ed. Ad Hoc, Argentina, pp. 2 y ss. Ver en www.bioetica.org