

Se publicarán en esta sección resúmenes de las sesiones de discusión celebradas en el seno de la Asociación de Bioética y Derecho de masters de la Universidad de Barcelona (ABD) que dirige la profesora María Casado González.

Comentarios al libro *Principios de ética biomédica*

T. Beauchamp, J. Childress

Ed. Masson: Barcelona, 1999

Dr. Albert Royes, Prof. Ética Médica

Profesor del master de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona

Es éste un libro bien conocido en el ámbito de la Bioética ya desde su primera edición americana de 1979, momento a partir del cual pasó a formar parte de los escasos *manuals* de referencia ampliamente citados y reproducidos. Es, pues, un clásico, cuya 4ª edición americana (de 1994) es la que ahora se nos ofrece traducida al español.

Quienes utilizamos la primera edición de ese libro para introducirnos en el mundo de la Bioética nos sentimos, en general, fuertemente sorprendidos: por un lado, se nos exponía una revisión de las principales teorías éticas de modo muy sistemático, pero a la vez, y al menos entre quienes hemos tenido una formación filosófica o jurídica, se echaba de menos sobre todo una justificación clara y explícita -no sólo sobreentendida- del sistema de referencia ético que los autores usaban pero que no nos explicaban. Un sobreentendido que seguramente no lo era tanto para la mayor parte de los lectores y que, por lo tanto, podía recibir interpretaciones bien diversas: la propuesta de unos llamados Principios que en seguida recibían la consideración de *prima facie* (es decir, a *primera vista*). Ello sorprendía a quienes nos habíamos acostumbrado a teorías éticas explícitas y con voluntad normativista y jerarquizadora. La pregunta inmediata era más o menos esta: ¿cómo podía servir la constante referencia a unos Principios así considerados como pauta o guía para la toma de decisiones, en especial en casos difíciles de resolver o que levantaban fuertes discrepancias entre los interesados en la Bioética? Cuanto menos era dudoso, aunque en la práctica el uso de esos Principios parecía útil a condición de establecer entre ellos algún orden jerárquico, cosa que los autores explícitamente evitaban hacer.

Esta 4ª edición aclara las cosas. Los autores, finalmente, explicitan su sistema de referencia moral sin renunciar, no obstante, a su planteamiento inicial. Ello convierte la lectura de los dos primeros capítulos del libro en una difícil tarea que puede tal vez desanimar a los no iniciados en eso de la fundamentación y la justificación de una teoría ética. Si éste es el caso, y tal como los propios autores recomiendan, puede comenzarse la lectura por el capítulo 3 (*El respeto a la autonomía*).

Precisamente por este motivo, me parece interesante centrar mi comentario en los dos primeros capítulos del libro, aquéllos

que suelen presentar, repito, mayores dificultades en su lectura. En ellos se nos ofrece un repaso a las diferentes teorías éticas subyacentes en la Bioética actual con la intención de descubrir cuáles pueden ser los elementos más *constructivos*, a juicio de los autores, de cada una de ellas, con el fin de ir preparando al lector para una propuesta que tiene mucho de sincrética o de pragmática, en el sentido de que pueda ser útil en la práctica cotidiana de los profesionales sanitarios: así llegamos a la conocida propuesta de los llamados cuatro Principios básicos (*Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia*) convertidos desde entonces en el canon de la Bioética.

¿Qué puede entenderse en este caso con el nombre de Principios? En el ámbito del conocimiento científico la palabra Principio suele indicar uno o más enunciados universales que suponemos representan la manera de funcionar de la naturaleza y a partir de los cuales podemos comprender y predecir el comportamiento de los cuerpos. En el ámbito de la Bioética, por extensión, deberían servir para guiar la toma de decisiones en situaciones corrientes o complejas. Pero esa analogía no debe llevarse demasiado lejos, pues las obvias diferencias de objeto y de método son, desde luego, decisivas.

Los autores describen básicamente tres tipos de metodología ética, entendidos como modelos de justificación ética.

En primer lugar, lo que denominan el *deductivismo* ético: los juicios o valoraciones de tipo moral se realizan a partir de determinados preceptos normativos preexistentes que son más generales que los juicios concretos que de ellos puedan derivarse. Es, pues, un esquema deductivo el que en este caso se aplicaría. Según sea la teoría ética en la que nos basemos, de ahí se derivarían coherentemente las reglas de actuación concretas. Los autores no ven que este esquema quasi geométrico sea aplicable en casos problemáticos, pues la realidad (y de modo especial, la realidad clínica) es mucho más compleja.

