

## “LA CONTRIBUCIÓN DEL PRINCIPIALISMO ANGLOSAJÓN A LA BIOÉTICA”

(Resumen de ponencia presentada en IX Congreso Internacional de la FIBIP y I Congreso Internacional de Bioética del Centro Juan Pablo II. Mayo de 2013.)

\*Pbro Lic. Rubèn Revello  
Director: Instituto de Bioética  
Facultad de Ciencias Médicas  
UCA

Alberto G. Bochaty. Obispo Auxiliar de La Plata, Argentina. Profesor de Bioética, Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica de Argentina. Secretario de La Federación Internacional de Bioética Personalista (FIBIP).



Quiero agradecer a las autoridades de la **FIBIP**, así como a los integrantes del **Centro de bioética Juan Pablo II de Cuba** en la personad del Dr. René Zamora, por la invitación que me han hecho, a presentar esta exposición sobre “**La contribución del principialismo anglosajón a la bioética**”.

Dividiré mi presentación en cinco partes: 1) La historia remota; 2) La historia reciente; 3) La irrupción del principialismo; 4) la crítica de los principios y 5) los aportes de esta corriente a la bioética.

### 1- LA HISTORIA REMOTA

Si bien la mayoría de los participantes de éste Congreso Internacional conocen sobradamente los orígenes de la bioética, me permito una brevísima

introducción histórica, en consideración a quienes se acercan recientemente a éste tema.

La praxis médica, por los temas que trata (vida, salud, enfermedad y muerte), desde los mismos orígenes estuvo vinculada a una cierta ética. De ese modo la sociedad condicionaba ponerse en manos de otro, solo si éste reunía una serie de condiciones virtuosas que suscitasen la confianza de sus potenciales pacientes.

El Código de Hammurabi (1750 antes de Cristo), el juramento Hipocrático (siglo V antes de Cristo), el juramento de Asaph (V-VII de nuestra era), la oración de Maimónides y los escritos de Avicena en el medioevo y tantos

otros escritos, dan testimonio del sentido ético que acompañó la práctica de la medicina. La consecuencia de esa continuidad, forjó a fuego la tradición médica básica: **primum non nocere** (lo primero es no hacer daño). Este fue el principio rector de todo aquel que quisiera trabajar en el área de la salud.

Esta “bioética germinal,” que estrechaba lazos entre el acto médico específico y la buena praxis médica, fue imponiéndose naturalmente, de modo que los Grandes Maestros de la medicina la transmitían como parte integral del arte de curar. Sin embargo, un sector del mundo científico estaba

desarrollando una marcada separación entre la *física* (que comprende la observación de los fenómenos que pueden ser percibidos por los sentidos y llevados a proporciones matemáticas) y la *metafísica* (que abarca el mundo de los valores y las virtudes humanas).

Ya Hume había separado ambos mundos, al negar toda posibilidad de conocer objetivamente la naturaleza del hombre y la ética que de ese conocimiento se desprende. Dejaba, así la decisión de determinar bien y el mal, a la **absoluta subjetividad**. Esta brecha abierta en el corazón del conocimiento, alcanzó su máxima expresión con el llamado “Manifiesto del Círculo de Viena” de 1929. Allí un grupo de científicos notables (Schlick, Carnal, Neurath, Freud, Popper, entre otros) retoma el positivismo de Hume, Locke y Comte, radicalizándolo. Según esta propuesta, solo se pueden conocer los fenómenos físicos, pues estos impactan en los sentidos, los cuales, a la vez, son los que informan a la razón. El resto (la metafísica en general y la ética en particular) solo son especulaciones subjetivas, incapaces de fundar una indicación objetiva sobre el bien y el mal.

Dada esa afirmación, la pregunta surge naturalmente: ¿En qué elementos fundar, entonces, la convivencia social? ¿Cómo establecer normas que pauten las relaciones al interior de una determinada comunidad, preservando el bien común y la paz social? Y, lo que más nos interesa: ¿Cómo aplicar esos criterios a la praxis médica?

La respuesta a ese interrogante nos lleva a analizar los dos grandes sistemas del derecho occidental: la *ley común* (de tradición anglo-sajona) y el *ius-naturalismo* (del derecho romano). Ambos criterios sobre el fundamento de la ley, han dividido las opiniones de juristas de todo el mundo y sirven como elementos aglutinantes de las dos grandes escuelas de bioética: *el principialismo anglo-sajón* (pragmático utilitarista) y *el personalismo europeo continental* (centrado en el estatuto ontológico de la persona).

