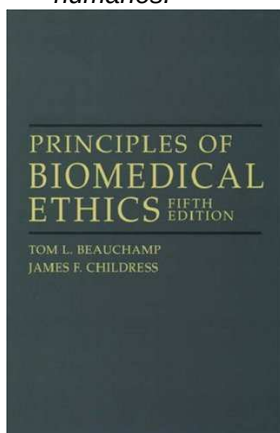


- *Bioética. El Principialismo. Cuestiones éticas que deben tenerse en cuenta al investigar con seres humanos.*



Principles of Biomedical Ethics

Fuente: <http://www.bioeticawiki.com>

En 1979, T. L. **Beauchamp** y J. F. **Childress** publican su libro ***Principles of Biomedical Ethics*** (**Principios de ética biomédica**)^[1], que da inicio a la corriente del Principialismo, de amplia difusión en la Bioética, sobre todo de tipo anglosajón.

El **término Principialismo** procede del inglés (*principlism*), y fue utilizado por primera vez en un artículo crítico, que ha tenido después gran repercusión, y que así denominaba despectivamente al modelo de principios de Beauchamp y Childress: *A Critique of Principlism*^[2]. Con el tiempo ha llegado a ser el modo habitual de referirse a aquellas teorías que se estructuran alrededor de una pluralidad de principios de obligación no absolutos^[3].

Los mismos Beauchamp y Childress no tienen dificultad en utilizar este término, para el conjunto de sus cuatro principios:

1. **No maleficencia**
2. **Beneficencia**
3. **Autonomía**
4. **Justicia**

como base para resolver los dilemas éticos que en el campo de la Bioética clínica se plantean.

El principal antecedente de esta corriente es el trabajo de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* de EEUU, comenzado en 1974 y culminado con la publicación del **Informe Belmont** (el 18 de abril de 1979). Este Informe abordaba las cuestiones éticas que debían tenerse en cuenta al investigar con seres humanos. Dicho documento contempla tres principios: el de Respeto por las personas, el de Beneficencia y el de Justicia, que son recogidos por **Beauchamp** y **Childress** como base de su planteamiento bioético.

Contenido

[ocultar]

1 Principio de autonomía

2 Principio de no maleficencia

3 Principio de beneficencia

4 Principio de justicia

5 Aplicación de estos principios

6 Fundamento ético de estos cuatro

principios

7 Otros artículos

8 Notas

9 Enlaces externos

Principio de autonomía

Artículo principal: [Principio de autonomía](#)

El principio de respeto del Informe Belmont

incorpora cuando menos dos convicciones éticas, la primera, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y la segunda, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas

se transforma en el llamado, por estos autores, **principio de autonomía**. Aunque el concepto de autonomía alberga diversos sentidos, lo esencial para la autonomía personal es, explican [Beauchamp](#) y [Childress](#), *la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que le pretendan controlar, y sin limitaciones personales que impidan hacer una elección, como, por ejemplo, una comprensión inadecuada de la terapia (Principios de Ética Biomédica)*

. Dentro de la aplicación de este principio se desarrolla la práctica del [consentimiento informado](#) como exigencia indispensable para respetar la autonomía del paciente.

A partir de esta publicación, comienza a difundirse como el más importante de los contenidos del **Principialismo**, y muchas veces como oposición al [Paternalismo](#) con el que en ocasiones actuaba el personal sanitario.

Una persona autónoma es, en esta línea, un individuo capaz de deliberar acerca de sus metas y de actuar bajo la guía de tal deliberación. Respetar es dar peso a las opiniones y elecciones de las personas autónomas y abstenerse de obstruir sus acciones a menos que sean claramente perjudiciales para otras. Sin embargo, no todo ser humano es capaz de su autodeterminación. Algunos individuos la pierden total o parcialmente debido a una enfermedad, a perturbación mental o a circunstancias severamente restrictivas de la libertad. El respeto por el inmaduro y el incapacitado pueden requerir protegerlos a medida que maduran o mientras permanecen incapacitados.

Resulta interesante comprobar que en la primera edición de Principios de Ética Biomédica, se utiliza la expresión “Principio de autonomía”, que, en ediciones posteriores, se sustituye por “principio de Respeto a la autonomía”, queriendo indicar que no se trata sólo de proponer una cierta actitud ante las elecciones autónomas de los demás, sino de dar una indicación precisa sobre la necesidad de abstenerse de interferir en ellas. Se explica en estos términos: “El principio de respeto a la autonomía se puede formular negativamente: las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros. Este principio plantea una obligación amplia y abstracta que no permite cláusulas de excepción. Podemos ahora considerar las exigencias afirmativas del principio, concretamente la obligación positiva de ser respetuoso ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones autónomas”. Son decisiones autónomas aquellas que se realizan con una intención, con conocimiento, y con ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto.

