Bioética Personalista y Bioética Principialista. Perspectivas

Autor Juan José García
Monday, 21 de May de 2012

No es nuestro cometido llevar a cabo un detalle de los ricos postulados de la bioética personalista. Sí queremos realizar un cuadro comparativo entre dos modelos o propuestas bioéticas, afines en muchos aspectos, pero disímiles en otros. Saldrán a la luz los criterios que nos han de guiar a la hora de la decisión de la praxis biomédica.

1. La Bioética Personalista

No tiene otra finalidad que la de promover el bien íntegro de la persona humana, vértice de lo creado, eje y centro de la vida social.

“No se podrá prescindir de una antropología de referencia, dentro de la cual el valor de la vida física corpórea, del amor conyugal y de la procreación, del dolor y de la enfermedad, de la muerte y del morir, de la relación libertad-responsabilidad, individuo y sociedad, encuentren su propio marco y su valoración ética. El pensamiento personalista, de un personalismo ontológicamente fundado encuentra en esta reflexión, un punto de confrontación cultural y enriquecimiento”[1].

Dicho personalismo ontológico bebe de la fuente del pensamiento clásico-patrístico, encuentra en Santo Tomás de Aquino su cenit y se enriquece con modernos aportes como los de Jacques Maritain, Emmanuel Mounier, Etienne Gilson, Agostino Gemelli, Gabriel Marcel, Emanuel Lévinas, Martin Buber, Karol Wojtyla y otros. En ellos la razón no ha trabajado mortificado por la fe cristiana, sino en cordial sintonía con la misma. En este sentido, en los escritos de Sgreccia, padre de la bioética personalista, hay referencia frecuente a la enseñanza de la Iglesia Católica, persuadido de que una visión de fe en nada disminuye o disturba la autónoma reflexión racional, así como en nada disturba a la visión del ojo humano la ayuda del microscopio o telescopio.

El personalismo al que nos referimos “no se confunde con el individualismo subjetivista”[2]. Concepción en la que se subraya casi exclusivamente como constitutiva de la persona la capacidad de autodecisión y de elección. Podríamos también señalar que la impostación sgrecciana de la bioética y la de otros bioeticistas, como por ejemplo la de Dioniggi Tettamanzi, radica en que aquella es de raíz más filosófica, apta para el diálogo con el mundo plural, y la última es netamente teológica, de plena comprensión en ambientes cristianos. Aquella profesa el personalismo ontológico. Este el personalismo cristiano[3].

Los Principios de la bioética personalista son:

1. Principio de defensa de la vida física: destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre es necesario ser viviente. No se puede ser libre si no tenemos la vida. La vida llega anteriormente a la libertad; por eso, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime así misma.

2. Principio de Totalidad: la persona humana —de suyo libre— con el organismo corpóreo, constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva el. Principio terapéutico, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. Se requieren las siguientes condiciones precisas: consentimiento informado de la persona, esperanza de éxito, e imposibilidad de curar la totalidad sin intervención.

3. Principio de Libertad y Responsabilidad: en él se engloba el concepto de que la persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana. No puede celebrarse la libertad sin celebrar la responsabilidad. Se debe procurar una bioética de la responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres, de los otros seres vivientes.

4. Principio de la Sociabilidad y Subsidiaridad: La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres. La relación social es también ayudada por el concepto de subsidiaridad. Es decir, que todo el bien que puede hacer la persona por sí mismo debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas —en familia o en las libres asociaciones— debe ser respetado también. Pero este principio no termina ahí. También implica que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos, que no tienen posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos, lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria. El “Principio de Subsidiaridad” puede definirse también como Solidaridad.