En segundo lugar, nos describen el *inductivismo*, o el modelo basado en los casos individuales. Aquí el razonamiento ético partiría metodológicamente del análisis de hechos o casos concretos para así llegar a las generalizaciones, incluidas las analogías. Las reglas de la acción moral serían esas generalizaciones derivadas de la experiencia y de la evolución histórica de las formas de pensamiento en cuestiones éticas. La práctica y, sobre todo, sus resultados son las que moldean las reglas morales y no unos principios pensados *a priori* de toda acción y experiencia sociales.

Llegados a este punto, los autores admiten lo positivo de ambas tradiciones éticas pero inmediatamente nos ofrecen un esquema diferente de razonamiento moral, lo que denominan el *coherentismo* o método basado en el *equilibrio reflexivo*. Tal vez ahora podamos comenzar a ver el rumbo de su propuesta. Nos hablan de la necesidad de formular *juicios ponderados*, entendidos como aquéllos en los cuales es *más que probable que nuestras convicciones morales puedan manifestarse sin excesivas distorsiones*, como ocurre con nuestros juicios acerca de lo incorrecto de la discriminación racial o que los intereses del enfermo deben ser prioritarios para el médico. Como quiera que estos *juicios ponderados* pueden revisarse periódicamente, el *equilibrio reflexivo* al que los autores apelan debería servir para pulir, retocar esos juicios ponderados a fin de que sean coherentes con la teoría ética en la que encuentran su

fundamento. De modo más claro: partimos necesariamente de juicios acerca de que sea correcto o incorrecto en nuestros actos y posteriormente construimos una teoría general lo más coherente posible con esos juicios. Las normas de conducta que de ello se desprendan deberán valorarse en función de sus resultados, es decir, de su capacidad para alcanzar el *equilibrio reflexivo* entre reglas de conducta y teoría ética. Así, por ejemplo, la regla que otorga prioridad a los intereses del enfermo ha de ser lo más coherente posible con otros juicios ponderados acerca de la necesidad de la experimentación clínica y de las responsabilidades clínicas docentes.

Con todo este bagaje, los autores edifican su propuesta que, en rápida síntesis, sería la siguiente: hay cuatro Principios básicos (también llamados a veces deberes éticos) en biomedicina a los cuales habrían llegado buscando *juicios ponderados y coherencia*. Tienen la consideración de generalizaciones normativas, es decir que deben servir para guiar la conducta a seguir y diferencian, además, Principios de reglas en tanto que éstas son de un alcance más restringido (son menos universales) que los primeros. De todos modos, esos Principios deben entenderse como guías de carácter general cuya aplicación concreta a casos particulares debe atender a las *circunstancias* (que no debe confundirse con las consecuencias) concretas de cada caso.

La lectura de la obra de un estudioso de Aristóteles como Ross permitió a los autores proponer una sincrética visión de la dialéctica entre Principios (y reglas derivadas) y decisiones concretas. Al caracterizar esos Principios como *prima facie* los autores intentan desmarcarse tanto de una teoría ética de corte deductivista (por ejemplo, kantiana) como de una ética basada en la casuística. Y en ello radica la originalidad de su aportación.

En efecto, afirmar que esos Principios obligan *prima facie* significa que no existe entre ellos un orden jerárquico omnipresente y que su flexible aplicación a casos concretos permite el compromiso, la negociación, la búsqueda de decisiones originales y, sobre todo, concretas, sin tener que recurrir a la aplicación mecánica de un orden jerárquico. Son, por lo tanto, las buenas razones que se aporten para cada caso concreto las que nos orientarán en el camino de la mejor decisión: la que evite palabras como siempre o nunca y, en cambio, deje un margen para escoger -en función de las circunstancias del caso- la correcta ponderación de las exigencias éticas que cada uno de esos Principios conlleva.

