



ATUALIZAÇÃO

Análisis de la ética de principios, 40 años después

María Victoria Roqué-Sánchez¹, Ignacio Macpherson¹

1. Universitat Internacional de Catalunya (Campus Sant Cugat), Departamento de Humanidades, Facultad de Humanidades, Barcelona/ Catalunya, España.

Resumen

La Bioética de principios se ha convertido en un paradigma de la valoración moral en la práctica clínica. La estructuración en cuatro principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), elaborada por Beauchamp y Childress hace casi 40 años, trata de facilitar la toma de decisiones en un contexto universal. Aun así, este objetivo genera una serie de dudas que afectan profundamente a la *praxis* ética de la medicina y a la teoría moral. Por ello, se hace imprescindible un análisis crítico de los principios de la Bioética, su fundamentación teórica y su aplicabilidad, a la vista de los resultados en estos últimos decenios.

Palabras clave: Bioética. Principios morales. Ética basada en principios.

Resumo

Análise da ética de princípios, 40 anos depois

A Bioética dos princípios tornou-se paradigma de avaliação moral na prática clínica. A estruturação desse modelo em quatro princípios (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), desenvolvidos por Beauchamp e Childress há quase 40 anos, visa facilitar a tomada de decisão em contexto universal. No entanto, esse objetivo gera uma série de questões que afetam profundamente a prática ética da medicina e a teoria moral. Por essa razão, a análise crítica dos princípios da Bioética, sua fundamentação teórica e sua aplicabilidade, levando em consideração os resultados das últimas décadas, são essenciais.

Palavras-chave: Bioética. Princípios morais. Ética baseada em princípios.

Abstract

An analysis of the ethics of principles, 40 years later

Bioethics of principles has become a paradigm of moral evaluation in clinical practice. This model is based on four principles (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice), as defined by Beauchamp and Childress almost 40 years ago. The four principles try to facilitate decision-making in a universal context. However, this objective generates a series of questions that deeply affect the ethical practice of medicine and the moral theory. Therefore, a critical analysis of the principles of Bioethics, its theoretical foundation and its application, in view of the results in recent decades, is needed.

Keywords: Bioethics. Morals. Principle-based ethics.

Desde hace decenios la *bioética clínica* intenta ofrecer soluciones a los problemas éticos que se presentan en la relación médico-paciente. No cabe duda que, de entre todas esas propuestas, la de mayor éxito y aceptación general es la del modelo principialista o bioética de principios (*principlism*). Hablar de bioética principialista significa hablar de los autores Beauchamp y Childress, y de su obra “Principles of biomedical ethics”¹, publicada en el 1979 y convertida en texto de referencia en todo el mundo. ¿A qué se debe su gran éxito y aceptación? ¿Cuáles son sus aportaciones y aciertos? ¿Cuáles son sus límites, deficiencias o errores?

Jonsen² afirma que la bioética clínica se ocupa de la identificación, el análisis y la resolución de los problemas morales que aparecen en la atención de un paciente particular. Esto no significa, como apunta Requena³, que los médicos deban ser expertos en complejos razonamientos filosóficos, sino que deben saber o estar preparados para proponer aquellas soluciones más adecuadas para el bien de la persona, sobre todo en relación a la salud. La bioética clínica se centra, por tanto, en la toma de decisiones, donde se requiere el conocimiento simultáneo de principios éticos y principios filosóficos más generales, así como su aplicación práctica.

Hay propuestas que difieren en el modo de trabajar, tanto por la metodología como por los contenidos morales que utilizan. Así, Drane⁴ habla de cuatro metodologías y en la “Encyclopedia of bioethics”⁵ se señalan hasta cinco grandes modelos, pero ambas incluyen el principialismo. Ciertamente, la complejidad de situaciones reales y los numerosos conflictos éticos que pueden surgir en la práctica hacen imposible recoger un elenco de todos ellos.

Aunque los libros sobre estas cuestiones proporcionan instrumentos y herramientas para realizar juicios morales del modo más adecuado, el principialismo o bioética de principios se halla presente prácticamente en todos ellos, permeando la literatura biomédica⁶. Cualquier revista o publicación que analice los aspectos éticos hace referencia a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. De ahí su éxito e influencia en otros campos, como la psicología o la ingeniería^{7,8}.

El principialismo de Beauchamp y Childress

En la primera edición del libro “Principles of biomedical ethics”, los autores afirmaban que no pretendían crear una teoría moral, sino *ofrecer un análisis sistemático de los principios morales* (principles

*que deberían aplicarse en biomedicina*¹, a partir de las teorías morales ya existentes. En la redacción de esta obra había una fuerte influencia del psiquiatra Seymour Perlin, que insistió a los autores en la necesidad de crear un conjunto de principios que guiaran la actuación de los profesionales en las cuestiones biomédicas⁹. Posteriormente, Clouser y Gert¹⁰ fabricaron el término “principialismo” o “principlism”. Hasta la actualidad se han hecho siete ediciones: 1979, 1983, 1989, 1994, 2001, 2009 y 2013.