Hay que recordar que después de las atrocidades de la IIª Guerra Mundial se defiende la necesidad de dejar en claro algunos principios que en relación a la experimentación e investigación con seres humanos, quede asegurada la ética en todos los procedimientos y en los fines de las mismas. Así surge el famoso Código de Nuremberg (1946). En 1964 la

Asociación Médica Mundial publica la Declaración de Helsinki, donde se insiste en la distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica. Este documento fue modificado en 1975 señalando la necesidad de un control ético en los experimentos con humanos antes de que fueran llevados a cabo. Vino después el Informe Belmont en 1978 y luego una serie extensa de legislaciones nacionales en las que se proteje a las personas humanas en las experimentaciones médicas y farmacológicas. 2. El Principialismo

Hemos de recordar en la década de los 80, la propuesta ética de Tom L. Beauchamp – investigador y filósofo en el Kennedy Institute of Ethics y colaborador de la confección del Informe Belmont (1978)- y James F. Childress –docente de teología en la University of Virginia- contenida en el famoso libro Principles of biomedical ethics. Cabe decir que la primera edición del texto fue de 1979 y hasta el momento se han realizado ya seis ediciones y la última data de 2009, con sucesivos reordenamientos y correcciones[4].

Los autores elaboraron un “paradigma” moral para quienes trabajan en el ámbito de la salud, a los fines de proporcionar una referencia práctico y conceptual que pueda servir de orientación en situaciones concretas. Tal paradigma, como se sabe, estaba asentado en las bases de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, interpretados a la luz de dos teorías, el utilitarismo mitigado y la deontología prima facie.

Cuatro son entonces los Principios de este modelo, contenidos y explicados en la segunda parte del libro en cuestión. 1) El principio de autonomía: en el ámbito médico significa que los valores, criterios y preferencias del enfermo gozan de prioridad en la toma de decisiones, en virtud de su dignidad como sujeto. Este principio guarda inmediata relación con la cuestión del consentimiento informado de la persona actual o potencialmente enferma. Esto permite una relación más simétrica entre médico-paciente, alejando así el antiguo paternalismo médico. 2) Principio de beneficencia: compromete a proporcionar beneficios a los demás. Es decir, hacer todo el bien al paciente. Claro que el problema que se presenta aquí de inmediato es la variedad de concepciones acerca de lo que podemos entender por beneficio o perjuicio. 3) Principio de no maleficencia: nos obliga a no dañar a los demás. Clásicamente conocido como primun non nocere, es un principio prioritario. 4) Principio de Justicia: en el acto médico hay un tercer actor, la sociedad, en la que el médico y el paciente se insertan. En ella, todos los sujetos merecen el mismo respeto y deben reivindicar su derecho a la vida, a la salud y a la equidad en la distribución de los recursos sanitarios. El principio de justicia refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, en lo que respecta al Estado, a la equitativa distribución de recursos para la sanidad, los hospitales, la investigación, etc.

A fin que los principios no sean demasiado generales, se vuelve necesario especificar dichos principios a través de algunas reglas y luego proceder a la ponderación, esto es, determinar qué principio, regla, derecho o deber, tiene más peso en una situación concreta.

Principios y especificaciones no son absolutos sino siempre prima facie, o sea la obligatoriedad de los mismos es relativa a la aparición de lo que se entienda una obligación mayor.

La justificación del esquema principialista descansa en el desarrollo normativo del autor inglés W. D. Ross, quien defiende una posición deontológica moderada criticando el rigorismo kantiano. Los autores adoptan el concepto de deberes prima facie de Ross en su obra de los años 30, The right and the good: “Sugiero deber prima facie o “deber condicional” como manera abreviada de referirnos a la características (completamente distinta de la de ser un deber en sentido propio) que tiene un acto, en virtud de ser de una cierta clase (por ejemplo, el mantener una promesa), de ser un acto que sería un deber en sentido propio si no fuera al mismo tiempo de otra clase que es moralmente relevante… Prima facie sugiere que se está hablando sólo de un aspecto que una situación moral presenta a primera vista, y que puede resultar ilusorio”[5]. O sea, una obligación prima facie debe cumplirse, excepto si, en una situación particular esa obligación entra en conflicto con otra de igual o mayor valor.

Sin embargo, Beauchamp y Childress se separan del planteamiento original al no admitir una jerarquía entre los deberes prima facie y considerarlos al mismo nivel: “A diferencia de Ross, ni priorizamos ni jerarquizamos nuestros principios… De esta forma evitamos que los principios sean intransigentes, convirtiéndose en tiranos. En los conflictos complicados, puede que no exista una única acción correcta, ya que dos o más actos moralmente aceptables han entrado en conflicto y su peso es el mismo en las circunstancias dadas. En estos casos podemos exponer buenas aunque no contundentes razones que justifiquen más de un acto”[6].