La tradición inglesa establecía como criterio a seguir, el derecho de las costumbres, donde el bien y el mal eran valorados en base a lo que la mayoría es-

tablecía como tal. No consideraban si el acto, en sí mismo era bueno o malo, solo consagraba a uno bueno y a otro malo, por la aceptación o el rechazo que despertaba en la mayoría. Ustedes podrán imaginarse que un sistema fundado en estos criterios es sumamente cambiante, lo cual supone la ventaja de la adaptabilidad a los cambios sociales y al mismo tiempo una gran fragilidad al momento de sostener con firmeza, cuestiones permanentes como los derechos humanos o la dignidad del individuo. Además, podría ocurrir que los más débiles, los menos útiles a los ojos de la sociedad, o las minorías fueran descartados por una mayoría que se arroga el poder decidir sobre su vida o su muerte. Además, en tiempos de fuerte influencia de los Medios de Comunicación Social, un grupo de “generadores de opinión” podrían inclinar la balanza hacia un lado o el otro, a su antojo o conveniencia.

No obstante esta observación, el sistema anglo-sajón fue imponiéndose en cierto mundo científico más vinculado a las universidades de Inglaterra y los Estados Unidos, y desde allí, se hizo extensivo a su área de influencia.

Esto generó la falsa idea de una ciencia “Éticamente aséptica”, o cuando más, con una ética propia más relacionada con la veracidad de la información y las publicaciones que de ella se seguían. La consecuencia no se hizo esperar: la segunda guerra mundial, fue el terrible catalizador que aceleró todos estos procesos y dejó al descubierto las consecuencias de una investigación científica refractaria a toda referencia ética. Solo así pueden entenderse las atrocidades realizadas en el nombre de la ciencia y de su avance, por personajes como Mengele, Víctor Brack, Kart Brandt, Wolfgang Sievers entre otros, todos ellos condenados por crímenes de lesa humanidad.

La sola mención del tipo de experimentos realizados, parece el elenco de un circo del horror: ensayos sobre el punto de retorno de pacientes sometidos a congelamiento, cambio de color de los ojos por inyección directa de químicos; estudios sobre la regeneración de músculos y huesos a partir de heridas infringidas intencionalmente; consecuencias del consumo de agua de

mar; tratamiento por envenenamiento; tratamiento de enfermedades como tifus y malaria en pacientes infectados intencionalmente. A modo de testimonio solo citaré la declaración de un prisionero que declaró: «un niño de once o doce años fue atado a una silla para que no pudiera moverse. Sobre él, fue suspendido un martillo mecánico que cada pocos segundos caía sobre su cabeza»<sup>1</sup> Resulta difícil no indignarse al constatar ese tipo de prácticas.

## 2- LA HISTORIA RECIENTE

El final de la Segunda Guerra, el mundo entero se escandalizó al constatar lo que podía llegar a hacerse en nombre de la ciencia e intentó encuadrar la investigación en consensos éticos mínimos propuestos por el Código de Nüremberg, como el consentimiento del paciente (nº 1), el deber del investigador de detener el experimento en caso de detectar riesgo para el enfermo (nº 10), o la posibilidad de retirarse del protocolo de investigación al momento que el sujeto lo solicitase (nº 9).<sup>2</sup>

Justamente cuando los Estados Unidos se presentaba ante el mundo como el garante de las libertades individuales, la opinión pública se ve consternada con tres casos de investigaciones médicas realizadas (utilizando una expresión muy americana) “en el patio del fondo”. En el propio país surgen tres casos paradigmáticos: Tuskegee, Willowbrook y el Hospital para enfermedades crónicas de la Comunidad Judía de Brookling.

El primer caso era un *estudio sobre sífilis no tratada en pacientes varones negros*, que tuvo lugar entre 1932 y



1972. Los pacientes fueron reclutados y tratados bajo engaño ya que se les informaba que tenían “mala sangre”, sin mayores precisiones. El protocolo original intentaba evaluar si los efectos que generaba el tratamiento anterior al descubrimiento de la penicilina, era mejor que dejar que la enfermedad siga su curso. En 1947 se descubre la penicilina, y comienza a emplearse de manera habitual, pero los encargados del estudio de Tuskegee, no la aplican, no le informan de la posibilidad a sus pacientes y en algunos casos incluso desaconsejaron utilizarla. El resultado fueron 28 muertos de sífilis, 100 muertos por complicaciones médicas vinculadas a la enfermedad y mujeres y niños infectados por falta de cuidados.

