

APORTES Y LIMITACIONES DEL PRINCIPIALISMO EN BIOÉTICA

Dr. Jorge H. Suardíaz Pareras¹.

La filosofía del siglo XX se vio precisada a repensar todas las ramas del saber filosófico, incluidas la metafísica y la ética. Las vías para ello han sido diversas: En el mundo anglosajón se impuso el llamado método analítico, en sus diferentes variantes; en cambio, en la mayor parte de Europa, fundamentalmente en lo que pudiéramos llamar el mundo mediterráneo, primó el método fenomenológico. En cuanto a Latinoamérica, se ha movido entre ambas tendencias. El problema estriba en que el mundo moderno asistió a la pérdida de la homogeneidad cultural: De un sistema basado en la uniformidad de valores, hemos pasado a otro en que la pluralidad y el respeto a la misma han asumido un papel preponderante. Estamos inmersos en una sociedad en la que todos sus integrantes son, o pueden considerarse como, agentes morales autónomos con criterios disímiles sobre lo que es bueno y lo que no lo es. En el caso de la atención sanitaria, el conflicto se profundiza si se tiene en cuenta no sólo al médico y el paciente, sino también a la enfermera, la dirección del centro asistencial, las autoridades sanitarias y la familia del paciente. Por lo mismo, la ética del siglo XX – y la ética biomédica en particular – tuvo que ser distinta a la de cualquier época anterior: Hoy no es posible afirmar principios deontológicos como absolutos, sino apelando a instancias como las creencias o las emociones. Frente a estas éticas que pudiéramos llamar de convicción, se ha intentado de elaborar unas éticas basadas en la idea de responsabilidad. Todos estos factores marcaron el comienzo de lo que el bioeticista español Diego Gracia, ha dado en llamar «La Ética del código múltiple», que considera a la conciencia como bastión último de decisión moral, así como que diferentes conciencias, por diferentes vías, pueden llegar a soluciones distintas, pero igualmente válidas, de los mismos conflictos.

Pero es que también por la vía del «Código múltiple» se puede llegar a tremendas paradojas, como la de «creer que, en última instancia, la ética es una cuestión absolutamente individual y que no es posible establecer un sistema de criterios intersubjetivos en cuestiones morales»². En ese caso, la ética no se podría fundamentar y sería una cuestión de opciones personales: cada cual es el dueño de sus actos. Este relativismo moral, lamentablemente, se ha generaliza-

do a casi todos los aspectos de la vida social, incluyendo las relaciones del hombre con la naturaleza: Las posibles intervenciones del ser humano sobre ésta, revelan las proporciones actuales del desafío para el pensamiento ético con respecto a la condición humana propiamente dicha³. Precisamente, fueron consideraciones sobre este desafío las que condujeron al surgimiento de la Bioética en la década de los años setenta del siglo pasado, aunque con antecedentes importantes, como el libro publicado por el ingeniero forestal Aldo Leopold en 1949 (*A Sound Country Almanac, with Other Assays on Conservation from Round River*) y la Encíclica *Humane vitae*, de S.S. Paulo VI. El padre de la Bioética, Van Rensselaer Potter, la concibió como «una actividad interdisciplinaria que buscara hermanar al ser humano con el mundo y establecer un nexo ético que asegure exitosamente el futuro de ambos»⁴. La bioética, pues, considera al ser humano en su relación estrecha con los factores ambientales como naturaleza, cultura, religión, política y sociedad, entre otros. Su campo es mucho más amplio y, sobre todo, más interdisciplinario que el de la ética biomédica. Y, sin embargo, desde su mismo origen, la bioética comenzó a medicalizarse: En su discurso de inauguración del Kennedy Institute of Bioethics, su fundador, el Dr. Andre Hellegers, la definió como una ciencia biomédica. En realidad, en ese momento histórico concreto, la medicina en los Estados Unidos de Norteamérica se enfrentaba a una crisis en la que se amalgamaban factores tales como los ya mencionados al referirme a la paradoja del «Código múltiple», con otros como el impetuoso desarrollo de la ciencia y la técnica y la introducción masiva de los logros de las mismas en este campo, el aumento en flecha de los costos de los servicios de salud (con el consiguiente estímulo de su comercialización), revelaciones de la prensa sobre investigaciones médicas realizadas sin ningún tipo de sustento ético y, en suma, una creciente deshumanización de la atención sanitaria. Todo ello estimuló que, en 1974, el Congreso de los Estados Unidos creara una Comisión Nacional para la protección de los seres humanos sometidos a investigaciones biomédicas, la cual culminó sus trabajos en 1978 con el famoso Reporte Belmont, que algunos consideran el documento más importante de la Bioética norteamericana⁵. Los expertos, tras