El éxito inicial de la bioética de principios radicaba en su gran plasticidad para acomodarse a diferentes teorías morales y concepciones religiosas, y a su propuesta de aplicabilidad universal, incluso en ausencia de un acuerdo ético. Esta universalidad es, actualmente, el atractivo más característico, y su carácter relativo genera muchos seguidores. Por otra parte, es un gran mérito de Beauchamp y Childress el hecho de haber incorporado las sugerencias y críticas de diversos analistas, como reconocen Clouser y Gert¹⁰, facilitando un debate que ha enriquecido toda la obra¹¹. La séptima edición, publicada en el 2013¹², refleja gran parte de esta evolución.

El concepto de “principio”

Antes de seguir con el tema, conviene hacer unas precisiones acerca del término “principio”, ya que no ha tenido un significado unívoco desde los comienzos de la bioética, en los años 1970. Warren Reich¹³, en la primera edición de la “Encyclopedia of bioethics”, en el 1978, hace referencia explícita a los principios, pero desaparece dicha referencia en la segunda edición, de 1995⁵. La razón que daba Reich era que, en la primera edición, el significado etimológico de la palabra “principio” hacía referencia a fuente u origen y que, actualmente, el sentido predominante era el de “regla” o norma de comportamiento, asociado a un modelo concreto de ética aplicada.

Otro autor, Raymond Devettere¹⁴, distingue también estos dos sentidos. En el primero, los principios son indemostrables, no se pueden fundar en algo anterior, más bien ellos son principios fundadores de la ética: para Kant, la autonomía o libertad de la voluntad; para Stuart Mill, el deseo de una existencia sin dolor. En su segunda acepción, los principios se aplicarían como guías de acción para cada caso concreto.

Los deberes prima facie

Para Beauchamp y Childress los principios propuestos por ellos no pertenecen a la primera

acepción, a los que fundan una teoría moral, pero tampoco pueden ser verdaderas guías de acción porque son demasiado indeterminados para ser aplicados a un caso concreto¹. Así pues, dichos principios son considerados como normas éticas de nivel medio (*middle level*). La dificultad reside en que, al ser varios principios, surge la cuestión de la primacía entre ellos, y en el caso de que entren en conflicto, habrá que estudiar las características de la situación y determinar cuál de ellos tiene la primacía. Son principios *prima facie*, concepto tomado de W. Ross¹⁵, si bien este autor no habla de principios, sino de deberes *prima facie*, frente a los deberes actuales que el agente moral descubre en el caso concreto. Existe la obligación de cumplir los deberes así caracterizados, siempre y cuando no se hallen en conflicto con otra obligación equivalente o de mayor importancia. Entonces hay que realizar lo que se denomina “gran ponderación” entre lo correcto y lo incorrecto.

El modelo coherente

En la quinta edición¹⁶ aparece otro importante cambio de perspectiva, tras las críticas y comentarios recibidos en las primeras ediciones. Los autores presentan el denominado modelo coherente, que englobaría tanto el modelo deductivo como el modelo inductivo. Es llamado también modelo de teoría y aplicación, con una estructura parecida a la del razonamiento matemático: las conclusiones proceden de manera lógica a partir de las premisas. Este modelo fue adoptado en las primeras ediciones.

Se trata, por tanto, de un sistema moral adaptado a la complejidad de la vida moral, en la que abundan situaciones concretas a valorar, casos difíciles a resolver. La relevancia moral está contenida en los casos concretos, y no en los principios y reglas. Solo en un segundo momento, al reflexionar sobre los juicios morales que se han dado en situaciones semejantes se puede hablar de reglas o principios. Un ejemplo paradigmático es la casuística de Jonsen y Toulmin¹⁷. Beauchamp y Childress dirán que esta propuesta es un modelo sin contenido.

El equilibrio reflexivo

Y aun se presenta un nuevo y grave problema: la imposibilidad de recurrir al origen de la teoría moral para buscar la solución cuando los principios *prima facie* entran en conflicto. Para solventarlo utilizarán el concepto rawlsiano¹⁸ del equilibrio reflexivo, clave para los principios de la ética biomédica. Es un instrumento que, a través de la reflexión y el ajuste dialéctico, trata de optimizar la fundamentación de

los planteamientos morales y obtener una mayor cohesión interna del sistema moral.

Dicho de otro modo, los principios morales (creencias morales de carácter general) y los juicios morales particulares o concretos, se corrigen mutuamente. Sin embargo, como ya afirman Beauchamp y Childress en la sexta edición, no se puede garantizar un equilibrio completamente estable. La racionalización y el reajuste tienen lugar constantemente y concluyen diciendo que *la reflexión moral es análoga a las hipótesis científicas que verificamos, modificamos o rechazamos a través de la experiencia y del pensamiento experimental*¹⁹.

La moralidad común

Ante la posibilidad de que su propuesta fuera criticada al posibilitar un sistema ético coherente e inmoral al mismo tiempo (por ejemplo, un grupo terrorista, con normas y reglas coherentes), en la quinta edición los autores salen al paso diciendo que su sistema se apoya en unos juicios ponderados fruto de las creencias adquiridas a lo largo de tiempo²⁰. Inmediatamente surge la pregunta que va a condicionar todas sus propuestas y posteriores desarrollos: ¿dónde se apoyan estos juicios ponderados?

La respuesta está en el concepto de moralidad común (*common morality*), concepto tomado de Frankena y Ross²¹, que los autores elevan a la categoría de teoría moral, extensamente desarrollada en la nueva edición¹². La teoría de la moral común extrae sus premisas básicas directamente de la moralidad compartida por todos los miembros de una sociedad, incluyendo principios como el respeto a las personas, tener en cuenta su bienestar, tratarlas justamente, etc. A partir de estos principios se extraen las normas concretas que permiten abordar los dilemas éticos.

Como Beauchamp y Childress señalan en la quinta edición, se reconoce la existencia de un orden moral universal, pero hay diversas teorías sobre ese orden moral. A pesar de todo, estas teorías muestran características comunes, que pueden ser agrupadas en tres: 1) se apoyan sobre creencias morales habitualmente compartidas y no necesitan acudir al raciocinio o a un orden natural intrínseco; 2) desconfían de toda teoría ética que no sea compatible con los juicios morales considerados con sentido o pre-teóricos; 3) todas estas teorías son pluralistas; siempre hay dos o más principios no absolutos (*prima facie*) que constituyen la base general del sistema normativo, como es el caso de los cuatro principios de la bioética²².

¿Cómo resolver los conflictos entre principios?

Los cuatro principios, por su condición de principios muy generales, deben ser traducidos o concretados en normas particulares, es decir, exigen especificación. Pero especificar los principios es reducirlos a reglas menos indeterminadas, con la finalidad de facilitar la decisión moral, dotándolos de contenido para guiar las acciones concretas. Y muchas veces esas reglas entran en conflicto. Beauchamp y Childress aportan dos herramientas para su aplicación: la especificación y la ponderación.

La especificación

El método de especificación trata de reducir los principios a reglas menos indeterminadas, con el objetivo de agilizar la resolución de cuestiones morales. Por ejemplo, el principio puede ser “no causar daño”, y la especificación sería la solución concreta que habría que dar a cuestiones como el suicidio asistido o la eutanasia.

Beauchamp y Childress explican el método de especificación, tal como aparece en la quinta edición, con un ejemplo tomado de las “Guías éticas para la práctica de la psiquiatría forense”, donde se utiliza el principio de respeto a la autonomía de las personas para el caso de pacientes psiquiátricos. El principio especificado quedaría como sigue: el consentimiento informado para esos pacientes se obtendrá siempre que sea posible, y en el resto de los casos se actuará de acuerdo con la legislación vigente en la propia jurisdicción²³. Es evidente que son cuestiones aún no resueltas y, por eso, además de la especificación, hace falta utilizar la segunda herramienta: la ponderación.

La ponderación

La ponderación de los principios consiste en determinar qué principio, regla, derecho o deber tiene más peso en una situación concreta. En la sexta edición se indica: *la ponderación consiste en analizar y valorar el peso o la importancia relativas de las normas. La ponderación es particularmente útil para juzgar situaciones individuales, y la especificación es particularmente útil para determinar el desarrollo de una política*²⁴.

En esta definición los autores asumen la perspectiva de Ross²⁵. Para Ross, lo importante es llegar al conflicto mayor, comparando las obligaciones que entran en conflicto de forma similar a como se compara el peso en una balanza. El resultado

se denomina “obligación mayor”, que es la opción que habrá que seguir. Paradójicamente, se pasa de la obligación *prima facie* (que no es una verdadera obligación) a la obligación actual o real (que sí lo es).

Por consiguiente, es necesario evaluar los principios y las normas para determinar cómo se jerarquizan en cada situación concreta. Insisten en que la ponderación no es simple intuición. Requiere aportar razones adecuadas para justificar la elección, buscando siempre la solución más coherente con el conjunto de la vida moral.

Limitaciones del principialismo

Las críticas al principialismo han sido numerosas desde su aparición²⁶. Expondremos solo algunas de las cuestiones de mayor trascendencia, comentando al hilo de estas los ejemplos propuestos por los autores.

Ausencia de una teoría de la acción moral

En primer lugar, la búsqueda de principios de fácil aplicación para conseguir maximizar unos resultados de manera creíble y la formulación de procedimientos consensuados ha llevado a dejar de lado los principios verdaderamente éticos y suplirlos por un modo de razonar fundamentalmente técnico. En el principialismo no hay una teoría de la acción. En concreto, Beauchamp y Childress no explican lo que ellos entienden por acción moral (acto moral o acto humano)¹². Este y otros conceptos éticos los dan por supuesto.

Así, en el principio de no maleficencia emplean el ejemplo de la acción de “matar”, pero partiendo de la ambigüedad que presentan los términos “matar” y “dejar morir”. “Matar”, dirán, está prohibido por un principio *prima facie*, pero en algunos casos podría estar permitido, o incluso obligado, para evitar un sufrimiento extremo. Por tanto, esa norma moral deja de ser absoluta en el ámbito médico.

¿Qué se entiende por norma moral absoluta? Es aquella norma que no admite excepciones de ningún género, sean cuales sean la intención y las circunstancias del agente. En consecuencia, la aceptación de esta norma permite afirmar la existencia de actos intrínsecamente malos, es decir aquellos que son siempre éticamente desordenados. Es esta una de las cuestiones morales más debatidas en los últimos tres decenios, muy relacionada con otra de las cuestiones más polémicas de los últimos tiempos: la

noción de objeto moral como fuente de la moralidad de los actos humanos.

¿Cuál es su razonamiento? Explican que “dejar morir” a un paciente estaría justificado moralmente en algunas ocasiones. De esta premisa deducen – desde el punto de vista lógico– que, en estos mismos casos, también estaría justificado ayudar positivamente a morir a un enfermo. Por ejemplo, en la quinta edición afirman que *un juicio sobre la justificación o la no justificación de una acción de matar o dejar morir supone que sepamos algo más sobre el acto. Necesitamos conocer el motivo del agente (si es benévolo o malicioso, por ejemplo), o si se trata de una decisión del paciente o de otra persona, o las consecuencias del acto. Estos factores adicionales nos permitirán situar el acto dentro de un mapa moral y realizar un juicio normativo sobre él*²⁷. Para los autores, lo moralmente importante no es el tipo de acción de que se trate (matar o dejar morir) sino la intención del que toma la decisión y las consecuencias de dicha decisión.

Aunque estamos de acuerdo en la importancia de la intención y de las circunstancias, los autores no tienen en cuenta el otro elemento imprescindible del acto moral, el objeto moral de la acción (el objeto que elige la voluntad, el tipo de acción, el medio elegido). Es posible que una persona no sepa o conozca todas las consecuencias de lo que está haciendo, pero siempre puede o debe poder responder a la pregunta: ¿qué está haciendo?, ¿qué acción está realizando? Si continuamos con el ejemplo anterior, unas veces será acertado dejar morir – seguir el natural curso de la enfermedad–, y otras dejar morir tiene la misma valoración moral que la acción de matar.

Beauchamp y Childress incurren en una contradicción cuando, un poco más adelante del texto, afirman: *Ni matar ni dejar morir son, por tanto, malas en sí; en este sentido, ambas acciones son diferentes de asesinar, que es mala en sí misma*²⁷. ¿Asesinar es una acción siempre mala? Entonces ¿por qué matar no está dentro de esta categoría? Admiten entonces que hay acciones en sí mismas desordenadas, malas. La dificultad de no distinguir diferentes tipos de acciones morales, aunque tengan las mismas consecuencias, conlleva una distorsión importante de la moralidad de la acción.

Ausencia de la ética de la primera persona

Como apunta Requena²⁸, los autores aciertan cuando afirman que una cosa es *retirar un tratamiento inútil en un enfermo que tenga como*

efecto (no querido intencionalmente) la muerte del paciente; y otra muy distinta es adelantar voluntariamente la muerte de un paciente, utilizando los medios que sean. Ya que existe diferencia moral entre matar mediante una acción o mediante una omisión porque desde el punto de vista moral lo importante es el tipo de acción que el médico elige y no el tipo de muerte.

La expresión *dejar morir* no describe bien la acción moral, porque no dice nada del tipo de acción del que está eligiendo²⁹. Serían más adecuadas otras formas de describir la acción de modo más preciso, como por ejemplo: 1) retirar un aparato de soporte vital clínicamente inútil; 2) no comenzar un tratamiento de diálisis en un paciente terminal; 3) no realizar maniobras de resucitación en un paciente joven que podría recuperarse sin secuelas después de dichas maniobras. En las tres acciones, la consecuencia es la misma: la muerte.

Pero lo que se puede observar es que, si en las dos primeras puede no haber intencionalidad de provocarla, en la tercera está claro²³. La cuestión es si se trata, en todos los casos, de la misma acción moral. Para contestar, es preciso introducir otro elemento que no tienen en cuenta los autores: la perspectiva desde la que actúa la persona. Es lo que se denomina “ética de la primera persona”³⁰. Beauchamp y Childress se limitan a un análisis puramente físico de la acción.

Confusión sobre la norma moral

Encontramos una crítica al principialismo de mayor trascendencia al abordar el concepto de norma moral. Aunque este tema es incluido por los autores en el primer capítulo de la séptima edición¹², no se observan cambios sustanciales respecto a ediciones anteriores. Como señala Requena, Beauchamp y Childress sostienen que hay algunas normas específicas que son virtualmente absolutas³¹, es decir, que podrían ser absolutas, pero que son raras y habrá que especificar en sus enunciados las excepciones.

Como ejemplo, estos autores afirman que el término matar no supone necesariamente una acción mala o un crimen, y la regla no matar no es absoluta. Añaden que la justificación estándar de matar en legítima defensa, para rescatar a una persona amenazada por la acción inmoral de otros o la muerte accidental nos previenen de considerar una acción como mala simplemente porque sea matar³². Vuelve a aparecer la inadecuada concepción de la acción humana, expuesta anteriormente, y que

resulta problemática para comprender adecuadamente las normas morales.

Este es el punto clave. ¿Qué significa “matar intencionalmente a una persona”? Según entendemos, poner la propia voluntad contra la vida de otro ser humano, independientemente de otras intenciones o fines que se pretendan conseguir con aquella muerte. Es una acción desorientada de la voluntad o, dicho de otro modo, es un tipo de acción mala en sí misma.

De ahí que las normas que específicamente condenan acciones que suponen siempre un desorden en la voluntad, no pueden tener excepciones³³. Beauchamp y Childress, al decir que la norma “no matar” no es absoluta, no pretenden justificar cualquier caso de suicidio asistido o eutanasia voluntaria. En realidad, son muchas las condiciones que ponen para la justificación del suicidio asistido. Sin embargo, una vez abierta la puerta a las excepciones a esta norma, es muy difícil contener los abusos. Por ejemplo, la no intervención del recién nacido con síndrome de Down para corregir una fístula traqueo-esofágica podría justificarse haciendo referencia a una pobre calidad de vida futura del paciente. Lo mismo podría decirse en el caso de una mujer con Alzheimer en sus primeras fases, cuya ayuda al suicidio Beauchamp y Childress consideran injustificable. Pero una vez que se puede matar a los pacientes, el problema está, simplemente, en buscar los modos más adecuados de argumentar y justificar la decisión en cada caso.

Confusión entre el plano moral y el plano legal

Por último, un problema presente en el ámbito norteamericano, es la estrecha conexión de las normas morales con el ámbito legal. Wulff³⁴ señala, como defecto del principialismo, la falta de distinción de los planos moral y legal. Las leyes civiles gobiernan comportamientos externos, no objetos queridos por la voluntad. Estas normas legales salvaguardan determinados bienes humanos, que en circunstancias concretas pueden no estar en juego, permitiendo, por tanto, legítimas excepciones. Si se consideran la vida moral y las leyes morales simplemente como leyes civiles, ciertamente podrán encontrarse excepciones a cualquier norma, dejando de lado lo propio de la vida moral.

Ausencia de jerarquía en los principios

Es aquí donde se concentra otra de las críticas más contundentes en contra del principialismo, no suficientemente solventado en la última edición. Estas críticas se basan en que no es posible aplicar los principios a los casos concretos porque no existen

razones o argumentos éticos suficientemente sólidos que puedan justificar su jerarquización. De ahí que se obtengan distintos resultados según quién y cómo los utilice y, por lo tanto, no pueden servir como guías para la decisión.

Botros³⁵ lo explica con un ejemplo, el del médico que descubre un tumor en una mujer y teme que si le da a elegir entre dos alternativas de tratamiento, ella elija la alternativa menos agresiva, pero que será peor a largo plazo. Desde la perspectiva utilitarista, el médico tendrá en cuenta el principio de beneficencia y callará la posibilidad de este tratamiento pensando en el bien del paciente. Desde la perspectiva deontologista, en la que prima la autonomía del paciente, el médico no se plantea la ocultación de ninguna de las alternativas, dando toda la información para que el paciente decida libremente.

Botros subraya la incoherencia que existe en uno de los puntos clave del principialismo, al presentarse como un sistema en el que pueden coincidir distintas concepciones filosóficas y pretender que, partiendo de diferentes principios, es posible llegar a la misma solución. Este autor dirá que la respuesta no puede venir del principio si no de otro elemento relacionado con el principio y que determina dicha solución³⁵.

Ausencia de una teoría ética

Otra de las críticas dirigidas al principialismo es que carece de una estructura argumentativa suficientemente sólida para poder dirimir los conflictos morales. Aunque en su última edición se aborda de nuevo el dilema ético¹², la herramienta de la ponderación de los principios, propuesta por Beauchamp y Childress, deriva en una resolución de conflictos totalmente subjetiva y puramente intuitiva, llevando el sistema hacia el relativismo moral. Y en realidad esta no era la intención de los autores, pero ese ha sido el resultado.

Arras³⁶ y Turner³⁷ ponen el ejemplo de los debates en torno al aborto. Cuando se plantea este tema entre el principio de autonomía y el principio de no maleficencia, según se adopte uno u otro, los resultados serán diametralmente opuestos. Si la elección se realiza desde una perspectiva radical feminista, prevalece el principio de autonomía. La argumentación aportada es que la mujer es propietaria de su corporalidad y su destino. Si se hace desde un planteamiento *pro-life*, en el que la clave es la sacralidad de la vida y la dignidad humana, el principio prioritario es el de la no maleficencia: no

destruir el embrión o dañar de modo irremediable una vida humana.

En realidad, como afirma Holm³⁸, las reglas de Beauchamp y Childress son puramente formales, no sirven para guiar nuestras decisiones y con la ponderación se puede llegar a justificar cualquier comportamiento. Clouser y Gert¹⁰ concluyen que no son principios morales al modo de Rawls¹⁸, o del principio de utilidad de Stuart Mill, sino que son meros *slogans*.

Consideraciones finales

La bioética de principios ha constituido un nuevo paradigma en la ética clínica, proponiendo grandes aportaciones, entre las cuales cabe destacar la propiciación de un diálogo profundo entre autores y críticos, que a su vez ha generado una corriente de mejora continua¹⁰. Igualmente, ha presentado un objetivo ambicioso: ofrecer una propuesta de aplicabilidad universal, un sistema que permite avanzar incluso en ausencia de un acuerdo ético, con capacidad para adaptarse a diferentes teorías morales, concepciones religiosas o culturas¹¹. Quizás por este motivo ha sido ampliamente difundida y articulada para el uso de todos los comités éticos. Pero también es patente que sus carencias han suscitado oposición desde muchos ámbitos, carencias difíciles de conciliar con teorías morales que pretendan ser universales³⁹. Entre ellas se encuentran el uso de principios *prima facie* como punto de partida, que cierra la puerta a considerar que existan acciones intrínsecamente inmorales; o la reducción de las deliberaciones médicas a las acciones físicas y resultados externos sin tener en cuenta la acción moral; o la variabilidad y ambigüedad en la aplicación de los principios, que permite uno u otro de modo de hacer, siempre que resulte convincente⁴⁰. Para solventarlo se ha buscado una teoría común, una moralidad común, que se conoce, pero no se aplica⁴¹. De ahí que surjan distorsiones cuando se intenta aplicar a diferentes ámbitos culturales⁴², concepciones religiosas⁴³ o teorías morales⁴⁴. La ética de principios aparece entonces como un método práctico para justificar las decisiones tomadas^{45,46}, pero resulta incapaz de determinar si son correctas o no⁶, porque nadie sabe qué es lo correcto, ni siquiera cuál es la definición de correcto⁷. El resultado es que el intento de globalizar un método de ética clínica a todos los problemas bioéticos de la sociedad moderna acaba superando e inutilizando el mismo método, como se demuestra cuando se intenta aplicar a dilemas

clínicos profundos^{47,48}, dilemas sociales⁴⁹⁻⁵¹ o grandes dilemas tecnocientíficos⁵².

Posiblemente, el núcleo de la cuestión reside en la misma definición de ética, entendida como ciencia que estudia las nociones relativas al bien, el bienestar humano y la “buena vida”⁵³. Y aquí comienza la divergencia ¿qué es el bien, cuando se trata del ser humano? Entendemos que, si el concepto base de todo el edificio moral no es común, toda teoría moral será una entelequia, algo que Beauchamp y Childress reflejan en sucesivas ediciones³⁹. La falta de conceptos unificadores o al menos clarificadores lleva a pensar en la necesidad de reconceptualizar los problemas éticos⁵⁴, una revisión integral, no solo de los principios⁵⁵, dentro de un marco de reflexión continua⁵⁶. Solo a partir de ese momento es posible plantearse la existencia de una moral común y universal. Una vez alcanzado ese acuerdo, se podrá transmitir con eficacia. Esta apreciación es pertinente porque uno de los defectos de la ética de principios es que no coincide el aprendizaje teórico con la realidad sanitaria. En el momento de llevarlos a la práctica, el individuo actúa según otros valores que no coinciden con los principios, a pesar de haberlos estudiado, posiblemente porque psicológicamente no son operativos⁴⁸. De ahí que algunos autores planteen redimensionar el valor del individuo en sí mismo (ontológico) y su valor relacional (sociológico) para fundamentar una bioética plenamente humana^{44,51}.

Hemos destacado los problemas que genera la ausencia de elementos esenciales en la bioética de principios: la falta de una teoría de la acción moral, la confusión del concepto de norma, la falta de jerarquía de principios. Todo ello no impide que los cuatro principios estén cumpliendo su cometido a la hora de facilitar los juicios, pero parece necesario redimensionar su alcance. Proponemos dos conceptos fundamentales que pueden ayudar a modular el análisis principialista: el concepto de “benevolencia” –querer el bien de otro–, que es un criterio moral y no solo jurídico, como única guía de los principios de beneficencia y no maleficencia; y el concepto de “responsabilidad”, que incluye la responsabilidad personal –expresión de mayor contenido y alcance que la de respeto a la autonomía personal– y una responsabilidad social, cuya guía es el bien común –entendido aquí como el bien de la relación entre la persona y la comunidad–, elemento clave de la justicia. Pensamos que ambos conceptos permiten integrar una antropología más profunda de la acción moral, focalizada en el bien del individuo y su dimensión relacional, es decir, los otros.