El segundo caso, Willowbrook, también tuvo por lamentable víctima a la población de niños con retraso mental en Long Island, entre los años 1950-1970. Este estudio contó con la aprobación del Departamento de Salud Mental del Estado de Nueva York, así como con el apoyo explícito de las Fuerzas Armadas. En este lugar se incorporaban pacientes pediátricos que presentaban retraso mental y que conjuntamente padecían hepatitis tipo 4. Hebras aisladas de las deposiciones de ese mismo virus eran inoculadas a otros pacientes internados, que no

padecían la enfermedad. Al momento de justificar esa acción se mencionó la inevitabilidad del contagio y los progresos que significaron para la humanidad (se detectaron las cepas A y B, y el tratamiento con gamma globulinas para tratar la enfermedad).

El tercer caso, el Centro para la atención de enfermedades Crónicas de la comunidad judía de Broockling, se llevó adelante en el año 1965, inyectando células cancerosas en pacientes ancianos crónicos, a fin de medir la respuesta inmunológica de cada uno de ellos.

### 3- LA IRRUPCIÓN DEL PRINCIPIALISMO

La concurrencia en torno a los mismos años de estos tres casos, alarmó a la opinión pública, a punto tal que se formó una Comisión presidencial para informar sobre criterios sugeridos para la investigación y la ética médica, conformando lo que se conoce como el documento oficial de inicio de la bioética principialista: El informe Belmont. El título oficial del documento es *Principios éticos y directrices para la protección de los sujetos humanos de investigación*.<sup>3</sup> En este informe se intentan identificar un conjunto de principios comunes que puedan asegurar un trato humanitario y la protección de las personas durante una investigación. Para ello se reunieron, médicos, filósofos, teólogos, junto a otros profesionales, durante cuatro días en febrero de 1976. Después de esta reunión inicial, continuaron trabajando mensualmente en el proyecto durante varios años.

Dos integrantes de esa comisión presidencial, continuaron elaborando los principios básicos de ese modo de concebir la ética médica. Como resultado

de estas especulaciones surgió una obra –hoy de referencia inevitable– que se considera la fuente de lo que llamamos **bioética principialista**: “Principios de Bioética” de Beauchamp y Childress, publicado en 1979. Esta obra fundacional, que ostenta numerosas reediciones, asume el espíritu del informe Belmont y organiza la propuesta a partir de cuatro principios básicos (de allí el nombre de **Principialismo** que se le da a ésta corriente), a saber:

1. BENEFICENCIA
2. NO MALEFICENCIA
3. AUTONOMÍA
4. JUSTICIA

La rápida adhesión y difusión que lograron estas ideas, hizo del principialismo, la primera escuela de bioética. De hecho, la década de los ochenta estuvo marcada casi exclusivamente por estos principios.

¿Cuál fue el secreto de su éxito? Para que una propuesta prospere, como lo hizo el personalismo, debe reunir las condiciones propias del acto prudente –es decir tener la capacidad de “obrar racionalmente”– para suscitar la adhesión del pensamiento. Éste tipo de acto virtuoso conlleva ciertas características que se cumplen en el caso del principialismo.

Lo primero que se requiere de un acto prudente es la **memoria**, por la cual se aprende de las experiencias personales adquiridas. En la selección que el principialismo propone, el **principio de beneficencia**, hace precisamente eso, pues el primer principio del obrar moral **BONUS FACENDUM, MALUM VITANDUM** “hacer el bien y evitar el mal”.

Al desdoblarse el principio en dos partes, la segunda parte recoge el viejo principio que históricamente guió el obrar de los profesionales de la salud: **PRIMUS NON NOCERE**, lo primero será no dañar.

A su vez, el acto prudente se nutre también de la experiencia de los demás, en lo que se conoce como **docilidad**. En el caso particular del principialismo, se trata de incorporar un principio de acción que la primera ética médica había soslayado: la **AUTONOMÍA**. Así es, la vieja ética hipocrática ponía la decisión exclusivamente en manos del





médico, dando origen a lo que se conoció como “paternalismo médico”. Las circunstancias históricas enunciadas que precedieron y motivaron el informe Belmont, mostraron con toda claridad, la necesidad de equilibrar el peso de la responsabilidad entre el paciente y el profesional de la salud. A tal fin, el principio de autonomía venía a demarcar claramente el ámbito propio de cada una de las partes del acto médico, superando así anteriores asimetrías.

Por último, el principio de *justicia* surge como consecuencia del principio anterior. Donde se reconoce el derecho a la autonomía, es decir el derecho individual de cada una de las partes, debe establecerse, al mismo tiempo, cual es el modo justo de esa relación, cuales son los derechos y obligaciones que comprometen a las personas que integran esa relación. El principio de justicia, evita el conflicto y custodia los derechos de todos.

La prudencia y sensatez demostrada por los autores Beauchamps y Childress, al momento de proponer los fundamentos del principialismo, fue su mayor logro y la causa de su exitosa expansión.