Los autores proponen cinco condiciones para poder justificar la eventual desobediencia a un principio[7]: 1) se deben tener mejores razones para seguir la norma emergente; 2) el objetivo moral debe tener una perspectiva realista de concretización; 3) no puede ser reemplazada por una alternativa moralmente preferible; 4) la forma de infracción elegida debe ser la menor posible; 5) el agente debe buscar minimizar los efectos de la infracción.

Notamos una cierta indeterminación y ambigüedad en la metodología expuesta. Una suerte de deontologismo pluralista que a la hora de aplicación no jerarquiza principios. Pero ello lleva de la mano al conflicto inevitable en el momento en que cualquiera de los principios se contextualiza.

Sin duda elementos de validez hay en los tres o cuatro principios de la bioética principialista, e incluso hasta se podría

realizar una correspondencia con los principios de la bioética personalista. Y así, respectivamente, el principio terapéutico, el principio de libertad-responsabilidad, el principio de subsidiariedad. Con la diferencia que aquellos cuentan con una antropología personalista fundante, que hace referencia a un bien integral de la persona humana. No así esto principios de la bioética principialista, que en no pocas ocasiones se los toma como principios absolutos y sin dejar en claro por ejemplo, qué debemos entender por el bien de la persona o por la autonomía del paciente. ¿Cuál sería el límite de esa autonomía? Por ejemplo, es una pregunta al que la bioética de los principios no da una respuesta satisfactoria y menos universal. Y esto hoy es altamente significativo.

“La formulación de principios sin una fundación ontológica y antropológica vuelve a los principios estériles y confusos”[8]. Es necesaria una jerarquía de bienes –incluso porque en la vida hay una jerarquía de verdades- a fin de unificar el significado y el obrar del personal sanitario.

Quizá sea ésta la crítica más honda que podamos encontrar. Ello no oscurece el mérito de los autores de haber contribuido con lenguaje sencillo, en una sociedad americana y europea atomizada por las propuestas de pluralismo moral, en introducir con fuerza indeclinable la importancia de lo moral y sus principios y reglas en la praxis médica.

Conviene aquí hacer referencia a la obra de A. Jolsen y S. Toulmin, exponentes de la crítica al principialismo desde la casuística. Buscan la alternativa al deductivismo en una metodología tradicional que parte de posturas práctico-experienciales y toma como referencia ciertos casos claves o paradigmáticos. Para ellos, la certeza moral se encuentra mediante el juicio práctico concreto y no por normas que parecen abstractas[9]. El principialismo, dicen, es impracticable por la indeterminación de los principios, por la ambigüedad que suscitan y la dificultad de brindar criterios morales específicos en la toma de decisiones. Aunque reconocen que puede ser un punto de partida, afirman que la consideración de los principios dentro de un marco descendente es insuficiente para resolver los complejos laberintos de la bioética. En resumidas cuentas, ellos apostarán por la versión débil de la casuística, en la que se trata de interpretar normas en función de las circunstancias concretas que rodean un caso.

Diego Gracia, intentando corregir la debilidad de la falta de prioridades, propone en su conocido texto de Fundamentos de Bioética, alguna propuesta. El separa los principios en dos niveles: el nivel 1, constituido por los principios de no maleficencia y justicia, y el nivel 2, por los de autonomía y beneficencia. El nivel 1 tendría prioridad sobre el nivel 2, debido a que se trata de principios de nivel general y de obligación perfecta, que además vendrían exigidos por el Derecho, mientras que los principios del nivel 2 se mueven más en el ámbito de lo personal y privado y no podrían exigirse jurídicamente.

Sin embargo, no parece que estas ideas sobre la prioridad entre niveles refleje adecuadamente ni la ley natural ni la cultura occidental y su organización social y jurídica. No se ve claro tampoco la justificación última de tal distinción.