Enmanuel Kant

hacer hincapié en la dificultad de aplicar los códigos históricos al problema que les había sido encomendado, elevaron a consideración de los legisladores unos «principios éticos básicos» que consideraron particularmente relevantes: El de «respeto a las personas», el de «beneficencia» y el de «equidad»⁶. En resumen, se trata de un documento breve, que supone, en ese momento, un nuevo enfoque metodológico y procedimental para juzgar la validez ética de las acciones médicas. Indudablemente, el Reporte Belmont influyó de manera decisiva en el enfoque principialista elaborado al año siguiente por dos profesores de la Universidad de Georgetown: Thomas Beauchamp y James Childress. Estos dos autores publicaron, en 1979, un libro que se convirtió en una especie de Biblia de la Bioética anglosajona: *Principles of Biomedical Ethics*, que sistematiza los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, aplicándolos a las situaciones de conflicto que se presentan en la atención médica⁷.

Beauchamp es un filósofo utilitarista de regla (que había sido miembro de la National Commission ya citada) y, como tal, considera que son las consecuencias «a posteriori» que se pueden predecir como probables, las que permiten evaluar éticamente los actos y que basándose en ello pueden establecerse reglas de comportamiento, justificadas de acuerdo con las consecuencias. Por su parte, Childress es un deontologista típico y, por tanto, considera que los principios éticos pueden ser establecidos por la razón «a priori» y que son asumibles por todos, precisamente porque la

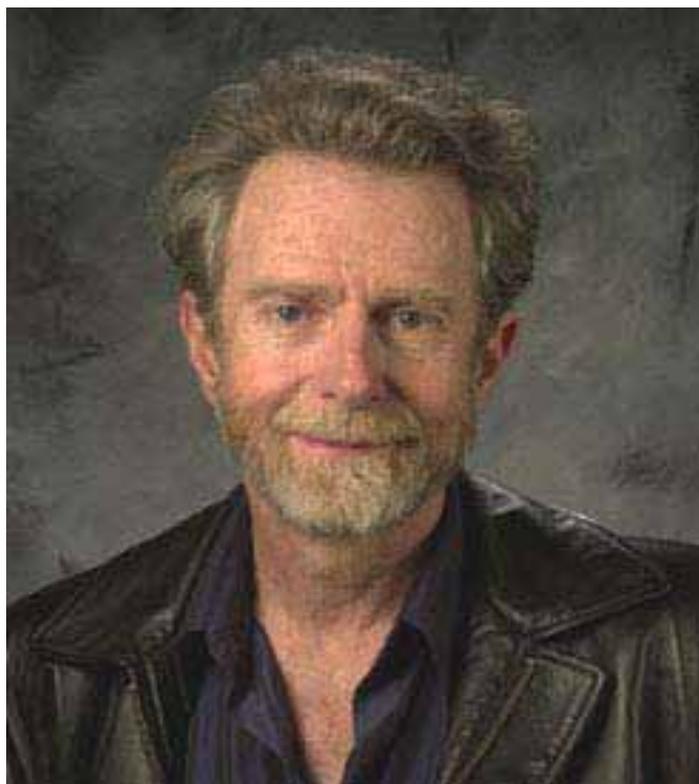
razón los impone. A continuación, intentaré resumir el contenido de estos cuatro principios de la Bioética, elaborados por ambos autores.