El **Principio de autonomía** se ha conformado en **cuatro aspectos** que deben estar presentes en la práctica sanitaria:

- ha de reconocerse que el paciente tiene derecho a participar en la toma de decisiones;
- para que pueda tomar sus decisiones, este debe ser debidamente informado de la finalidad del tratamiento, de sus beneficios, riesgos y alternativas;
- el paciente tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento;
- en el caso de que el enfermo no sea competente, debe asumir la decisión un representante legal.

La difusión de este principio ha supuesto la extensión de la práctica del **consentimiento informado**, que se lleva a cabo normalmente con la elaboración de textos que explican al paciente las alternativas terapéuticas –acompañadas de aclaraciones por parte del personal sanitario–, y el posterior registro de la aquiescencia o negativa del paciente a someterse a una terapia. Aunque en ocasiones se puede olvidar, también debe tenerse en cuenta la autonomía del personal sanitario para llevar a cabo u objetar una petición del paciente.

El respeto a la autonomía del paciente se ha convertido en un paradigma en el ámbito sanitario, pero la realidad es que su aplicación plantea bastantes dificultades y lleva a decisiones contradictorias respecto a idénticos problemas. El origen de esta situación puede encontrarse en que la autonomía está presente, en la cultura actual, en cualquier acción que se lleva a cabo –educativa, política, bioética, legislativa, etc. –, lo cual implica que se le atribuyan significados muy distintos en unos casos u otros, e incluso que estos puedan ser equívocos.

El común denominador de todos ellos es la afirmación de que debe salvaguardarse la **libertad** de las personas, lo cual encierra un importante valor ético, pues se trata de una exigencia del respeto a la **dignidad humana**. Ahora bien, habría que preguntarse si, en el momento de la toma de decisiones por parte del paciente, basta esta condición –la de autonomía respecto a los demás tal como la entiende el Principialismo– para que se pueda decir que esa persona ha decidido con verdadera autonomía. Con

frecuencia así se entiende, de modo que el valor ético llamado “autonomía de la persona” se limita a verificar una condición –abstención de coacción exterior– en un procedimiento de toma de decisiones.

Por el contrario, es muy importante destacar que Kant –en cuyas tesis éticas se suelen apoyar los “principalistas”–, no entendía de esta forma débil la autonomía. Para el filósofo (Kant), lo decisivo es que la respuesta ética sea el deber por el deber, porque sólo así el hombre obraría de forma autónoma, independientemente de que pueda existir o no una autoridad exterior legal y legítima que pudiera coaccionarle. Además, para poder obrar éticamente bien, es necesario que la elección pueda ser “universalizable”, y no que se tome de una forma *solipsista*.

Un serio problema bioético es que con la concepción principalista de la autonomía -alejada de la autonomía ética kantiana-, surge el problema de decidir la **capacidad** o incapacidad del paciente. Los grados de capacidad se convierten en grados de autonomía, y con ello la autonomía de una persona queda decidida por los criterios externos que otras personas deciden utilizar para medir técnicamente su capacidad.

Si además se identifica autonomía con dignidad, o ambos conceptos se usan indistintamente, se produce una equiparación entre capacidad y dignidad que conduce a que se hable de grados de dignidad, como se habla de grados de capacidad. Este planteamiento que conduce a la gradación de la dignidad de las personas –que será definida de forma exterior a la propia persona–, puede llevar a la afirmación de que algunos seres humanos dejan de tener dignidad porque han perdido la autonomía ya que han dejado de ser capaces de tomar decisiones por sí mismos. Sería el caso de personas con deterioro cerebral, con deterioro síquico, o que no han desarrollado todavía su capacidad cognitiva.

Tal planteamiento conduce a que se establezca como paradigma un ser humano que decide en su interior sin ningún norte de orientación en su elección. Esto lleva a una imagen del hombre omnipotente, que es falsa porque choca con la realidad, y, en cambio, dificulta notablemente el poder afrontar los problemas límites, porque sólo se atiende al deseo sentido: tratamiento del ser humano en el comienzo de la vida, **aborto**, **eutanasia**, distribución de recursos sanitarios.