Otra crítica que actualmente se desliza para los autores de Principles…es el primado que se otorga al principio de autonomía. “Por una parte se afirma que el respeto a la autonomía es un principio más entre los que constituyen la ética biomédica y que dicho principio no tiene primacía sobre los demás. Pero, por otra parte, aparece bastante claro en el paradigma principialista que el respeto a la autonomía está por encima de los demás principios. Por eso digan lo que digan los autores de Principles, el principio de respeto a la autonomía `ocupa un lugar preeminente en su sistema, como en toda la bioética contemporánea”[10]. Según Pablo Requena no parece que sea el relativismo la intención de nuestros autores, “al contrario, todo el esfuerzo del libro está dirigido a evitar dicho relativismo en el ámbito biomédico. De todas formas no es posible eliminar una cierta caída en esa dirección, al menos a nivel teórico”[11].

Olga Campos Serena, después de haber analizado en detalle el origen, la influencia y las críticas al principialismo, termina afirmando “que sería bueno evitar reducir la bioética al principialismo norteamericano”[12].

El otorgar un valor preponderante a la ‘calidad de vida’ como criterio para distinguir las terapias moralmente obligatorias de aquellas que no lo son, es una forma de razonamiento muy difundida en la actualidad[13]. Beauchamp y Childress, por ejemplo, sugieren reemplazar la distinción entre ‘tratamientos ordinarios’ y ‘extraordinarios’ por una distinción entre tratamientos ‘moralmente obligatorios’, ‘opcionales’ e ‘lícitos’ de acuerdo a un balance carga/beneficios en el que la calidad de vida juega un rol central.[14] De acuerdo con esta perspectiva, podrían existir circunstancias en las que el valor del mero vivir no esté adecuadamente contrabalanceado por aquellos bienes que hacen realmente valioso el vivir. En estas circunstancias, estos autores proponen que la obligación moral prima facie de implementar terapias quedaría suspendida, pues el principio de no-maleficencia no incluiría la obligación de mantener la mera vida biológica, ni tampoco el deber de iniciar o continuar tratamientos en condiciones de dolor y sufrimiento para el paciente. De este modo, cuando la ‘calidad de vida’ es muy mala, Beauchamp y Childress sugieren que no implementar terapias sería lo moralmente correcto, pues en estos casos el tratamiento impondría más cargas que beneficios al paciente. En otras palabras, no se podría afirmar claramente que la vida tenga un valor intrínseco, sino que valdría en virtud de los bienes que nos permite realizar y, especialmente, de la felicidad que se pueda experimentar. En este punto, el planteamiento de estos autores parece coincidir con la postura utilitarista. 3. La postura de James Drane

La preferencia de un principio respecto de otro “refleja el carácter personal o institucional y está condicionada por creencias religiosas o filosóficas. El personal del Comité de Ética Hospitalaria debe ser sensible a los sistemas de creencias personales e institucionales, e incluso a las consecuencias del adoptar un principio en vez de otro”. Como se ve, el autor deja abierta la posibilidad de que el Comité adopte prioridades en los principios. Y pone unos ejemplos: el “respeto a la autonomía de la madre puede significar la muerte del feto; dar prioridad a la vida del feto puede querer decir tener un niño no deseado o incluso una intervención quirúrgica no querida sobre una mujer; gastar los escasos recursos para la asistencia primaria a los pobres puede significar que los pacientes enfermos crónicos recibirán menos cuidados y tendrán una vida más corta”[15].

Individuos, culturas, organizaciones sanitarias y profesiones, se distinguen una de otras según cómo clasifican los principios. El autor aclara, de todos modos, que el “principio constitutivo de la profesión médica es la beneficencia: hacer lo que constituye el mejor interés del paciente”[16]. Pero aquí nos encontramos aún ante la dificultad: qué se entiende por “bien del paciente”. ¿Atender su reclamo? ¿Satisfacer su interés? Y si éste mira a la decisión de acabar su vida voluntariamente para ahorrar sufrimientos penosos a sí mismo y sus familiares? Estaríamos en presencia del suicidio asistido medicamente.

Estamos ante las puertas entreabiertas del relativismo, que al fin de cuentas, acaba legitimando opciones bioéticas que desconocen el orden natural y la verdad de la persona.