Referências

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
2. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decision in clinical medicine. 5ª ed. New York: MacGraw Hill; 2002. p. 2.
3. Requena P. Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano. Cuad Bioet [Internet]. 2008 [acceso 27 abr 2018];19(1):11-27. Disponível: <https://bit.ly/2GdlBy4>
4. Drane JF. Methodologies for clinical ethics. Bull Pan Am Health Organ [Internet]. 1990 [acesso 14 maio 2018];24(4):394-404. p. 401. Disponível: <https://bit.ly/2lFtzVO>
5. Fletcher Y, Brody H, Aulisio MP. Clínic ethics. In: Post SG, editors. Encyclopedia of bioethics. 3ª ed. New York: Simon&Shuster-Macmillan; 2004. p. 433-7.
6. Hine K. What is the outcome of applying principlism? Theor Med Bioet [Internet]. 2011 [acesso 14 maio 2018];32(6):375-88. Disponível: <https://bit.ly/2lFrBF3>
7. Weinstock R. Dialectical principlism: an approach to finding the most ethical action. J Am Acad Psychiatry Law [Internet]. 2015 [acesso 27 abr 2018];43(1):10-20. Disponível: <https://bit.ly/2L0r4f7>
8. Beever J, Brightman AO. Reflexive principlism as an effective approach for developing ethical reasoning in engineering. Sci Eng Ethics [Internet]. 2016 [acesso 27 abr 2018];22(1):275-91. Disponível: <https://bit.ly/2lKRdDx>
9. Walter JK, Klein EP. The story of bioethics: seminal works to contemporary explorations. Washington: Georgetown University Press; 2003. p. 48.
10. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. J Med Philos [Internet]. 1990 [acesso 27 abr 2018];15(2):219-36. Disponível: <https://bit.ly/2jUDitx>
11. Gordon JS. Global ethics and principlism. Kennedy Inst Ethics J [Internet]. 2011 [acesso 27 abr 2018];21(3):251-76. Disponível: <https://bit.ly/2lIhTSB>
12. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.
13. Reich WT. Encyclopedia of bioethics. New York: Free Press; 1978.
14. Devettere R. The principled approach: principles, rules, and actions. In: Grodin MA, editors. Meta medical ethics: the philosophical foundations of bioethics. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 27-8.
15. Ross WD. The right and the good. Oxford: Clarendon Press; 1930.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001.
17. Jonsen AR, Toulmin S. The abuse of casuistry: a history of moral reasing. Berkeley: University of California Press; 1988.
18. Rawls J. A theory of justice. Cambridge: Harvard University Press; 1971.
19. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 384.
20. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. 2001. p. 400. 21. Frankena WK. Thinking about morality. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1980.
22. Rawls J. Op. cit. 1971. p. 387.
23. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. 2001. p. 16.
24. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. 2009. p. 20.
25. Ross WD. The foundations of ethics. Oxford: Clarendon Press; 1939.
26. Lustig BA. The method of 'principlism': a critique of the critique. J Med Philos [Internet]. 1992 [acesso 27 abr 2018];17(5):487-510. Disponível: <https://bit.ly/2GeZh7k>
27. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. 2001. p. 142.
28. Requena P. Modelos de bioética clínica: presentación crítica del principialismo y la casuística. Roma: Edizioni Università della Santa Croce; 2005.
29. Requena P. Op. cit. 2005. p. 138.
30. Rhonheimer M. La perspectiva de la moral: fundamentos de la ética filosófica. Madrid: Rialp; 2000.
31. Requena P. Op. cit. p. 19.
32. Requena P. Op. cit. p. 141.
33. Rhonheimer M. Op. cit. p. 42.
34. Wulff HR. Against the four principles: a nordic view. In: Richard E, Ashcroft RE, Dawson A, Draper H, McMillan JR, editors. Principles of heath care ethics. Chichester: Wiley; 1994. p. 277-86.
35. Botros S. Rights and the four principles. In: Richard E, Ashcroft RE, Dawson A, Draper H, McMillan JR, editors. Principles of heath care ethics. Chichester: Wiley; 1994. p. 236-7.
36. Arras JD. Principles and particularity: the roles of cases in bioethics. Indiana Law J [Internet]. 1994 [acesso 27 abr 2018];69(4):983-1014. p. 994. Disponível: <https://bit.ly/2L3hyYC>
37. Turner L. Zones of consensus and zones of conflict: questioning the "common morality" presumption in bioethics. Kennedy Inst Ethics J [Internet]. 2003 [acesso 27 abr 2018];13(3):193-218. p. 213. Disponível: <https://bit.ly/2wEsyJ4>
38. Holm S. Not just autonomy: the principles of American biomedical ethics. J Med Ethics [Internet]. 1995 [acesso 27 abr 2018];21(6):332-8. p. 336. Disponível: <https://bit.ly/2KWdQjz>