Principio de AUTONOMÍA:

Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la práctica médica actual. Toma como centro de referencia la dignidad del paciente como persona humana y tiene en consideración dos factores fundamentales: a) El respeto de la capacidad que tienen las personas para su autodeterminación, en relación con las opciones individuales de que disponen. b) La protección de los individuos con disminución de su autonomía contra cualquier intención de daño o abuso por otras partes⁸. Su aparición tuvo una notable influencia en el desarrollo de llamada Bioética anglosajona, tanto desde el punto de vista sociopolítico como legal y moral. En la práctica, este principio cambia el centro de las decisiones, del médico al paciente. En realidad, no puede negarse que la aplicación de este principio protege a los enfermos contra las violaciones de su dignidad personal, que en otros tiempos eran aceptadas y permisibles (y en algunas sociedades aún lo son). Sin embargo, la absolutización de este principio también tiene su lado oscuro: más adelante me referiré de nuevo a ello.

Principio de BENEFICENCIA:

Se trata de la obligación de hacer el bien (en el sentido utilitarista) a los demás. Su esencia consiste, por lo tanto, en aumentar, tanto como sea posible, los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios que las personas puedan recibir⁹. Es uno de los principios clásicos de la medicina, implícito en el contenido del Juramento de Hipócrates; con la diferencia importante que, en la ética hipocrática, el médico imponía su propia manera de hacer el bien, sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista de relación médico-paciente, al cual ya se ha hecho referencia), mientras que en este modelo, este principio se subordina al anterior: No es lícito imponer a otros nuestro propio concepto del bien. Matizado por el principio de no-maleficencia, el de beneficencia apoya el concepto de experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad y el de ayudar a otros a alcanzar mayores cuotas de bienestar, según sus propios intereses y valores. En la mayoría de los textos clásicos de medicina se establecen limitaciones, claras y precisas, en cuanto al empleo de los conocimientos médicos para determinados objetivos. De este principio se derivan normas que exigen el establecimiento de los riesgos de la investigación con



Childress

seres humanos (consentientes o no), tomando en consideración los beneficios que se espera obtener, que la concepción de la investigación sea sensata y atinada y que salvaguarde el bienestar de los sujetos de la investigación. Cuando se trata del cuidado de los enfermos, nunca debe ser olvidado el ámbito de valores en que se ejecuta la acción médica; ello implica el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente que se base en una concepción holística de la persona.

Principio de no-maleficencia:

Este principio también fue formulado desde los tiempos de Hipócrates: Primum non nocere (Ante todo, no hacer daño). Implica respetar la vida y la integridad física y psicológica de los pacientes, protegiéndoles de manipulaciones imprudentes y de abusos por motivaciones extrañas a una correcta práctica profesional¹⁰. Ante los avances de la ciencia y la técnica, resulta relevante, porque la aplicación incontrolada y compulsiva de las nuevas tecnologías, no porque sean necesarias para la atención del paciente, sino porque son posibles, puede acarrear riesgos para las personas. En la evaluación entre riesgos y beneficios, se puede caer (y a menudo se cae) en la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles a un análisis meramente cuantitativo y la aplicación consecuente de este principio, contribuiría a evitarlo.