En la actualidad, como fruto de nuevas investigaciones antropológicas, que el concepto de autonomía está matizándose en relación con otros conceptos como verdad y bien, responsabilidad personal frente al otro, y la esencialidad de la relación con el otro para el desarrollo de la propia autonomía.

Principio de no maleficencia

Artículo principal: ***Principio de no maleficencia***

El principio de no maleficencia

obliga a no hacer daño intencionadamente (Principios de Ética Biomédica)

bien sea por acción o por omisión.

Ya fue propuesto –aunque no textualmente– en el **Juramento hipocrático** en el siglo IV antes de Cristo.

Modernamente, este principio constituye uno de los cuatro principios enunciados por Beauchamp y Childress,^[4] y que constituyen la base del **Principlismo**.

El contenido de este principio ha sido incluido en algunos casos, como en el [Informe Belmont](#), dentro del [Principio de beneficencia](#). Sin embargo, la mayoría de principialistas lo consideran como un principio independiente, pues restringen el objeto de la “No maleficencia” a los males que se producen como consecuencia de la acción terapéutica que se lleva a cabo.

Parece evidente que se debe evitar producir daño a los demás.

Así visto, la aplicación de este principio sería muy sencilla. Sin embargo, la vida real muestra que, con frecuencia, nuestros actos producen efectos buenos y efectos malos. Beuachamp y Childress citan dos ejemplos para ilustrar esta situación: “[...] una mujer embarazada padece un cáncer de cuello uterino. Para salvarle la vida, es preciso practicarle una histerectomía, pero el feto morirá”. Otro caso sería el de “una mujer embarazada, con una importante cardiopatía, que corre el riesgo de morir si decide llevar a término su embarazo”. Como se observa, el principio de “No maleficencia” puede entrar frecuentemente en conflicto con la aplicación del [Principio de beneficencia](#). Cabe preguntarse entonces cómo debe actuarse en estos casos y si se debe realizar un balance entre daños y beneficios.

Algunos bioéticos piensan que es necesario tener en cuenta las acciones que se llevan a cabo para distinguir el orden en que se producen los efectos. Esto es necesario porque entienden que hay medios que nunca se pueden poner sea cual sea el efecto que se busque. En este planteamiento, sería distinto practicar una histerectomía necesaria para salvar la vida de la madre, aunque como consecuencia de ella muriera el feto, que acabar con la vida del feto para que no corriese peligro la vida de la madre. Si se piensa que nunca se puede llevar a cabo el acto de matar directamente a un inocente, no sería éticamente lícito abortar para evitar la complicación de la cardiopatía. En cambio, sería ético practicar la histerectomía para extirpar el cáncer, aunque como consecuencia se produjese también la muerte del feto.

Otras corrientes de Bioética defienden, por el contrario, que hay efectos con tal peso ético que pueden llegar a justificar cualquier acción que se ponga. Estos tendrían en cuenta solamente el efecto de salvar la vida de la madre y equipararían éticamente la muerte del feto en los dos casos.

Fuera de estas situaciones complejas, los conflictos entre los principio de “No maleficencia” y [Principio de beneficencia](#), se resuelven teniendo en cuenta el principio de [Principio de autonomía](#), y el balance entre daños y beneficios que se producirían.

Principio de beneficencia

Artículo principal: [Principio de beneficencia](#)

Por su parte,

el principio de beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros (Principios de Ética Biomédica)

. Este último conlleva una verdadera obligación y, por tanto, debe distinguirse de otro concepto de beneficencia entendida como benevolencia o actitud compasiva ante las dificultades o carencias de los demás

Principio de justicia

Artículo principal: [Principio de justicia](#)

El último de los principios de la **bioética principialista** abre un capítulo que, si bien estaba presente en la tradición ética clásica, aparece como relativamente nuevo para la ética médica ^[5]. Incluye aquellas cuestiones que salen del ámbito individual y llaman en causa a la colectividad. Beauchamp y Childress señalan dos grandes problemas de justicia distributiva en ámbito sanitario en los países desarrollados:

1. Por un lado **la regulación del acceso a los servicios sanitarios**.
2. Por otro la **distribución de los recursos médicos escasos**, que cada vez son más frecuentes debido al elevado coste económico de los modernos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como de las campañas de prevención.

Parten de una **concepción aristotélica de justicia**:

«los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratados desigualmente» ^[6].