3. El caso Engelhardt

Otro autor que viene al caso mencionar, por alguna similitud en cuanto al primado de la autonomía es Tristram Engelhardt.

“El caso Engelhardt merece particular atención ya que su obra se ha convertido para muchos bioeticistas en una especie de evangelio o catecismo teórico sobre las relaciones de la ética con la bioética”[17]. Representa el primer esfuerzo explícito de sistematización de la bioética a partir de los fundamentos éticos de neto cuño cultural anglosajón.

Según Engelhardt la bioética parece colocarse a pleno título en el ámbito de la ética, de las controversias éticas y del intento de superarlas. Esta bioética responde, como tarea filosófica, a dos causas: la próxima, es la cantidad innumerable de problemas que pone el actual desarrollo de las ciencias biomédicas, y la remota, por el contexto social caracterizado por el pluralismo, “privado de una ortodoxia impuesta”[18].

El origen de la bioética según el autor, puede ser puesto allá cuando se señala la ruptura de la unidad de la ética cristiana, que conoce su momento fuerte en la Reforma. Las cuestiones bioéticas, “surgen sobre el fondo de una crisis moral que está estrictamente ligada cuando vienen a menos de una serie de convicciones, tanto en lo ético como en lo ontológico, en Occidente. Cuando Martín Lucero clavó sus noventa y cinco tesis en la puerta de la iglesia de Todos los Santos de Wittenberg, el 31 de octubre de 1517, signó una nueva era para Occidente y la caída de la esperanza en una posible uniformidad de las concepciones morales[19]”.

Una esperanza que el Iluminismo buscó en vano de reconstruir, sobre todo a través de la mitificación de la razón universal. La premisa para la bioética es pasar de una sola razón única y válida para todos a una pluralidad de sistemas filosóficos que repiensa la ética hasta en sus mismos pilastras fundamentales.”La bioética es parte de una cultura laica y es la nieta del Iluminismo”[20]. Y éste es destino de la bioética: “el desarrollo de una estructura laica de racionalidad en una era de incertezas”[21]. Su postura ante la ética racional clásica y ante la teología es de rechazo. “La moralidad occidental y la autoridad para realizar una política pública se fundamentaban en el supuesto de que la razón puede justificar una moralidad y una bioética dotadas de contenido y canónicas para extraños morales, pero se ha demostrado que este supuesto es insostenible”[22]. Para Engelhardt, las únicas virtudes morales operativas admisibles en una sociedad pluralista serían la tolerancia, la liberalidad y la prudencia. La primera reviste tal importancia, que su contrario –la intolerancia- sería el peor de los vicios.

El autor distingue entre lo que él llama ética secular-formal y ética religioso-contenustística. La primera está hoy vacía de contenido, pues carece de normas aceptadas universalmente como válidas. La razón ha disparado en varias direcciones. No tenemos una sola mirada respecto a la razón. La segunda tiene como norma de referencia la fe en Dios. Pero esto no es universal. La bioética secular no puede elaborar argumentos concluyentes para prohibir males como el aborto –que Engelhardt rechaza por convicción religiosa- o el suicidio o las acciones sexuales antinaturales. “La imposibilidad de establecer una visión concreta de la vida buena, del comportamiento adecuado, de la política sanitaria y de la bioética basándose en argumentos seculares racionales generales, conduce a dos concepciones divergentes de la bioética: la bioética secular y la bioética del compromiso moral dotado de contenido. Este libro centra su atención en la primera acepción de bioética”[23].

La bioética emerge en pleno contexto posmoderno de pensamiento débil, y ello hace pensar a Engelhardt que es imposible a través de la razón obtener una interpretación normativa de contenido de la moralidad y de la bioética que pueda fundar la moral en general y la bioética en especial.

¿Qué hacer entonces? Si las cuestiones que se plantean no los podemos resolver desde la fe o el evangelio ni tampoco desde la razón, ya fragmentada, pues habrá que buscar una ética capaz de “consensuar” los principios. El consenso –en sintonía con lo que decía de la tolerancia- es la única fuente de autoridad moral, y que se materializa en los principios de permiso, beneficencia y propiedad.

El primero sería el más importante y se formula así: “no hagas a los otros lo que ellos no se harían a sí mismos, y haz por ellos lo que te has comprometido a hacer”[24]. Sin el permiso o consentimiento de quienes integran la sociedad plural no existiría autoridad. Esta no puede brotar sino del acuerdo de las partes. El principio de autonomía brinda la gramática mínima de todo el lenguaje moral[25].

El principio de beneficencia se formula así: “Haz el bien a los demás”[26]. Pero este principio está subordinado a aquél primero. El Estado tiene que tolerar cualquier conducta, por mala que parezca a unos, si a otros el acuerdo los une sobre el particular. Engelhardt pone como ejemplos prácticos la tolerancia del mercado de la pornografía, la prostitución y el tráfico de drogas. Toda autoridad y toda racionalidad pueden brotar solo de una libre adhesión. Lo que equivale a decir que ninguna cosa forzada puede ser impuesta a quien previamente no lo ha permitido, librando su consenso personal.

El tercer principio es el de propiedad. Se formula así: “Las personas se poseen a sí mismas, lo que ellas hacen y lo que otras personas les transfieren...”[27]. Este principio supone el de permiso de las personas y grupos para hacer o dejar de hacer una cosa. Por ende, el Estado debería facilitar la prestación de cualquier servicio postulado sobre la base de decisiones consensuadas. Por ejemplo, facilitar la realización de la eutanasia, si la parte interesada lo pide.

Según Engelhardt el único uso legítimo de la fuerza está dado por aquél momento en que la persona o la comunidad moral debe defenderse contra la agresión de un singular o un grupo, que por ejemplo, quisiera imponer su parecer o valores para sus fines particulares. El principio de autonomía “es la condición necesaria de la posibilidad de resolver las controversias morales sin violencia y de preservar un discurso ético mínimo de aprobación. Esto es en sentido formal lo que ofrece la matriz vacía que permite generar la autoridad moral en una sociedad pluralística no confesional (secular) merced al mutuo consentimiento”[28].

Aplicando estos fundamentos a la bioética se sigue el inexorable relativismo de opciones morales, que han de contar siempre con el permiso y el consenso de las partes interesadas. Nada queda del bien en sí o el mal en sí, de tantas opciones en bioética. La fe eventualmente es buena guía, pero divorciada de la razón y sólo para creyentes. Engelhardt desconoce los dictados de la ley natural –presentes incluso en muchos dictados de la revelación- dirigiendo su discurso hacia un fideísmo y el convencionalismo social.

El filósofo argentino Héctor Padrón, ha dicho que para este autor la ética “es ante todo, un método para resolver controversias...”[29]. Pero lo ético se agota en el procedimiento, que ha de ser siempre consensuado. Poco o casi nada importan los contenidos de verdad para el paciente. Otro filósofo argentino revela que Engelhardt piensa y actúa como si buscase la razón de la sinrazón[30]. Conclusión

En clara contraposición con el principialismo se podría decir, están las ideas de quienes cultivaban la ética de situación[31] y también del particularismo moral[32], quienes valoran los casos morales en base a un criterio inscrito en los casos mismos, que puede ser pertinente incluso y llegando a un extremo, para un solo caso. Estos autores manifiestan una profunda insatisfacción por lo abstracto y lo rígido del deductivismo de ciertas teorías morales y la exigencia de una mayor flexibilidad y atención al contexto, a las emociones y a la historia personal de los sujetos actuantes. La complejidad de los contextos de cada caso y la particularidad de las dimensiones personales del sujeto agente parecieran, no ser tenidas suficientemente en cuenta en una perspectiva abstracta y formal, que entran inevitablemente en dificultad frente a los llamados dilemas morales.

Uno de críticos más feroces del principialismo ha sido Bernard Williams[33], un autor que niega incluso la posibilidad de un marco teórico a la ética. Sin llegar a los extremos de Williams, se puede de todos modos criticar los excesos del principialismo, sin que por ello mismo se rechace cuanto de bueno encontremos en una perspectiva ética que tienda a la universalidad. Lo que va rechazado es el reduccionismo, el tecnicismo, la abstracción pura, el exceso de atención al “proceso” de un principialismo rígido, pero no necesariamente cualquier referencia a los principios universales. Más todavía, la complejidad de las modernas sociedad multiétnicas, reclaman la búsqueda de principios éticos que iluminen e incluso ofrezcan criterio válidos y seguros para el diálogo intercultural. Por tanto, necesitamos poner en movimiento el diálogo entre el universalismo de la regla ética y el particularismo de la situación del sujeto. El juicio moral no puede consistir en una mera aplicación mecánica de la regla. Nicolai Hartmann observaba, que el individual no es la mera concretización per accidens del universal, sino ente con propia estructura. Por esto, la decisión particular hace reconocimiento libre y convencido de la regla general. Y el detalle particular que la regla non puede siempre brindar por la particularidad y unicidad de los casos, viene del foro interior. Es la conciencia recta y verdadera la protagonista de esa obra. Es la norma interior próxima que en acuerdo a la verdad objetiva, nos aplaude cuando obramos bien o al contrario, condena al obrar mal.

No pocos autores manifiestan la pobreza o falta de exhaustividad de los principios del principialismo americano, para explicar la complejidad de la experiencia moral. Dicha complejidad de la vida moral escapa a la simple posibilidad de encasillarla esquemáticamente y rígidamente en los principios. “El paradigma principialista dirigiendo su atención a la aplicación de principios a la praxis arriesga olvidar la experiencia moral”[34].

Elio Sgreccia también nota que la elaboración de principios tiende a desarrollar una actitud pasiva de obediencia, más que una conducta activa de compromiso ético[35].

[1] SGRECCIA, E., Manuale di Bioetica. Fondamenti ed etica biomedica, Vita e Pensiero, Milano, 19942, pág. 52.

[2] SGRECCIA, E., Ibidem , pág. 89.

[3] Cfr. DOLDI, M., “L´uomo immagine di Dio in Cristo nella riflessione morale di Dioniggi Tettamanzi”, en La Scuola Cattolica 2 (1998) 187-212.

[4] Según la valoración de Diego Gracia “todos los que desde el año 1979 hasta hoy han aportado algo original a la bioética, han tenido que hacerlo en diálogo, crítico o no, con él. Todos, seguidores y críticos, han convertido este libro en indispensable”. GRACIA, D., Prólogo a la edición española de Principios de Ética Biomédica de Beauchamp T. L. – Childress, J., Masson, Barcelona, 1999, pág. X.

[5] ROSS, W. D., The right and the good, Clarendon Press, Oxford, 1930, pág. 35. Hay traducción al español, Lo correcto y lo bueno, Sígueme, Salamanca, 1994.

[6] BEAUCHAMPS and CHILDRESS, Principles of biomedical ethics, 1979, pág. 98.

[7] Idem, págs. 28-29.

[8] SGRECCIA, E., Manuale di Bioetica. T I., Vita e Pensiero, Milano, 2003, pág. 182.

[9] Cfr, JONSEN, A. – TOULMIN, S., The abuse of casuistry. A history of moral reasoning, University of California, 1988, Berkeley.

[10] TUBAU, J. M. – BUSQUETS ALIBÉS, E., “Principios de Ética Médica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress” en Revista Bioètica & Debat 64 (2011) 6. Institut Borja de Bioética.

[11] REQUENA, P., “Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano”, en Cuadernos de Bioética XIX (2008) 26.

[12] CAMPOS SERENA, O., “Bioética principialista. El papel de la tradición norteamericana”, Universidad de Granada, en www.cfj.filosofia.net/2008/textos, pág. 8. Cita tomada el 28 de marzo de 2012. Otros matices valorativos los podemos encontrar en BENAROYO, L., Voz “Principlisme” en Nouvelle Encyclopédie de bioéthique, Bruxelles, De Boeck Université, 2001; FERRER, J. J. – ALVAREZ, J. C., Para fundamentar la bioética, Desclée de Brouwer, 2003.