Principio de justicia:

Consiste en la equidad en la distribución de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios y dando a cada

persona lo que verdaderamente necesita o le corresponde, en consecuencia con lo que se considera apropiado desde el punto de vista moral. La aplicación consecuente de este principio impone límites al de autonomía, pues pretende que el respeto a ésta no atente contra la vida, la libertad y demás derechos básicos de las otras personas. Los conflictos que tendría que resolver este principio, no se limitan a los que surgen entre los miembros de una misma sociedad (por ejemplo, minorías, grupos vulnerables, sectores menos favorecidos), sino también entre personas de diferentes países (por ejemplo, el acceso desigual a los recursos naturales básicos, que afecta a países del llamado Tercer Mundo). Incluso, en la actualidad se habla de justicia para con las generaciones futuras: «Ante un potencial casi escatológico de nuestra tecnología, la ignorancia sobre las últimas consecuencias será, por sí sola, razón suficiente para una moderación responsable (...) Hay otro aspecto digno de mencionarse: los no nacidos carecen de poder (...) ¿Qué fuerza debe representar el futuro en el presente?»¹¹ Sin embargo, la bioética anglosajona ha prestigiado el principio de autonomía, en detrimento del principio de justicia; pero es posible que la propia crisis ecológica obligue a cambiar este énfasis: La justicia y la igualdad de derechos de los seres humanos actuales y la preservación de condiciones viables y sostenibles para las generaciones futuras, pueden hacer aconsejable (e incluso perentoria) una revisión de esta actitud, en aras de lograr un desarrollo justo y viable para todas las personas y para toda la persona.

A pesar de su aporte, como método para la resolución de conflictos que surgen dentro de la bioética médica, los principios de Beauchamp y Childress implican dificultades que hacen difícil su aceptación general. Por ejemplo, se puede señalar que no son útiles para explicar muchas de las conductas comunes de la experiencia clínica cotidiana en la asistencia hospitalaria y mucho menos en el nivel primario de atención. Además, el principialismo ha demostrado, desde el primer momento, otras limitaciones importantes. La que más se ha señalado es la dificultad que surge, cuando dos o más de ellos entran a su vez en conflicto entre sí. El problema radica, tal vez, en que la tradición ética anglosajona en general –y el utilitarismo en particular– no busca tanto una fundamentación en principios filosóficos como en criterios o valores de amplia aceptación en su entorno cultural. Por ello, esa tradición, centrada en los derechos individuales, otorga la preeminencia a la autonomía individual. El ideal de una completa autonomía, convierte el ejercicio de la libertad en una simple elección y no en una búsqueda del bien (recordar el concepto kantiano de libertad). Sin embargo, el énfasis absoluto en los derechos, va acompañado a menudo ha relegado a segundo plano los deberes; en cuanto a la objeción de con-

ciencia por parte del personal sanitario, se ve más bien como una concesión jurídica (allí donde existe). Otro tanto puede decirse de la beneficencia, desde el punto de vista utilitarista: «Hacer el bien al mayor número de personas, con el mínimo de daños evitables». El problema, por supuesto, estriba en saber qué entendemos por «bien»: Desde este punto de vista, queda reducido a un cálculo ponderativo de resultados, que relega a un segundo plano el contenido moral de la acción humana.

La tradición europea llamada «mediterránea», en cambio, busca más la fundamentación en principios morales absolutos (como el imperativo categórico de Kant), que generan, a su vez, obligaciones morales absolutas¹². Tal es el caso de los principios de no-maleficencia y de justicia: No es posible considerar ética una acción que provoque deliberadamente el mal, o que sea injusta de por sí. Esto situaría a estos dos principios en lo que ha sido denominado como nivel de «ética de mínimos»¹³.

La absolutización del principio de autonomía, por otra parte, ha llevado a muchos autores a defender el «derecho» al suicidio asistido, al aborto selectivo. De igual forma, el concepto utilitarista y hedonista del principio de beneficencia, puede conducir a apoyar la eutanasia como la posición más correcta ante el sufrimiento, o el infanticidio de los recién nacidos en los que no se haya llegado a tiempo con el diagnóstico prenatal¹⁴. Estas posibles interpretaciones de los dos principios privilegiados por esta escuela, no constituyen, lamentablemente, una mera posibilidad, sino una realidad que es preciso enfrentar a diario.