El problema aparece a la hora de pasar de este principio formal a las formulaciones materiales, ya que se han propuesto distintas alternativas ^[7]:

1. dar a cada persona una parte igual
2. dar a cada persona de acuerdo con la necesidad
3. dar a cada persona de acuerdo con el esfuerzo
4. dar a cada persona de acuerdo con la contribución
5. dar a cada persona de acuerdo con el mérito
6. dar a cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado

Beauchamp y Childress piensan que estas diversas concepciones pueden convivir dentro de una misma sociedad. Y serán utilizadas de modo diferenciado según las cuestiones que en cada caso se haya que dirimir. Por ejemplo, ante una urgencia médica habrá que dar a todos la misma atención, comenzando por aquellos que corran riesgo vital. Sin embargo, a la hora de adjudicar una plaza en un hospital se deberá tener en cuenta en primer lugar los méritos de cada candidato.

Concluyen el tema del Principio de justicia diciendo que mientras no exista consenso en el modo de concebir la justicia, las políticas económicas (en materia sanitaria como en el resto), pondrán más énfasis en uno u otro punto, dependiendo de la concepción teórica del que la proponga. Por eso señalan que más que de un principio de justicia, habría que hablar de diversos principios de justicia.

Aplicación de estos principios

En este punto, Beauchamp y Childress reconocen tomar de W.D. Ross ^[8] la idea de que los principios son igualmente obligatorios **prima facie**, lo cual significa que todos obligan igualmente en un primer momento teórico, pero que sólo se convierten en deberes efectivos –

obligaciones éticas reales— atendiendo a las circunstancias y a las consecuencias previsibles de la decisión, que son las que marcan la prevalencia de unos sobre otros.

Este planteamiento ha recibido diversos tipos de críticas entre los mismos principialistas. Algunos han defendido la necesidad de establecer una jerarquización de los principios, no solo para facilitar su aplicación práctica, sino también porque tales autores entienden que su valor ético no es el mismo. Desde este punto de vista, unos principios debieran quedar englobados dentro de una **ética de mínimos** (en concreto, los de no maleficencia y justicia), de modo que serían de obligado y primario cumplimiento. En cambio, otros pertenecerían a una **ética de máximos** (los de autonomía y beneficencia) y, por tanto, se considerarían de una obligación posterior a los primeros.

Otros autores han subrayado la escasa explicación que Beauchamp y Childress ofrecen sobre el procedimiento que adoptan para aplicar los principios a casos concretos en los que hay que descubrir los deberes efectivos. Beauchamp y Childress habían razonado que su forma de proceder era la que más se ajustaba a la manera en que las personas normales —las personas comunes de la sociedad— razonan éticamente. Sin embargo, ante las críticas a esta argumentación, en una versión posterior de su libro, los citados autores acudieron a la **teoría del equilibrio reflexivo** de Rawls^[9]. Este equilibrio consiste en ir reajustando las normas éticas de conducta según los resultados a los que conducen.

Otros, como Diego Gracia, piensan que el modelo propuesto por Beauchamp y Childress «hoy resulta ya inservible»^[10]. Este autor propone una revisión del **método principialista**

Fundamento ético de estos cuatro principios

En este aspecto, hay que señalar igualmente la continuidad con la argumentación del Informe Belmont. En este último no llegaron a justificarse los principios enunciados, pues se apeló a que formaban parte del común sentir de las personas y de la sociedad. Beauchamp y Childress también ponen como **fundamento** de su teoría **la moral común**, que *en su sentido más amplio y habitual, integra las diferentes normas de conducta humana socialmente aprobadas. Al igual que los idiomas y las constituciones políticas, la moral común existe, conozcamos o no sus reglas. La moral común no es perfecta, ni completa en sus recomendaciones, pero es un buen punto de partida para la teoría ética (Principios de Ética Biomédica).*

Otros autores de esta corriente principialista han intentado encontrar un fundamento más profundo acudiendo especialmente al entorno de la ética kantiana. En general, se reconoce que el Principialismo carece de un soporte ético suficiente de sus principios, quizás debido a su falta de conexión con la antropología y sobre todo con la ética^[11]. Esta carencia se pone de manifiesto cuando la aplicación de los cuatro principios aparece el conflicto entre dos o más de ellos. Decidir cuáles deban primar sin acudir a presupuestos éticos anteriores a esos principios se hace muy difícil.

Diversos autores han ofrecido algunas jerarquías entre estos principios, para su aplicación.

Al margen de que se esté de acuerdo o no con esta carencia, la realidad es que el Principialismo ha conocido una amplia difusión en el área biosanitaria como método de trabajo en los comités de ética. Su éxito ha consistido en proveer de una buena herramienta de trabajo para deliberar y llegar a consensos a la hora de tomar decisiones ante los diversos problemas éticos que se plantean en el campo de la salud.

Entre las razones que justifican la gran difusión del Principialismo, Pellegrino menciona la influencia que el **Kennedy Institute of Ethics** de la Universidad de Georgetown ha tenido en la bioética desde su origen^[12]. Concretamente a través de los cursos intensivos de verano, que desde 1976 han visto pasar por sus aulas alrededor de doscientos alumnos cada año. Muchos profesionales de la salud y profesores de ética al acabar estos cursos han sembrado los “principios de la bioética” por los Estados Unidos, y también fuera del país.

Otros artículos

- [Principios de ética biomédica \(libro\)](#)
- [Principio de autonomía](#)
- [Principio de no maleficencia](#)
- [Principio de beneficencia](#)
- [Principio de justicia](#)
- [Principialismo \(Revisión de Diego Gracia\)](#)

Notas

1. ↑ T.M. Beauchamp y J. F. Childress. Principios de Ética Biomédica. 1 ed. Barcelona: Masson, 1999. Traducido de T.M. Beauchamp y J. F. Childress, Principles of Biomedical Ethics Fourth Edition, Oxford University Press, 1994 ISBN 84-458-0480-4
2. ↑ Clouser, D.; Gert, B. (219-236). «A Critique of Principlism». *The Journal of Medicine and Philosophy* (15).
3. ↑ DeGrazia, D. (1992). «[Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism](#)». *The Journal of Medicine and Philosophy* **17**: pp. 518. PMID 1431667. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1431667>. Consultado el 12 de marzo de 2013.
4. ↑ T.M. Beauchamp y J. F. Childress. Principios de Ética Biomédica. 1 ed. Barcelona: Masson, 1999. Traducido de T.M. Beauchamp y J. F. Childress, Principles of Biomedical Ethics Fourth Edition, Oxford University Press, 1994

5. ↑ Pellegrino, E.D (1993). «The Metamorphosis of Medical Ethics». *JAMA* (269): pp. 1158-62.
6. ↑ *Principles of Biomedical Ethics*. 1979. pp. 227.
7. ↑ *Principles of Biomedical Ethics*. 1979. pp. 228.
8. ↑ W.D. Ross. Lo correcto y lo bueno. Salamanca: Sígueme, 1994. Traducido de W.D. Ross, *The Right and the Good*, Oxford: Clarendon Press, 1930
9. ↑ J. RAWLS, Teoría de la justicia, Fondo de Cultura Económica, Madrid 1979. Traducido de *A Theory of Justice*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971
10. ↑ D. GRACIA, Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la Ética Médica, Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid 1990, p. 76
11. ↑ J.J. Pérez-Soba, *Bioética de los Principios*
12. ↑ J. H. Evans, A Sociological Account of the Growth of Principlism, "Hastings Center Report" 30, 5(2000), p. 37. Este mismo artículo señala dos razones, de tipo sociológico, que explicarían el éxito de los principios en el ámbito norteamericano: por un lado, como Estado democrático liberal necesita la transparencia ante los ciudadanos; y, por otro lado, el gobierno es formalmente burocrático por lo que requiere un sistema de control a distancia que sea fácil de utilizar. Un sistema como el principialismo permite ambas cosas (pp. 34-35)

Enlaces externos

- Requena, Pablo (2009). *Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano*. <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4665/904/>. Consultado el 22 de febrero de 2013.
- Requena, Pablo (2005). *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica*. <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4458/904/>.
- García, Juan José (2012). *Bioética Personalista y Bioética Principialista. Perspectivas*. <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4922/744/>. Consultado el 22 de febrero de 2013.
- Campos Serena, Olga. *Bioética principialista. El papel de la tradición norteamericana*. http://fj.filosofia.net/2008/textos/bioetica_principialista.pdf.
- Bermejo, José Carlos; Belda, Rosa María (2006). *Bioética y acción social. Cómo afrontar los conflictos éticos en la intervención social*. Sal Terrae. <http://equipoagora.es/Documentacion/Bioetica-y-accion-social/Bioetica-y-accion-social-NOTAS.htm>. Consultado el 22 de febrero de 2013.