#### 4- LA CRITICA DE LOS PRINCIPIOS

Sin embargo, no podemos dejar de señalar ciertas falencias que surgen en la aplicación de esos principios.

La primera crítica se refiere al tipo de ética en la que se sustenta, puesto que los principios propuestos, surgen de un consenso, no de un valor intrínseco, que los vuelva estables en el tiempo y capaces de conservar su vigencia en las diversas culturas. Al ser fruto del consenso, bastaría con cambiar la opinión de la mayoría que los sostiene, para que pierdan todo valor normativo. Dicho de otro modo, no poseen una densidad propia que los constituya en valores permanentes. Este, no es un tema menor. ¿Cómo sostener la intangibilidad de la vida humana o los derechos humanos, cuando estos dependen solo del consenso de las mayorías? Si una sociedad decidiese que la vida humana puede no ser respetada, o convalidase la tortura, ¿Esto anularía el derecho humano fundamental a la existencia y a no

ser torturado? Los principios para ser tales deben sostenerse por sí mismos.

La segunda observación se refiere a la falta de una antropología de base, que permita interpretar la correctamente la aplicación de los principios. ¿Qué significa autonomía de las partes en la relación médico-paciente? Cuando invoco el principio de justicia o beneficencia: ¿Éstos deben considerarse desde la valoración que hace el equipo médico médico, desde la evaluación del paciente o desde la conveniencia social (costos-beneficios)? Estos conflictos se siguen como consecuencia de la falta de una propuesta antropológica definida.

La tercera cuestión tiene que ver con la falta de jerarquía de los principios entre sí. Al no dejar en claro cuál es el primero, el segundo o el tercer principio, la evaluación subjetiva puede decidir cuál de ellos tiene prioridad sobre los demás. La consecuencia es que dependiendo del principio del cual se parta, puedo llegar a consecuencias totalmente diversas y aún, muchas veces, antagónicas.

El cuarto cuestionamiento de los principios de la bioética principialista es su aplicación a otras culturas y realidades socio-económicas diversas de las del área anglo-sajona. Pensemos concretamente: ¿El respeto por la autonomía del sujeto significa lo mismo en ese contexto que en Asia, África o en nuestra América Latina? Nuestra idiosincrasia, condiciona fuertemente el horizonte de lectura de los valores. El respeto de nuestra gente por el médico lo vuelve casi un temor reverencial, dejando poco margen para afirmar la autonomía del paciente o el derecho a dar su consentimiento informado. La idea de un justo acceso a los servicios médicos ¿Significa lo mismo en un pueblo del altiplano boliviano, que en un barrio cerrado de Río, Buenos Aires o Ciudad de México? ¿Qué significan justicia o beneficencia, cuando los organismos internacionales aceptan un doble criterio en las exigencias que debe cumplir una investigación cuando se realiza en un país del primer mundo y la misma cuando se lleva a cabo en una población del tercer mundo? Aca-so la dignidad y la protección que debe

darse a las personas que forman parte una población es distinta, según el nivel de desarrollo socio-económico del país en el que se hallen?

#### 5- APORTES Y EVALUACIÓN FINAL

Con todo sería injusto no destacar el inmenso aporte que ésta corriente brindó y continúa brindando a la ética de la vida. Su aparición, en la expresión de Potter estableció un verdadero y útil “puente”. Puente entre ciencia y ética, pero también puente entre lo cuantitativo y lo cualitativo, entre el conocimiento experimental, empírico y el mundo de los valores. Esta corriente le devolvió a la ciencia una conciencia ética, y en esa acción, la humanizó.

Aún no se ha destacado todo el aporte que significó su aparición, por ejemplo, al intentar dejar de lado el análisis pragmático utilitarista que reducía toda consideración al parámetro *costos/beneficios*; o al recuperar los derechos del paciente -una parte que había sido silenciada durante siglos en la praxis médica-

También debemos reconocer el esfuerzo que significó a cada una de la ciencia que intervienen, el hecho de trabajar transdisciplinariamente y de intentar una fundamentación filosófica al momento de esgrimir las propias razones.

Podemos decir entonces que su aporte a la bioética ha sido grande, y que el desafío que se le presenta ahora es lograr una antropología de base sólida, capaz de custodiar la vida frágil, de sostener de manera inequívoca y permanente los derechos humanos fundamentales y de afirmar la sacralidad de toda vida humana.

¡Muchas gracias por su atención! ◀

- 1 Small, M. y Shayne, V. : Remember us: my journey from the shtetl through the Holocaust, USA, p. 135.
- 2 Código de Nüremberg, 1947. BMJ, n 7070, vol 313, p 1448. 7 de Diciembre de 1996.
- 3 Consultar el texto completo en español <http://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf>