

La bioética y sus paradigmas teóricos

Paulo Henrique Burg Conti¹, Paulo Vinícius Sporleder de Souza¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

Resumen

El artículo busca contribuir a la comprensión de la historia y los modelos teóricos de la bioética a través de un enfoque interdisciplinario que abarca varias áreas del conocimiento, especialmente la historia y la filosofía. En un primer momento, el trabajo busca caracterizar el panorama histórico del surgimiento de la Bioética, las cuestiones terminológicas surgidas en ese período y el encuadre de la bioética como disciplina o campo de discursividad. Posteriormente, el texto presenta los principales paradigmas teóricos de la Bioética y los analiza críticamente.

Palabras clave: Bioética. Historia. Biotecnología.

Resumo

Bioética e seus paradigmas teóricos

O artigo busca contribuir para a compreensão da história e dos modelos teóricos da bioética por meio de abordagem interdisciplinar que engloba diversas áreas do conhecimento, em especial história e filosofia. Num primeiro momento, o trabalho procura caracterizar o panorama histórico de surgimento da bioética, as questões terminológicas surgidas nesse período e o enquadramento da bioética como disciplina ou campo de discursividade. Posteriormente, o texto apresenta os principais paradigmas teóricos da bioética e os analisa criticamente.

Palavras-chave: Bioética. História. Biotecnologia.

Abstract

Bioethics and its theoretical paradigms

This article seeks to contribute to the understanding of the history and theoretical models of bioethics by an interdisciplinary approach that encompasses different areas of knowledge, especially history and philosophy. First, the study characterizes the historical background on the emergence of bioethics, the terminological issues that arose in this period, and the framing of bioethics as a discipline or field of discourse. Subsequently, the text presents the main theoretical paradigms of bioethics and critically analyzes them.

Keywords: Bioethics. History. Biotechnology.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

En las últimas décadas, ha habido un período de intenso y acelerado desarrollo en el campo de las Ciencias Biomédicas, que ha creado posibilidades sin precedentes de intervención en humanos. Las técnicas de reproducción asistida, el soporte artificial de la función cardiorespiratorio, el trasplante de órganos, la farmacología, la ingeniería genética y la clonación. Son solo algunos ejemplos de cómo la actual revolución biomédica ha ido modificando la comprensión del ser humano sobre sí mismo y creando dimensiones de acción para los profesionales de la salud. La función terapéutica comienza a dividir el espacio con la función preventiva, con la función diagnóstica e incluso con la posibilidad de acciones dirigidas a seleccionar y mejorar las características físicas y mentales. En este contexto, es inevitable que surjan cuestiones éticas relativas a los límites de aplicación de esas biotecnologías.

Para lograr soluciones racionales a los conflictos que surgen de esta coyuntura, la bioética es esencial. Con el fin de contribuir a la difusión y estudio de este campo de estudio, este artículo presenta, en un primer momento, un panorama histórico del surgimiento de la bioética, analizando cuestiones terminológicas y su marco como disciplina o campo de discurso. Posteriormente, el texto aborda algunos paradigmas teóricos de la bioética: virtud, utilitarismo, kantismo (deber), personalismo, principialismo de ética biomédica y principialismo jerárquico. En este segundo momento se analizarán los puntos positivos y problemáticos de los conceptos y modos de aplicación de cada paradigma.

Panorama histórico del surgimiento de la bioética

La bioética nace en la segunda mitad del siglo XX, y su surgimiento se caracteriza por factores propios de la época. Inicialmente, cabe destacar el factor sociocultural. La década de 1960, especialmente en los países occidentales, estuvo marcada por movimientos culturales y políticos caracterizados por discursos críticos, que se extendieron en el espacio público. Esos movimientos llamaron la atención sobre cuestiones de justicia e igualdad y sobre la afirmación de los derechos individuales, vinculados al ejercicio de la libertad y la autonomía personal. La desconfianza y el desafío del poder y la autoridad de las instituciones provocaron

cambios considerables en el ámbito público y privado. Alentado por el despertar crítico, también se enfatizó el cuestionamiento del positivismo científico. En medicina, los reproches recayeron en el paternalismo en la relación médico-paciente y el abuso en la experimentación con seres humanos¹. En la década de 1970, con la popularización de los medios de comunicación, estas ideas se expandieron rápidamente, llegando a una amplia audiencia².

El segundo factor que impulsó el surgimiento de la bioética fue el atronador desarrollo científico y biotecnológico de la época. Esta coyuntura, que recibió varias denominaciones (“nueva biología”³, “revolución biomédica”⁴, “revolución biológica”, “ecológica” y “médico-sanitaria”⁵, “revolución terapéutica” y “biológica”⁶) se caracterizó por el descubrimiento y la mejora de numerosas biotecnologías. Parizeau² menciona que el desarrollo técnico-científico ha hecho que la medicina multiplique su capacidad de intervenir eficazmente en el cuerpo del enfermo, a través de fármacos (antibióticos, vacunas, antipsicóticos), sofisticadas técnicas de intervención (cirugía cardíaca, reanimación, trasplante de órganos) o, aun así, nuevos mecanismos diagnósticos (electrocardiograma, arteriografía, resonancia magnética).

Este marco, además de transformar el conocimiento sobre la vida, puso de relieve las promesas y los peligros de los nuevos poderes biotecnológicos, ya que el ser humano, como mero espectador, se convirtió en el señor de la evolución biológica⁵. Se ha hecho posible, por ejemplo, intervenir a través de la medicina en los mecanismos mismos de la vida humana y su organización, asegurando, al menos parcialmente, el control de la procreación y abriendo caminos para el dominio de la herencia⁴. Las técnicas biomédicas podrían estar dirigidas a otros propósitos que no sean estrictamente terapéuticos, propósitos emergentes de conveniencia personal. En este contexto, el modelo técnico-científico se hizo predominante en el desarrollo de la medicina².

Segundo Bik⁴, no se puede ignorar que dicha revolución tiene como objeto la remodelación del ser humano, y no solo la aplicación de terapias y tratamientos. Como resultado, se crearon dos incertidumbres: una relacionada con los orígenes del ser humano como individuo y como especie, porque las nuevas intervenciones biotecnológicas han hecho obsoletas las referencias antropológicas hasta ahora consolidadas; y otra relacionada con

los efectos que el uso del conocimiento científico y las biotecnologías pueden causar.

Insertos en ese contexto, científicos y otros profesionales de la salud enfrentaron nuevas áreas de toma de decisiones, teniendo que expresar opiniones y determinar acciones apropiadas en situaciones inéditas y complejas. Además, los problemas éticos en este campo también comenzaron a preocupar a la conciencia pública debido a las posibilidades técnicas y científicas hasta ahora desconocidas⁷. La bioética, por lo tanto, surge en este contexto de desarrollo biotecnológico, nuevas cuestiones éticas y posibilidades de toma de decisiones y crecimiento de movimientos culturales por la autonomía y la igualdad.

La primera mención del término “bioética” se remonta a décadas anteriores, – más específicamente, al año 1927, cuando la palabra es empleada por el teólogo alemán Fritz Jahr en un artículo publicado en el periódico *Kosmos*. Jahr definió la “bioética” como la obligación ética no solo hacia el ser humano, sino hacia todos los seres vivos. El imperativo propuesto por el autor transformó el campo de la ética, sacando a la luz la llamada “ética de la responsabilidad”: *respetar a cada ser vivo esencialmente como un fin en sí mismo y lo trata, si es posible, como tal*⁸. El pensamiento de Jahr permaneció prácticamente desconocido hasta pocas décadas, pero ahora ha sido redescubierto debido al creciente interés por la bioética.

En 1970, le correspondió a Van Rensselaer Potter⁹, bioquímico e investigador de la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos, en el artículo titulado “Bioethics: the science of survival”, usar el término en inglés (*bioethics*) por primera vez. En este trabajo, Potter reconoció que los hechos biológicos deben estar vinculados a los valores éticos. Esta nueva ética tendría que ser interdisciplinaria, para incluir tanto las ciencias como las humanidades. En este sentido, Potter definió la “bioética” como la sabiduría de utilizar el conocimiento para promover la supervivencia y la calidad de vida de los seres humanos y de todo el ecosistema.

Para Potter⁹, los dos elementos esenciales de la bioética serían el conocimiento biológico y los valores humanos, y el objetivo de la nueva disciplina sería ofrecer modelos de vida entre los que la comunidad pudiera elegir, decidiendo políticas públicas capaces de construir puentes para el futuro. Aunque el pensamiento de Potter ejerció

una modesta influencia en el desarrollo posterior de la bioética, sus ideas siempre estuvieron presentes. En la actualidad, los estudios del bioquímico americano se están retomando a través del movimiento titulado “bioética global”, lo que demuestra la relevancia de su visión para resolver los problemas producidos por el avance científico – tecnológico ajenos a los valores éticos⁷.

Al mismo tiempo, en 1971, se fundó en la Universidad de Georgetown, Estados Unidos, el primer instituto universitario dedicado al estudio de la bioética. Por iniciativa del médico obstetra André Hellegers, y con donaciones de Joseph P. Kennedy Jr. Foundation, nació el Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics. La visión bioética que se desarrolló en el Kennedy Institute se diferenció de las ideas de Potter al enfatizar dos aspectos específicos: 1) las cuestiones biomédicas más cercanas a la vida cotidiana; y 2) la adopción del patrimonio teórico y metodológico de la tradición filosófica y teológica de Occidente. Estos factores, así como la ubicación de la Universidad (Washington/DC), permitieron a los investigadores participar en la formulación de políticas públicas y tener acceso a fondos de investigación⁷.

Además, también en los Estados Unidos, el establecimiento de comisiones gubernamentales (para analizar temas y ofrecer propuestas) y la celebración de audiencias públicas en las décadas de 1970 y 1980 contribuyeron a un mayor vínculo entre la bioética y los problemas éticos derivados de la atención de la salud. En 1974, como resultado de numerosos casos de abuso en la experimentación científica¹⁰, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la National Research Act, creando la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, con el fin de identificar principios éticos básicos para guiar la experimentación científica en seres humanos. Ya en 1980, se aprobó el proyecto de ley que autorizaba la creación de la President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Behavioral Research, con el objetivo principal de discutir y establecer propuestas sobre temas relacionados con la eutanasia, la ingeniería genética, el consentimiento informado y la atención de la salud¹.

Sin embargo, aunque el surgimiento de la Bioética ha consolidado la unión entre los hechos biológicos y los valores éticos (ya sea en una

perspectiva más general o específicamente centrada en el cuidado de la salud humana), todavía no está claro si el nuevo campo podría considerarse una disciplina o no. A principios de la década de 1970, el filósofo estadounidense Daniel Callahan¹¹ llamó la atención sobre la necesidad de una disciplina que determinara la función del lo ético frente a las cuestiones problemáticas derivadas de la medicina y la biología. Esta disciplina, que Callahan llamó “bioética”, ayudaría a médicos y biólogos en la toma de decisiones, y, para ello, debería delimitar cuestiones problemáticas, estrategias metodológicas y procedimientos, siendo sensible a toda la complejidad de los casos bajo análisis.

A pesar de las directrices de Callahan, la tendencia que finalmente se consolidó fue considerar la bioética más como un campo de estudios, discursos y prácticas que como una disciplina en sí misma¹. En este sentido, para Reich, la bioética es *el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, en la medida en que esta conducta se examina a la luz de los valores y principios morales*¹².

Del mismo modo, Hottos afirma que la bioética designa un conjunto de investigaciones, discursos y prácticas, generalmente multidisciplinarios, encaminadas a dilucidar o resolver cuestiones éticas planteadas por el avance y el uso de las tecnologías biomédicas. Finalmente, por nuestra parte, entendemos que la bioética constituye un campo de estudios, reflexiones y discursos, necesariamente multidisciplinarios, que tiene como objetivo ofrecer directrices éticas para la resolución de problemas y conflictos derivados del ámbito de las Ciencias Biomédicas¹³. Así, se puede afirmar que no existe una sola teoría bioética, sino varios modelos teóricos que, a partir de dinámicas de discursividad e interacción, presentan continuamente la autotransformación, adecuación e innovación teórica requeridas por el rápido e intenso desarrollo biotecnológico.

Paradigmas teóricos en bioética

Virtud

La virtud es la más antigua, duradera y omnipresente de las ideas en la historia de la teoría ética. Esto se debe al hecho de que no se puede separar el carácter de un agente moral de los actos que realiza o deja de realizar, así como de la naturaleza

de estos actos, las circunstancias en las que ocurrieron y las consecuencias que surgen de ellos. Las teorías de la virtud se centran en la figura del agente, en sus intenciones, disposiciones y motivos, y en el tipo de persona que el agente moral es, desea ser o probablemente será por razón de su disposición habitual a actuar de cierta manera¹⁴.

En la cultura occidental, la idea más extendida y duradera de la virtud se remonta a la antigüedad (Platón y Aristóteles) y la Edad Media (Tomás de Aquino). En resumen, en esta perspectiva, la virtud se entiende como la excelencia de la racionalidad (y no la emotividad) en los rasgos de carácter, orientada hacia propósitos y objetivos, centrada en el juicio práctico y aprendida por la práctica. En esta perspectiva, las virtudes tienen fuerza normativa no porque sean admiradas, sino porque están de acuerdo con los objetivos, propósitos y bien de los seres humanos (según una metafísica subyacente)¹⁴.

En la actualidad, es el filósofo británico Alasdair MacIntyre quien con mayor éxito reconstruye y reformula la noción aristotélica de virtud. Para MacIntyre, las virtudes son *disposiciones o cualidades adquiridas y necesarias: 1) para lograr el bien intrínseco de las prácticas (conducta), 2) para servir de apoyo a las comunidades, con el fin de permitir a las personas a buscar un bien mayor como un bien de sus propias vidas y 3) para sostener las tradiciones que proporcionan los contextos históricos necesarios para la vida individual. La virtud, por lo tanto, es un rasgo de carácter esencial para el logro de un bien, una excelencia perfecta*¹⁵.

En este sentido, como señala Pellegrino¹⁴, cualquier teoría ética normativa basada en la Virtud y aplicada a la relación clínica requiere: una teoría de la medicina para la definición de *telos*, o bien de la medicina como actividad; una definición de virtud basada en el propósito de la relación clínica; y una lista de virtudes vinculadas a la teoría, determinando cómo debe ser un *buen profesional de la salud*. Según este autor, la teoría de la medicina se basa en tres fenómenos: el hecho de la enfermedad, el uso del conocimiento para ayudar al paciente y la acción dirigida a la curación del paciente. En cuanto a la definición de virtud, Pellegrino corrobora el sesgo aristotélico de MacIntyre y finalmente establece una lista de virtudes del *buen profesional de la salud: fidelidad a la confianza, benevolencia, altruismo, compasión y cuidado, honestidad intelectual, justicia y prudencia*¹⁶.

El utilitarismo

El utilitarismo como modelo ético se origina en el pensamiento del filósofo británico Jeremy Bentham. Rechazando profundamente la idea de los derechos naturales, Bentham desarrolló una formulación intuitiva según la cual el objetivo más alto de la moralidad es maximizar la felicidad asegurando la hegemonía del placer sobre el dolor. Así, el filósofo entiende que los conceptos de bien y mal – y, en consecuencia, las acciones humanas que surgen de estos conceptos – tienen como objetivo promover la felicidad y distanciarse del dolor o el desagrado. Para Bentham, el acto ético utilitario debe analizarse caso por caso¹⁷.

El discípulo de Bentham, también británico John Stuart Mill, buscó perfeccionar el razonamiento utilitario de su maestro. Para Stuart Mill, la utilidad necesita ser considerada en un sentido más amplio, basado en los intereses permanentes del ser humano como un ser en evolución. Para ello, es esencial un principio de libertad que permita a las personas actuar como consideren oportuno, siempre y cuando no causen daño a otras personas. Así, a largo plazo, el respeto por la libertad individual produciría la máxima felicidad / utilidad para el ser humano¹⁸. Además, a diferencia de Bentham, que entendía la utilidad solo en su aspecto cuantitativo e intensidad, Mill creía que era posible establecer una escala cualitativa de utilidad¹⁹.

En el utilitarismo clásico (también llamado “utilitarismo de acción”), del cual dichos filósofos son representantes, analizar las consecuencias de actuar o no actuar es esencial. El objetivo de este razonamiento utilitario es definir la acción que produce el mejor beneficio (utilidad), sopesando las consecuencias e intereses de todas las personas afectadas e involucradas en una situación de hecho dada. Por otro lado, también emerge el llamado “utilitarismo de reglas”, una línea de pensamiento utilitario que admite la necesidad de reglas morales (generalmente constituidas en el entorno social). La conformidad de una acción a las reglas morales (justificada por la utilidad) es lo que determina la moralidad de la acción, incluso si, en un contexto particular, la obediencia a la regla no maximiza la utilidad²⁰.

Otra visión bastante extendida del utilitarismo hoy en día se basa en el principio de igualdad de consideración de los intereses y es formulada por el filósofo australiano Peter Singer. Para explicar

este principio, Singer parte de la comprensión de que la conducta ética es universal, y que un principio ético no puede justificarse considerando solo intereses individuales o grupos específicos. El razonamiento moral debe seguir el curso de acción que presente las mejores consecuencias para todos los afectados, después de examinar las posibles alternativas. Por lo tanto, la esencia del principio es dar igual peso a los intereses de todos los afectados por la acción²¹.

Kantismo (deber)

La filosofía kantiana es la base de gran parte del pensamiento contemporáneo sobre la moral y la política. A diferencia del utilitarismo, la ética del deber de Immanuel Kant no se refiere al aumento de la felicidad ni a ningún otro propósito. En esta perspectiva, la moralidad no debe basarse solo en elementos empíricos (como deseos y preferencias), ya que estos son factores variables y contingentes. Para Kant, cómo ser racional, capaz de pensar, actuar y decidir libremente (es decir, cómo ser autónomo), el hombre *es digno de dignidad y respeto, y por lo tanto la moralidad debe basarse en la consideración de las personas como fines en sí mismas*²².

El filósofo alemán entiende que actuar libremente (con autonomía) no es elegir la mejor manera de alcanzar un determinado fin, según determinaciones externas (heteronomía), sino elegir el fin mismo. En la concepción de Kant, cuando actuamos de manera heteronómica, actuamos como instrumentos, y no como autores de los objetivos que pretendemos alcanzar²². De este modo, es la autonomía del ser humano, tratada como un fin en sí mismo, lo que le da respeto y dignidad. Por lo tanto, el valor moral de una acción no consiste en sus consecuencias, sino en la intención con la que se lleva a cabo, es decir, lo que importa es la motivación (deber) de hacer lo correcto porque es lo correcto, sin otra motivación externa (consecuencia).

Si la moralidad significa actuar en cumplimiento del deber, queda por ver en qué consiste el deber. Kant cree que los deberes surgen de la razón, es decir, de una razón práctica pura que crea sus leyes *a priori*, a pesar de los objetivos empíricos. En este sentido, el filósofo establece que *la razón guía la voluntad por medio de imperativos categóricos (deberes incondicionales), que deben prevalecer en cualquier circunstancia*.

En su primer imperativo categórico, Kant establece: *una acción es moralmente correcta si, y solo si, el agente de la acción puede desear consistentemente que el principio general de acción (máximo) sea una ley universal*²³.

En otras palabras, el sujeto solo debe actuar según el principio (máximo) que entiende debe constituir una ley universal. En este sesgo, el imperativo categórico Kantiano señala lo que debe evitarse en la acción, es decir, *acciones cuyos principios deben evitarse (máximo) no se puede universalizar (aplicado a todas las personas, incluido el propio agente)*²⁴.

Ya en el segundo imperativo categórico, Kant establece el valor absoluto que fundamenta la ley moral: la humanidad y su dignidad. El ser humano como ser racional existe en cuanto un fin en sí mismo y no puede ser utilizado simplemente como un medio para la satisfacción arbitraria de la voluntad. En todas sus acciones, el ser humano debe ser considerado simultáneamente como un fin. En el “reino de los fines” kantiano, todo tiene un precio o una dignidad, y el ser humano, porque está por encima de todo precio (no puede ser reemplazado por nada equivalente o ser objeto de cuantificación o graduación), tiene dignidad. Así, Kant enuncia el imperativo de la dignidad, que constituye un deber del ser humano hacia sí mismo y hacia los demás: *actúa de tal manera que use la dignidad, tanto en su persona como en la de cualquier otro, siempre y simultáneamente como un fin y nunca simplemente como un medio*²⁵.

Personalismo

El modelo teórico llamado “personalismo” adopta un sesgo triangular, que se aparta tanto de la inducción como de la simple deducción. De esta manera, el personalismo establece la necesidad de examinar tres puntos para resolver problemas de naturaleza bioética. Inicialmente, es necesario exponer el hecho biomédico con consistencia científica y precisión. A partir de este punto, se sigue la profundización del significado antropológico, analizando qué valores están vinculados a la situación-problema. A partir de ahí, se pueden determinar los valores que deben protegerse y las pautas que guiarán la acción y los agentes en el ámbito individual y social²⁶. Para el personalismo, este tercer punto, el de resolver problemas

bioéticos, necesita converger con los conceptos y valores fundamentales de la persona²⁶.

Conceptualmente, siguiendo la antropología cristiana, anclada en la tradición aristotélico-tomista, Sgreccia sostiene que *la persona, en su esencia y existencia, es una unidad cuerpo-espíritu, que tiene un valor intrínseco. Por lo tanto, sustancialmente, esta unidad es la estructura ontológica de la humanidad*²⁷. Además, el personalismo sostiene que es de la constitución unitaria del cuerpo-espíritu – es decir, de la naturaleza misma del ser humano – que surge su dignidad. En este sentido, el ser humano y la dignidad son elementos que se identifican a sí mismos, es decir, la humanidad misma es dignidad. Por esta razón, es con referencia a la realidad humana de la unidad cuerpo-espíritu y su dignidad intrínseca que el personalismo establece los principios que caracterizan su modelo bioético: *defensa de la vida física, libertad-responsabilidad, terapia de integridad, sociabilidad-subsidiariedad*²⁸.

El principio de defensa de la vida física emerge en el personalismo como un valor que surge de la concepción misma de la persona que adopta el modelo teórico. Así, si el cuerpo es un elemento constitutivo de la persona, en el cual y a través del cual la persona se realiza, integra el tiempo-espacio y se manifiesta, el primer imperativo ético del hombre ante sí mismo y ante los demás es respetar y defender la vida. Además, el personalismo vincula la libertad con la responsabilidad. Así, la responsabilidad consolida una obligación moral a los procedimientos necesarios para salvaguardar la vida y la salud, limitando la libertad del paciente y del profesional. La libertad solo debe recibir un trato privilegiado en los casos en que la vida no integre la situación problemática²⁶.

Por otra parte, el principio de terapia-integral consiste en salvaguardar la salud de la persona, considerándola integralmente, en sus aspectos físicos, espirituales y morales. Esto significa que la intervención terapéutica solo debe llevarse a cabo en la parte enferma o en la parte directamente causante de la enfermedad, cuando no hay otros medios para erradicar la enfermedad, hay una posibilidad de curación y hay consentimiento del paciente. Por último, el principio de sociabilidad-subsidiariedad obliga a la comunidad a promover el bien común a través de la protección de la vida y la salud de cada persona. De acuerdo con el modelo personalista, las acciones para promover

la vida y la salud en el ámbito social deben cumplir con el criterio de subsidiariedad, privilegiando los casos de mayor severidad²⁶.

Principlismo de ética biomédica

El modelo principlista de ética biomédica, desarrollado por los filósofos estadounidenses Tom Beauchamp y James Childress, tiene como hito histórico la publicación, en 1978, del Informe Belmont. Resultado de estudios y discusiones de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, el informe estableció principios para la experimentación en humanos. Con base en el contenido presentado en el informe, Beauchamp y Childress elaboraron una propuesta filosófica, desarrollando, profundizando y modificando en ciertos aspectos el concepto y la base de estos principios. Incorporando la no maleficencia a los principios de respeto a la autonomía, beneficencia y justicia, la nueva configuración de principios asumió un papel relevante en la toma de decisiones en toda la actividad biomédica⁷.

Para entender el principio del respeto a la autonomía, por supuesto, primero es necesario establecer qué es la autonomía personal. Para Beauchamp y Childress, *un individuo autónomo es aquel que: 1) actúa libremente, según un plan elegido intencionalmente por él mismo, 2) que no tiene limitaciones que impliquen una comprensión inadecuada para la elección consciente y 3) cuya libertad no sufra ningún tipo de interferencia indebida por parte de terceros*²⁹. En esta estructura, el elemento de intencionalidad no admite gradación (es decir, está presente o no), pero la comprensión y la interferencia de terceros admiten un cierto grado de relativización. Así, el principio del respeto a la autonomía requiere el reconocimiento de que cada persona puede tener sus opiniones, tomar sus decisiones y actuar de acuerdo con sus creencias y valores. Este respeto no es solo un acto negativo, de no intervención en las elecciones de las personas, sino también una obligación positiva, que mejora las condiciones para la toma de decisiones.

Por otra parte, el principio de no maleficencia representa la obligación de no causar daño intencionalmente e implica actos de abstención. Según Beauchamp y Childress, el principio de no maleficencia abarca reglas morales más específicas,

entre ellas: 1) *no matar*, 2) *no causar dolor o sufrimiento*, 3) *no causar discapacidad*, 4) *no causar ofensa* y 5) *no prive ni impida el disfrute de la vida*. La moralidad requiere no solo no causar daño, sino también, siempre que sea posible, promover acciones que traigan beneficios, es decir, que contribuyan al bienestar de las personas³⁰. El término “beneficencia” traduce actos de gratitud, bondad y caridad, así como incluye altruismo, amor y humanidad. En esta perspectiva, la beneficencia representa la acción llevada a cabo en beneficio de los demás y derivada del rasgo llamado “benevolencia”^{20,31}.

Finalmente, la idea de justicia está relacionada con lo que se debe a las personas, a lo que, de alguna manera, les pertenece o les corresponde. En general, actuar con justicia es actuar de acuerdo con el mérito, de manera equitativa y apropiada. En el ámbito biomédico, la dimensión de justicia que destaca es la de la distribución equitativa de derechos, beneficios y responsabilidades. Sin embargo, para que esta distribución sea efectivamente justa, es necesario analizar el principio en la esfera de la formalidad y la materialidad. En este sentido, las teorías que buscan delimitar un concepto de justicia formal recurren, muy a menudo, al dicho aristotélico: los casos iguales deben ser tratados por igual, y los casos desiguales deben ser tratados de manera desigual. Sin embargo, debido a la ausencia de concreción, el criterio de formalidad requiere contenidos materiales. Beauchamp y Childress mencionan lo siguiente: a cada persona 1) una porción igual, 2) de acuerdo con sus necesidades, 3) de acuerdo con sus esfuerzos, 4) de acuerdo con su contribución, 5) de acuerdo con su mérito y 6) de acuerdo con las reglas de intercambio en un mercado libre²⁰.

El principlismo jerárquico

Según Gracia Guillén, los cuatro principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress deben estructurarse en dos niveles diferentes, que definen las dos dimensiones de la vida moral: *un nivel de gestión pública, formado por los principios de no maleficencia y justicia, y otro de gestión privada, compuesto por los principios de respeto a la autonomía y beneficencia*³².

Los deberes del nivel de gestión pública (no la maleficencia y la Justicia) surgen del hecho de que la vida en sociedad obliga a todos a aceptar ciertos preceptos morales. El deber de justicia exige

que el Estado aplique estos preceptos a todos sus miembros de manera igualitaria. Así, con excepciones justificadas, la ética pública debe tratar a las personas por igual, evitando la discriminación, la marginación y la segregación social. Por otra parte, el deber de no maleficencia traduce la obligación de no causar daño a otra persona, incluso con respecto a la inviolabilidad de la vida y la integridad física o biológica. Tanto la justicia como la no maleficencia son expresiones de igual consideración y respeto por los seres humanos⁵.

Los deberes del nivel de gestión privada (respeto a la autonomía y beneficencia) están vinculados a la esfera ética particular de los individuos. Respetar la autonomía significa respetar el sistema de valores, los objetivos de la vida y la idea de perfección y felicidad de las personas, en su singularidad. La beneficencia también está estrechamente relacionada con el sistema de valores adoptado por cada persona, – un sistema que determina lo que el individuo entiende como “acción de beneficencia”. Este es el nivel en el que todos los individuos difieren, debido a la diversidad de ideas y concepciones de la felicidad. Los principios de autonomía y beneficencia no solo permiten la existencia de diferencias morales entre las personas, sino que también requieren que se respeten las concepciones morales particulares⁵.

A partir de esta distinción entre el nivel de gestión pública y el nivel de gestión privada, Gracia Guillén establece la jerarquía entre los principios. Así, por regla jerárquica, en caso de conflicto entre deberes de los dos niveles, lo público tiene prioridad sobre lo privado. En este sentido, Gracia Guillén entiende que *la no maleficencia, es decir, el deber de no causar daño a la otra persona es claramente superior a la beneficencia, es decir, al deber de promover beneficios*³³.

El autor sigue manteniendo el mismo razonamiento con respecto a la relación entre la no maleficencia y la justicia: la primera ocuparía una posición jerárquica superior en relación con la segunda. La superioridad jerárquica de la no maleficencia y la Justicia sobre la beneficencia se explica por el hecho de que un acto de beneficencia debe promoverse y recibirse libremente y, por lo tanto, está intrínsecamente vinculado a la autonomía. Lo que justifica la opinión del filósofo de que beneficencia y autonomía son principios estrechamente relacionados, miembros del mismo nivel (deberes

privados) y, por lo tanto, situados jerárquicamente por debajo de los deberes del nivel público.