[13] BEAUCHAMPS y CHILDRESS, PRINCIPLES …, ob. cit. 2001. BOLE, T., “Intensive care units (ICUs) and the ordinary means: turning virtue into vice”, Linacre Quarterly 1991, 51 (1) 68-77. WILDES, K, “Ordinay and extraordinary means and the quality of the life”, Theological Studies 1996, 57, (3) 500 – 512.

[14] “We conclude that the distinction between ordinary and extraordinary treatments is morally irrelevant and should be replace the distinction between optional and obligatory treatment, as determined by the balance of the benefits and burdens to the patients”, en BEAUCHAMPS and CHILDRESS, Principles…, ob. cit., pág. 202.

[15] DRANE, J. F., “Bioetica Clinica” en Russo, G. (a cura di) Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia, ELLE DI CI – Leumann, Torino, 2004, pág. 351.

[16] DRANE, J. F., Ibidem, pág. 351.

[17] BLAZQUEZ, N., Bioética. La nueva ciencia de la vida, BAC, Madrid, 2000, pág. 55.

[18] ENGELHARDT, Tr., Los fundamentos de la bioética, Paidós, Barcelona, 1995, pág. 31. La primera edición en inglés The Foundations of Bioethics, Oxford University Press, 1986. En 1995 reapareció ampliada, pero sin modificar su tesis fundamental. Hay traducción italiana, Il Saggiatore, Milano 1999.

[19] ENGELHARDT, Tr, Ibidem, pág. 32.

[20] ENGELHARDT, Tr., Ibidem, pág. 34.

[21] ENGELHARDT, Tr., Ibidem, pág.36.

[22] ENGELHARDT, Tr., Ibidem, págs. 109-110. La cursiva es nuestra.

[23] TRISTRAM ENGELHARDT, H., Ibidem, pág. 137.

[24] TRISTRAM ENGELHARDT, H., Ibidem, pág. 138.

[25] Para el autor, no todos los seres humanos son personas. El busca una definición de persona sin ninguna suposición metafísica ni religiosa que pueda ser aceptada por los “extraños morales”. “Parece ser que, para Engelhardt, sólo son personas, en sentido estricto, aquellas que pueden dar permiso, es decir, que tienen un determinado nivel de inteligencia y de conexión con la realidad”. CARRERA CARRERA, J., “Los Fundamentos de la Bioética de H. Tristram Engelhardt” en Bioètica & Debat 64 (2011) 14.

[26] TRISTRAM ENGELHARDT, H., Ibidem, pág. 140.

[27] TRISTRAM ENGELHARDT, H., Ibidem, pág. 186.

[28] TRISTRAM ENGELHARDT, H., Ibidem, pág 139.

[29] PADRÓN, H. J., en AA. VV., Principios de Bioética, Pontificia Universidad Católica Argentina, Bs. As., 1998, pág. 115. Más adelante observa con agudeza: “Queremos destacar que los que Engelhardt llama fundamentos no son ni fundamentos ni principios sino- insistimos- unos postulados operatorios que pretenden asegurar una praxis social mínima sobre la base del acuerdo y el consenso, ignorando la naturaleza social del hombre y la de las comunidades en las que puede vivir, ya que esta naturaleza no se agota en su mera facticidad y en el conjunto de estrategias destinadas a evitar los conflictos, las disputas y la violencia, sino que se haya penetrada por la exigencia multívoca del ser de su proyecto, de su estilo y sus exigencias egregias. Ethos y Ethica a la vez”. Id., pág. 124.

[30] Cfr. MARTÍNEZ BARRERA, J., “Los fundamentos de la bioética de H. Tristram Engelhardt” en Sapientia 201 (1997) 99-115. Ibidem., 202 (1997) 307-323.

[31] Cfr. FLECHTER, J. F., Situation Ethics: The New Morality, London, 1966.

[32] Cfr. DANCY, J., Moral Reasons, Oxford, 1993.

[33] Cfr. WILLIAMS, B., L´etica e i limiti della filosofia, Roma-Bari, 1987.

[34] SGRECCIA, E., Manuale…, ob. cit., pág. 183.

[35] SGRECCIA, E., Manuale…, ob. cit., pág. 183.