La ética anglosajona en general, por sus características peculiares, termina acudiendo al consenso y al contrato social: frente a la diversidad de criterios y la falta de una ética racional, es a menudo en última instancia el derecho el que dirime el conflicto. La ley de la mayoría se convierte en el cauce para dirimir conflictos éticos, lo cual desemboca en una mentalidad legalista y, entonces, los códigos jurídicos sustituyen a los códigos éticos: Lo que es legal, se convierte en moral. Y, sin embargo, la experiencia histórica ha demostrado que no siempre lo legal es moral y que, con demasiada frecuencia, las mayorías se equivocan (sin contar con el hecho evidente de la facilidad de su manipulación en esta era mediática).

Considero que ésta es otra limitación del principialismo: que, tal y como ha sido interpretado –y aplicado– por muchos, corre el riesgo de reducir la ética a un tecnicismo más: Se toman decisiones de orden ético como se toman las de orden clínico y para ello basta, entonces, con un entrenamiento en la toma de decisiones estratégicas. Con semejante limitación, la Bioética dejaría de ser el «Puente hacia el Futuro» que concibió V. R. Potter. Indudablemente, la propuesta del principialismo resulta muy atractiva para

la toma de decisiones en situaciones de conflicto en la práctica clínica y eso justifica su popularidad; pero su mismo origen implica una concepción reduccionista de la bioética a ética biomédica e incluso dentro de la misma, resulta insuficiente para resolver los problemas que se plantean en el primer nivel de atención, en los cuales la cuestión de la equidad y los modos y estilos de vida tienen un papel relevante. Además, en el medio hospitalario, en el que ha encontrado su mayor aplicación, también ha mostrado limitaciones importantes. Urge poner en práctica otras alternativas, más cercanas a nuestra idiosincrasia, en primer lugar, la ética de las virtudes: Parece que no hay otra salida que retomar el concepto aristotélico de la eudaimonia: una ética que es muy exigente, pero a la vez es «una exigencia grata, que invita a una entrega que beneficia y plenifica, en primer lugar, a la persona de quien desempeña una tarea de servicio»¹⁵.

² Gracia, D. Principios y metodología de la Bioética. Cuadern CAPS, No. 19, 1993.

³ de Siqueira, JE. El principio de responsabilidad de Hans Jonas, en: Acosta, J. (Ed.) Op. Cit.

⁴ Cely, G. La Bioética como lugar del diálogo científico, en: El horizonte bioético de las ciencias. Centro Editorial Javeriano, 2ª Ed. Bogotá, 1995.

⁵ de Santiago, M. Una perspectiva acerca de los fundamentos de la Bioética. Biblioteca básica de Dupont Pharma para la atención primaria, editado por la AEBI, 1998.

⁶ The Belmont Report. National Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Washington, DC. 1978.

⁷ Acosta, J. La Bioética de Potter a Potter, en: Acosta, J. (Ed.) Op. cit.

⁸ Monografías.com/trabajos5/biore/biore.shtml (22/05/2001)

⁹ Íbidem.

¹⁰ Íbidem.

¹¹ de Siqueira, JE. Op. cit.

¹² Desde un punto de vista personalista, la obligación (obligación) se interpreta como «estar ligado» a alguien (López-Quintás, A. El encuentro y la plenitud de la vida espiritual. Ed. Claretianas, Madrid, 1990) En este caso, obligado a la persona enferma, necesitada de atención y cuidado.

¹³ Gracia, D. 1992. Op. cit.

¹⁴ Polaino-Lorente, A. Manual de Bioética general. Rialp, 3ª Ed. Madrid, 1997.

¹⁵ Barrio Maestre, J.M. La bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda. Cuadernos de Bioética 2000; 43: 291.

Doctor en Medicina. Especialista en Laboratorio Clínico y Profesor del ISCMH. Diplomado en Antropología Filosófica por la Universidad Pontificia de Comillas y en Bioética por la Universidad Pontificia de Chile. Vice-director del Centro Juan Pablo II.