Consideraciones finales

Considerando el panorama histórico que caracterizó la segunda mitad del siglo XX, se observa que dos factores fueron esenciales para el surgimiento de la bioética: la revolución biomédica y las transformaciones socioculturales. A partir de entonces, el interés y el estudio de la bioética se extendieron, haciendo varios paradigmas teóricos y métodos de aplicación de estos paradigmas a los conflictos de interés en las ciencias biomédicas. Así, se procedió al análisis crítico de los puntos positivos y problemas presentados por los modelos teóricos estudiados.

Con respecto al paradigma de la virtud, Pellegrino reconoce que es necesario basarlo en bases que están más allá de la circularidad de la justificación lógica (el *bien* es logrado por la persona virtuosa, y la persona virtuosa es la que practica el *bien*). En esta circularidad, el paradigma de la virtud puede terminar siendo intuitivo, subjetivo e incomprensible, porque lo virtuoso en una comunidad puede ser vicioso en otra. Una segunda dificultad de una ética de la virtud es la insuficiencia de directrices definitivas de acción que den fuerza a principios, reglas y máximas, al menos en abstracto. Por último, todavía se puede mencionar el problema de la supererogación, ya que la comprensión de las virtudes como un rasgo de carácter de excelencia requiere un esfuerzo inusual del sujeto de acción¹⁴.

En la perspectiva utilitaria, los puntos positivos destacados por Beauchamp y Childress²⁰ son: 1) el principio de utilidad está jugando un papel importante en el desarrollo de las políticas públicas, dada la característica del razonamiento y la noción de evaluar el interés de todos, y hacer una elección imparcial, con el fin de maximizar los buenos resultados para todos los afectados; 2) utilitarismo considera la moral, especialmente en relación con la producción de bienestar, una visión que mantiene estrechos vínculos con la idea de beneficencia; 3) la lógica consecuencialista se puede utilizar para hacer el bien en algunos casos, aunque el razonamiento en su totalidad, no será aceptado.

Por otro lado, surgen algunas críticas al utilitarismo. Uno de los problemas ocurre cuando los

individuos adoptan una posición de preferencias moralmente inaceptables mediante juicios ponderados. Por lo tanto, parece que el utilitarismo basado en preferencias subjetivas solo podría ser aceptable si se formulara una lista de preferencias aceptables, independientemente de las preferencias de los agentes. Además, Beauchamp y Childress²⁰ plantean dudas sobre la legitimidad moral en cuanto al hecho de que el utilitarismo entiende que es posible cometer un acto inmoral, siempre que esta sea la única manera de lograr la máxima utilidad al final.

En cuanto a la ética kantiana del deber, en primer lugar, destacamos el problema de cómo asegurar que personas diversas, con diferentes voluntades (en tesis), logren una única y correcta ley universal en los procesos de toma de decisiones morales. Además, es extremadamente difícil estar seguro de que la moralidad existe independientemente de la influencia de poderes e intereses, es decir, si el ser humano (agente) es capaz de actuar de forma autónoma²². Por otro lado, también se puede criticar el modelo personalista, especialmente el desarrollado por Sgreccia. Según Ferrer y Álvarez⁷ la impresión es que las propuestas conceptuales y principiología de Sgreccia están más en el campo de la teología moral que en la filosofía misma.

Además, parece que este papel principiológico no puede aportar efectivamente soluciones adecuadas a la diversidad de problemas existentes en bioética. Ya que la unión de diferentes elementos constitutivos en principios unitarios y la jerarquía relativa de estos mismos principios (el autor solo considera el principio de defensa de la vida física jerárquicamente superior al de libertad-responsabilidad, sin mencionar los otros) crea un vacío de método y aplicación. Sin embargo, entendemos que el personalismo ontológico aporta una contribución relevante a la Bioética al establecer que la dignidad humana es intrínseca a todo ser humano, por el simple hecho de ser, y no hay necesidad de ningún otro tipo de reconocimiento. Así, la dignidad humana emerge como fundamento ético básico, sobre el cual deben sustentarse los principios bioéticos y su aplicación.

Con respecto al modelo principialista de ética biomédica, Beauchamp y Childress reconocen que los cuatro principios cardinales no constituyen una teoría moral general, sino que solo componen un marco para identificar dilemas morales y

reflexionar sobre ellos²⁰. Por lo tanto, los filósofos estadounidenses apoyan la aplicación de un razonamiento que incluye métodos de especificación y ponderación. Así, la especificación corresponde al proceso de reducción de las indeterminaciones de las normas abstractas, dotándolas de contenido adecuado para orientar acciones concretas. Mediante la aplicación prudente de los principios a las situaciones concretas, el significado y el alcance de los principios y normas morales generales se hacen coherentes con los valores y normas aceptados por el individuo y la comunidad. Además, la ponderación surge como un elemento metodológico para sopesar principios y normas morales, indicando qué alternativa producirá las mejores consecuencias en el caso específico.

La crítica más contundente del principialismo de Beauchamp y Childress fue hecha por Gert, Culver y Clouser³⁴. Para ellos, los principios no contienen un *estatus* conceptual o sistemática y, por lo tanto, oscurecer y confundir el razonamiento moral, fallando así en la función de actuar como directrices para la acción correcta. Esto se debe al hecho de que los principios tienen diversas consideraciones morales, solo superficialmente interrelacionadas, y numerosos conflictos internos, sin apoyo en una sola teoría ética, sino en varias.

Estamos de acuerdo en parte con Gert, Culver y Clouser. Por un lado, el modelo principiológico de ética biomédica elaborado por Beauchamp y Childress no tiene base teórica ético-filosófica, y los conflictos bioéticos de difícil resolución pueden ser generados por la lógica sistemática y la aplicación de principios a casos concretos. Por otro lado, dicho modelo incorpora contenido material de extrema relevancia para la Bioética, que puede y debe ser utilizado como guía para resolver conflictos bioéticos, siempre que se inserte como parte de la estructura de un sistema moral jerárquicamente organizado.

En realidad, esta es la solución que ofrece Gracia Guillén⁵, que propone una perspectiva sistemática al principialismo de la ética biomédica a partir de la distinción entre principios que integran el nivel de Gestión Pública y principios que integran la gestión privada. Esta parece ser una metodología más precisa para resolver conflictos entre principios bioéticos. Sin embargo, no se puede olvidar la necesidad de una ontología básica para el paradigma principialista (ya sea ponderado o jerárquico).

Referencias

1. Jonsen AR. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Parizeau MH. Bioéthique. In: Canto-Sperber M. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. 2ª ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1997.
3. Jonsen AR, Jecker NS, Pearlman RA. Introduction to the history of bioethics: moral questions and the new biology. In: Kass LR, organizador. Bioethics: an introduction to the history, methods and practice. Sudbury: Jones and Bartlett; 1997. p. 3-11.
4. Bik C. Tratado de bioética. São Paulo: Paulus; 2015.
5. Gracia Guillén D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: El Búho; 1998.
6. Bernard J. La bioéthique. Paris: Flammarion; 1994.
7. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.
8. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Clin Biomed Res [Internet]. 2006 [acesso 20 ago 2020];26(2):86-98. p. 86. Disponível: <https://bit.ly/3nbln0X>
9. Potter VR. Bioethics, the science of survival. Perspect Biol Med [Internet]. 1970 [acesso 20 ago 2020];14(1):127-53. DOI: 10.1353/pbm.1970.0015
10. Kuhse H, Singer P. What is bioethics? A historical introduction. In: Kuhse H, Singer P. A companion to bioethics. Oxford: Blackwell; 1998. p. 3-12
11. Callahan D. Bioethics as a discipline. In: Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA. Bioethics: an introduction to the history, methods and practice. Sudbury: Jones and Bartlett; 1997. p. 17-22.
12. Reich WT. Encyclopedia of bioethics. London: Collier Macmillan; 1978. p. XIX.
13. Hottois G. Bioética. In: Hottois G, Parizeau MH. Dicionário da bioética. Lisboa: Piaget; 1998. p. 58-60.
14. Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst Ethics J [Internet]. 1995 [acesso 20 ago 2020];5(3):253-77. DOI: 10.1353/ken.0.0044
15. Pellegrino ED. Op. cit. p. 261.
16. Pellegrino ED. Op. cit. p. 266-70.
17. Bentham J. An introduction to the principles of morals and legislation. Oxford: Clarendon; 1996.
18. Mill JS. On liberty and considerations on representative government. Oxford: Basil Blackwell; 1948.
19. Mill JS. El utilitarismo. 3ª ed. Buenos Aires: Aguilar; 1962. p. 31-2.
20. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001.
21. Singer P. Practical ethics. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
22. Sandel MJ. Justiça: o que é fazer a coisa certa. 15ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2014. p. 136-9.
23. Sandel MJ. Op. cit. p. 150-1.
24. Feldman F. Kantian ethics. In: Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA, organizadores. Bioethics: an introduction to the history, methods and practice. Sudbury: Jones and Bartlett; 1997. p. 134-5.
25. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70; 1986. p. 68-9, 76-8.
26. Sgreccia E. Manuale di bioetica: fondamenti ed etica biomédica. 2ª ed. Milano: Vita e Pensiero; 1994. p. 87.
27. Sgreccia E. Op. cit. p. 174-7.
28. Sgreccia E. Op. cit. p. 171.
29. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 58-60
30. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 114-7
31. Clotet J. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EdIPUCRS; 2003. p. 59-63.
32. Gracia Guillén D. Op. cit. p. 100.
33. Gracia Guillén D. Op. cit. p. 97.
34. Gert B, Culver C, Clouser KD. Bioethics: a return to fundamentals. New York: Oxford University Press; 1997. p. 74-91.

Paulo Henrique Burg Conti – Doctor – paulo.conti@puers.br

 0000-0001-9972-0953

Paulo Vinicius Sporleder de Souza – Doctor – pvss@puers.br

 0000-0002-4522-9592

Correspondencia

Paulo Henrique Burg Conti – Av. Ipiranga, 6681, prédio 11, Partenon CEP 90619-900.
Porto Alegre/RS, Brasil.

Participación de los autores

Paulo Henrique Burg Conti realizó la investigación y escribió el texto. Paulo Vinicius Sporleder de Souza guio la investigación y revisó el texto.

Recibido: 21.10.2020

Revisado: 6.10.2021

Aprobado: 11.10.2021