Por ejemplo: los autores afirman que ocasionar la muerte de un enfermo es moralmente incorrecto *prima facie* (atendiendo al Principio de No maleficencia), pero que en circunstancias muy precisas dicha acción puede ser considerada moralmente correcta, cuando intervienen elementos de calidad de vida y de respeto a las decisiones autónomas de las personas. No existe, por tanto, a juicio de los autores, un principio único en la cima de la jerarquía ética, ni siquiera un concepto unificador de una teoría ética. Lo que quieren decirnos es, a mi parecer, que los deberes morales básicos (esos cuatro Principios tan repetidos) no deben aplicarse mecánicamente porque los conflictos entre Principios no pueden resolverse *a priori*, es decir sin hacer referencia a las circunstancias concretas del caso o de la situación al que pretendamos aplicarlos. Ello tiene, ade-

más, la ventaja de que nos permite tener en cuenta los cambios que puedan producirse en la percepción social del proceder de los profesionales sanitarios, es decir, que permite introducir un componente historicista. La práctica -y la evolución de una sociedad en sus valoraciones morales o éticas- especifica continuamente nuestros juicios y las normas de nuestro sistema de referencia moral. Lo que nuestros autores pretenden es, entiendo, cambiar las reglas del juego.

Pero como algún tipo de fundamentación ética parece necesario, y en parte también para salir al paso de críticas recibidas por los autores a raíz de las anteriores ediciones de este libro, en esta nueva versión proponen lo que denominan la *common morality* como concepto fundamentador de su propuesta. Esa moral común o moral social es definida como *la moral compartida en común por los miembros de una sociedad*, o sea por el *sentido común* no filosófico y por *la tradición*, que se diferenciaría de la moral al uso y que habría inspirado buena parte de las normas éticas y de la jurisprudencia del ámbito angloamericano. En el seno de esa moral común existe, se nos dice, más acuerdo que entre las diferentes teorías éticas y por ello los autores consideran que posee una amplia base de aceptación social aunque tal vez no tanta en el campo restringido de los profesionales sanitarios.

Un modo sencillo de entender esa *common morality* podría ser este: ¿Qué espera la gente corriente de una relación asistencial? Que se les ayude en sentido médico o asistencial, que no se le infrinjan daños innecesarios o evitables, que se les respete como personas y que no se les discrimine o no se les trate injustamente. Eso se convierte en los cuatro Principios de ética biomédica que los autores nos presentan, a partir de los cuales se derivan reglas concretas de actuación para cada caso, atendiendo a las circunstancias -y no sólo a las consecuencias, insisto- del caso, porque cada caso es particular y diferente de otros por muy similares que pudieran parecernos.

Llegados a este punto una pregunta parece obvia: ¿se trata de puro y simple relativismo o de una puerta abierta para huir tanto del dogmatismo de una deontología rígida como de una casuística que no permitiría "ascender" hasta una racionalización y universalización de los deberes éticos en biomedicina? Naturalmente, los autores rechazan la crítica de relativistas y creen, por el contrario, que el papel determinante que atribuyen a las circunstancias del caso permite la necesaria flexibilidad y la responsabilidad en la justificación de las decisiones concretas en situaciones concretas. Seguramente eso resulta muy útil para los profesionales sanitarios, que no tienen por qué ser expertos en teorías éticas y que desde luego son reacios a cualquier dogmatismo: la mentalidad en general fuertemente empirista de los profesionales sanitarios puede hallar en esta propuesta un espacio, es decir que puede resultarles perfectamente aceptable. Nada tiene, pues de extraño, el éxito de este libro, ya desde su primera edición, y su condición de clásico de referencia obligada, es decir, su uso como manual de ética médica.

A partir del capítulo tercero y hasta el séptimo inclusive, los autores concretan esos Principios y ahí es donde podemos ver cómo aplican su metodología a numerosos ejemplos. Es la parte agradecida de leer del libro. Citemos sólo algunos puntos que, a mi juicio, son especialmente significativos.

Sobre el respeto a la autonomía

De manera realista, los autores afirman que una teoría de la autonomía de las personas enfermas que exija un ideal fuera del alcance del resto de la gente no debe considerarse válida. En consecuencia, proponen como condiciones del uso de la autonomía las siguientes: a) las decisiones autónomas son decisiones intencionadas; b) tomadas con conocimiento de las actuación médica que se proponga, de su significado y de las consecuencias que de ella puedan derivarse y c) tomadas en ausencia de coacciones externas a la persona. Añadiendo, además, que a) debe ser vista como una condición absoluta pero b) y c) pueden presentarse en distintos grados.

T. Beauchamp es uno de los principales expertos norteamericanos en el tema de *consentimiento informado*, con lo que esta parte del libro resulta extremadamente clara y precisa en la descripción de los elementos que deben formar parte de todo consentimiento informado: las condiciones iniciales, el componente informativo y los elementos de consentimiento o de no consentimiento.

Un ejemplo del método utilizado por los autores se hace aquí evidente: al hablar de la exposición de la información al enfermo proponen el uso del *criterio subjetivo*, es decir, que se haga depender de las necesidades específicas de información que cada persona manifieste, prescindiendo de criterios abstractos como el de la "persona razonable" o el "médico razonable".

Otro ejemplo puede ser cómo abordan los autores la cuestión del llamado "privilegio terapéutico" en este punto, es decir la omisión intencionada de información al enfermo porque el médico juzga que no hacerlo le ocasionaría al enfermo un perjuicio previsible, enfermo considerado depresivo (pero no aquejado de una depresión tratable, cosa claramente distinta), emocionalmente frágil o especialmente angustiado; esos perjuicios potenciales se entienden como precipitar decisiones consideradas irracionales, provocar ansiedad o estrés. Los autores nos dicen que en sentido restringido el privilegio terapéutico equivaldría a valorar que la revelación de la información médica (o de parte significativa de la misma) causaría a este enfermo un trastorno tal que le incapacitaría para hacer uso de su autonomía y, por tanto, podría estar justificado. Lo que pasa es que entendido el privilegio terapéutico en sentido laxo, que es como corrientemente se entiende, lo que pretende conseguir es una sobreprotección imposible de alcanzar: se quiere proteger al enfermo de la enfermedad por el procedimiento de negarla, con lo cual no se favorece en absoluto la necesaria aceptación de la enfermedad. Es este uso laxo el que es considerado incorrecto.

Con esos dos ejemplos podemos ver como los autores evitan proponer reglas de aplicación universal, sino que en función de las circunstancias de cada caso se deberá dar predominancia a uno u otro Principio (y las correspondientes reglas derivadas) como el mejor camino para defender y respetar la autonomía del enfermo. Este pragmatismo sin duda resulta muy útil en la práctica asistencial, aunque tal vez su aplicación resulte más difícil: ¿cómo evitar los prejuicios o las inclinaciones del propio médico o de los familiares del enfermo?, y, además, exige un nivel de justificación ética de la decisión que se tome propio de expertos.

Sobre el Principio de No maleficencia

Los autores abordan especialmente la toma de decisiones acerca de tratamientos de soporte vital y la asistencia la morir, decisiones que deben integrar juicios ponderados sobre la calidad de vida del enfermo y no rechazarlos sistemáticamente, afirmando que si el marco de referencia que exponen fuera tenido en consideración ello modificaría sustancialmente los hábitos y las pautas de actuación médicas actuales.

Distinguen entre obligaciones de no maleficencia (no debe infringirse daño intencionadamente) y de beneficencia (prevenir el daño, evitándolo o rechazándolo activamente y hacer o procurar el bien) en base a que las primeras implican abstenerse de llevar a cabo acciones que puedan causar daño, mientras que las segundas ayudan activamente a las demás personas. Los médicos están obligados a prever y a evitar los daños y perjuicios que sean evitables: lo contrario es negligencia.

Pero, como todos, éste es también un Principio *prima facie*. Resulta interesante cómo los autores rechazan cualquier regla práctica que utilice la diferencia -la supuesta diferencia, afirman- moral entre: no iniciar o interrumpir un tratamiento de soporte vital; entre tratamientos ordinarios (o habituales) y extraordinarios (o "heroicos"); entre alimentación artificial y técnicas de soporte vital y entre efectos intencionados y efectos previsibles. Proponen sustituir todas esas supuestas distinciones por la diferenciación entre tratamientos obligatorios y tratamientos optativos e introducir en la decisión el balance entre beneficios y perjuicios basado en la calidad de vida del propio enfermo.

Por lo que se refiere al tema de la justificación de la ayuda médica al morir (tema que incluye tanto supuestos de suspensión o no instauración de tratamientos de soporte vital como la eutanasia activa voluntaria) los autores aplican su esquema de razonamiento habitual en un claro ejercicio de coherencia: causar la muerte de un enfermo es *prima facie* incorrecto, pero algunas circunstancias pueden convertir la misma acción en correcta. Especifican las condiciones que, a su juicio, pueden justificar el suicidio médicamente asistido (o eutanasia activa voluntaria en terminología menos medicalizada) y manifiestan su creencia de que los posibles abusos en este campo pueden ser controlados social y judicialmente.

Las relaciones entre profesionales sanitarios y enfermos

En este capítulo puede el lector comprobar cómo se concreta el uso de los Principios éticos en biomedicina en aspectos muy precisos de la relación asistencial: la veracidad, la intimidad, la confidencialidad y la fidelidad entendidas como virtudes propias del buen hacer de los profesionales sanitarios.

Comentemos únicamente algunas de las conclusiones a las que llegan acerca de la intimidad y confidencialidad. Revelar y divulgar datos íntimos de las personas, como las que hacen referencia a su salud, es atentar contra el derecho a la privacidad y descubrir esos datos si se ha tenido acceso a ellos en el contexto de una relación asistencial significa romper la debida confidencialidad. La postura defendida en el libro es que los médicos tienen derecho a revelar información confidencial en aquellas circunstancias en que una persona no tiene el derecho de exigir que se mantenga la confidencialidad. Por ejemplo: situaciones de malos

tratos o propósitos asesinos reiterados y muy concretos. Este derecho se convierte en obligación cuando exista grave peligro para terceros y esos riesgos aparecen moralmente superiores al daño originado por la ruptura de la confidencialidad: cuanto más graves y más probables sean dichos riesgos más aumenta el peso de la obligación de no mantener la confidencialidad. Aquí el cálculo de riesgos /beneficios se enmarca socialmente en términos de previsión de daños. En esta línea, los autores toman una posición bien clara respecto de casos relacionados con enfermos de SIDA o seropositivos de acuerdo con lo que estableció en su día la *American Medical Association* (A.M.A.), justificándolo en base a buscar la disminución del riesgo de muerte.

El libro concluye, antes del Apéndice, no hablando ya de Principios o de obligaciones éticas, sino de *virtudes*, de las virtudes que debería poseer idealmente el profesional sanitario: la compasión, el discernimiento, la confiabilidad y la integridad. Es decir, en especial, la virtud de mostrar empatía con el malestar y el sufrimiento de los demás y la habilidad de llegar a juicios y a decisiones sin ser indebidamente influidos por factores de índole muy personal o emocional; en definitiva, la *prudencia* de la que hablaba Aristóteles. Y, naturalmente, interpretan esa virtud del *discernimiento* como la capacidad de saber qué Principios o reglas resultan relevantes en las diversas circunstancias y en qué sentido lo son; es decir, como el aprendizaje requerido para aplicar esa compleja caracterización de los Principios éticos en biomedicina como deberes *prima facie*.

La confiabilidad, es decir, confiar en que el otro (el médico y el enfermo o sus allegados) actuará de acuerdo con las normas morales, la ven los autores como una virtud en franco retroceso, lo cual ha propiciado enormemente la llamada medicina defensiva.

La integridad, o la coherencia con los valores propios a lo largo de la existencia de las personas, exige el respeto para con las convicciones morales de las personas y nos plantea directamente los temas de la “objeción de conciencia” y de la “actuación en conciencia” como formas contrapuestas de vivir esa integridad moral.

El sentido de la *virtud* y, en su más alto grado, de la *excelencia* moral propios de Aristóteles impregna la última parte del libro en las que se propone como muy necesaria la recuperación moderna de la excelencia moral. En este caso, los ideales morales podrían sustituir los deberes y las obligaciones, sin que necesariamente hiciera falta ser ni un “héroe” ni un “santo”.

En el Apéndice se incluyen numerosos casos prácticos cuyo análisis puede ser un buen ejercicio para el lector atento de este libro. Pueden servirle, además, para comprobar por uno mismo si el método que los autores proponen resulta, a parte de útil, sencillo de usar o no y, en cualquier caso, si es posible llegar a la toma de decisiones éticamente correctas sin echar mano de ninguna jerarquización entre deberes u obligaciones éticos que no sea simplemente coyuntural.