39. Azambuja LEO, Garrafa V. La teoría de la moralidad común en el trabajo de Beauchamp y Childress. *Rev. bioét. (Impr)* [Internet]. 2015 [acceso 27 abr 2018];23(3):638-48. Disponible: <https://bit.ly/2Kna2a4>
40. Lee MJ. The problem of 'thick in status, thin in content' in Beauchamp and Childress' principlism. *J Med Ethics* [Internet]. 2010 [acceso 27 abr 2018];36(9):525-8. Disponible: <https://bit.ly/2GdBta0>
41. Page K. The four principles: can they be measured and do they predict ethical decision making?. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2012 [acceso 27 abr 2018];13:10. Disponible: <https://bit.ly/2KmeHsl>
42. Garrafa V. Críticas ao principlismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acceso 27 abr 2018];25(2):442-51. Disponible: <https://bit.ly/2KV1xnP>
43. Westra AE, Willems DL, Bert J, Smit BJ. Communicating with Muslim parents: "the four principles" are not as culturally neutral as suggested. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2009 [acceso 27 abr 2018];168(11):1383-7. Disponible: <https://bit.ly/2llmu7j>
44. Smith GP. Applying bioethics in the 21st Century: principlism or situationism? *J Contemp Health Law Policy* [Internet]. 2013 [acceso 27 abr 2018];30(1):37-58. Disponible: <https://bit.ly/2rHkjXH>
45. Gordon JS, Rauprich O, Vollmann J. Applying the four-principle approach. *Bioethics* [Internet]. 2011 [acceso 27 abr 2018];25(6):293-300. Disponible: <https://bit.ly/2KYKp0c>
46. Gillon R. When four principles are too many: a commentary. *J Med Ethics* [Internet]. 2012 [acceso 27 abr 2018];38(4):197-8. Disponible: <https://bit.ly/2wF5869>
47. Muirhead W. When four principles are too many: bloodgate, integrity and an action-guiding model of ethical decision making in clinical practice. *J Med Ethics* [Internet]. 2012 [acceso 27 abr 2018];38(4):195-6. Disponible: <https://bit.ly/2KilpPp>
48. Christen M, Ineichen I, Tanner C. How "moral" are the principles of biomedical ethics? A cross-domain evaluation of the common morality hypothesis. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2014 [acceso 27 abr 2018];15:47. Disponible: <https://bit.ly/2Gf8E6T>
49. Karlsen JR, Solbakk JH. A waste of time: the problem of common morality in principles of biomedical ethics. *J Med Ethics* [Internet]. 2011 [acceso 27 abr 2018];37(10):588-91. Disponible: <https://bit.ly/2rGxMOM>
50. Pinto BJ. Bioética, crítica y sociedad: más allá del principlismo. *Rev Colomb Bioét* [Internet]. 2010 [acceso 27 abr 2018];5(1):73-84. Disponible: <https://bit.ly/2lyYxiH>
51. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Púb* [Internet]. 2001 [acceso 27 abr 2018];17(4):949-56. Disponible: <https://bit.ly/2GdFc19>
52. Kottow M. La deuda de la bioética con el pragmatismo. *Rev Colomb Bioét* [Internet]. 2009 [acceso 27 abr 2018];4(1):15-33. Disponible: <https://bit.ly/2lgGz55>
53. Slote MA. Ethics. In: Post SG, editors. *Encyclopedia of bioethics*. 3ª ed. New York: Simon&Shuster-Macmillan; 2004. p. 795-802.
54. Casasola W. Más allá del principlismo: hacia una reconceptualización de la bioética. *Praxis*. 2016;73:67-101.
55. León FJ. Principios para una bioética social. *Bioethikos* [Internet]. 2009 [acceso 27 abr 2018];3(1):18-25. Disponible: <https://bit.ly/2lhU0h3>
56. Kottow M. Modernización reflexiva sobre bioética: un punto de conjunción entre la ciencia positivista y la bioética principlista. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2012 [acceso 27 abr 2018];12(2):10-19. Disponible: <http://ref.scielo.org/qq2rjy>

Correspondência

María Victoria Roqué-Sánchez – Calle Josep Trueta, s/nº 08195 Sant Cugat del Vallès. Barcelona, Catalunya/España.

María Victoria Roqué-Sánchez – Doutora – vroque@uic.es
Ignacio Macpherson – Doutor – imacpherson@uic.es

Participação dos autores

María Victoria Roqué-Sánchez realizó la investigación principal de los conceptos bioéticos del estudio, elaboró la distribución de los apartados y redactó la monografía. Ignacio Macpherson colaboró en el análisis de los apartados, la redacción del texto y la revisión bibliográfica.

